

Ano XVII

N.º 3

Março 1940



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Morais David

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, Eduardo Coelho, José Rocheta, Almeida
Lima, Fernando de Almeida, Cândido de Oliveira,
Oliveira Machado e Carneiro de Moura*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Subsidiado no ano de 1939 pelo Instituto para
a Alta Cultura

Os artigos devem ser enviados a 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, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 e pórté do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

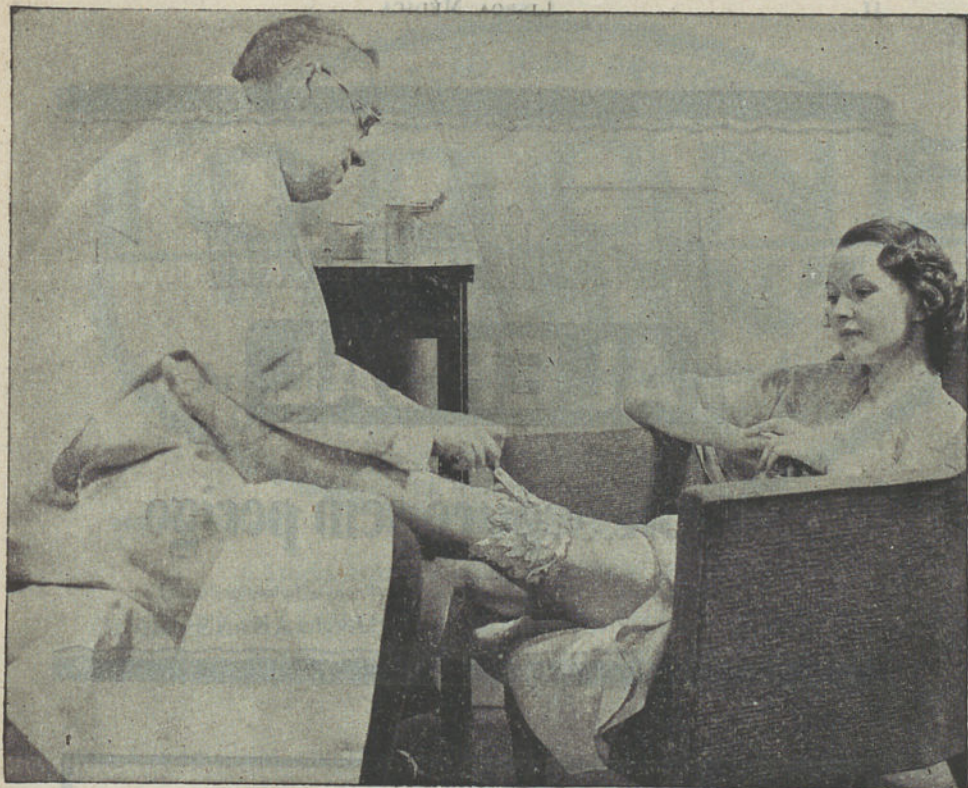
Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala

Est.

Tab.

N.º



ARTRITE... SINOVITE... FIBROSITE

Um dos princípios básicos do tratamento é a aplicação local e prolongada de calor húmido — suprido eficientemente pela cataplasma e compôsto medicamentoso

Antiphlogistine

que é também um suplemento satisfatório para a **ELECTROTERAPIA**, pois faz aumentar a sua eficácia

AMOSTRAS MEDIANTE PEDIDO

The Denver Chemical Mfg. Co.
163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

Epilepsia

ALEPSAL

simple, seguro, sem perigo

3 Doses : 10 ctg. - 5 ctg. - 1 ctg. 1/2 (Phenylethylmalonilurea)
 LABORATORIOS GÉNÉVRIER, 45, Rue du Marché - Neuilly-Paris

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TREPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

TOXICIDADE consideravelmente inferior
 à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar
 (Injecções em série)

Adaptando-se por consequência, perfeitamente a todos os casos.

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
 EXCLUSIVOS

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

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

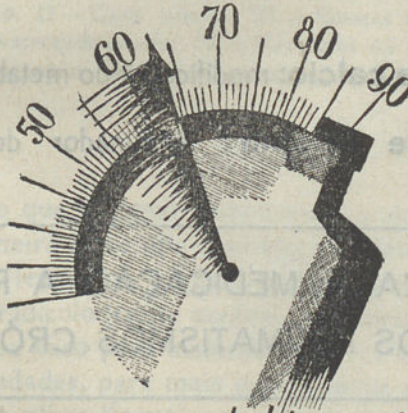
OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5

Porto: Ern. Cibrão & C.ª, Ltd, R. Almada, 244

Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

.....

A 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 PREFE-
RIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

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

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Poliradiculonevrite curável de forma recidivante</i> , por Diogo Furtado e Carlos George	Pág.	137
<i>Les hémorragies récidivantes du vitré</i> , par Cordato de Noronha	»	147
Notas clínicas		
<i>Breves considerações sobre celulite abdomino-pélvica</i> , por Georgina de Andrade Gil	»	177
<i>Revista dos Jornaes de Medicina</i>	»	190
<i>Noticias & Informações</i>	»	XI

POLIRADICULONEVRITE CURÁVEL DE FORMA RECIDIVANTE

POR

DIOGO FURTADO

e

CARLOS GEORGE

Prof. agr. da Fac. de Medicina
e Médico dos Hospitais Cívis

Interno dos Hospitais Cívis

- I — INTRODUÇÃO. II — CASO CLÍNICO. III — FORMAS CLÍNICAS
DE POLIRADICULONEVRITE. IV — NATUREZA DA DOENÇA.
V — CONCLUSÃO. RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.

I

Uma observação que a seguir publicamos, a qual, à circunstância de ser a primeira entre nós descrita, alia determinada particularidade clínica, levou-nos a rever a bibliografia médica no que se refere à poliradiculonevrite curável. Aproveitaremos, pois, a apresentação desse caso para historiar, embora brevemente, a doença e suas variedades, para mais que tal tema se não encontra ainda versado na nossa língua.

Foram GUILLAIN e BARRÉ, os dois actuais mestres da neurologia francesa, quem, em 1916, colaborando com STROHL, apresentaram os primeiros casos do quadro hoje descrito com os seus nomes: «poliradiculonevrite curável» ou «síndrome de GUILLAIN-BARRÉ».

Os caracteres fundamentais deste quadro clínico foram logo de início apontados por esses autores: trata-se de uma afecção periférica, disseminada, radicular e nevrítica, que apresenta uma evolução espontânea e relativamente rápida para a cura e na qual



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

o líquido céfalo-raquidiano mostra constantemente a existência de uma dissociação albumino-citológica muito marcada.

Após a publicação inicial de GUILLAIN e BARRÉ, muito outros casos têm sido descritos, a maioria como casos esporádicos, alguns em pequenos focos com aspecto epidémico.

O quadro clínico da doença encontra-se assim perfeitamente conhecido e pode ser resumido para as formas clássicas como se segue :

Trata-se de uma doença de início, em geral, agudo, evoluindo depois, com aspecto subagudo, para a cura, dando, no seu conjunto, uma forte impressão de quadro infeccioso autónomo.

O início é marcado pelos sintomas infecciosos gerais: febre, arrepios, hiperestesia cutânea, amigdalite, etc.

Ao fim de poucos dias, às vezes de poucas horas, dêste estado, surgem os sintomas nervosos, geralmente com o aspecto de uma polinevrite sensitivo-motora de evolução extremamente rápida. São os membros inferiores que participam mais intensamente, às vezes quási exclusivamente, no processo. Aos fenómenos sensitivos, constituídos por intensas parestesias e por dores, umas vezes permanentes, outras vezes em crises, com o aspecto mesmo de dores fulgurantes, associam-se paralisias flácidas e arefléxicas, determinando nuns casos completa paraplegia, noutros mais ou menos parcelares.

O grau de amiotrofia é em geral moderado, mas as alterações tróficas dos tegumentos e faneras podem ser consideráveis.

Existem, freqüentemente, perturbações sensitivas-objectivas, traduzidas por sensibilidade dolorosa à pressão dos troncos nervosos e por zonas de hipo ou anestesia superficial, às vezes de distribuição periférica, outras vezes ocupando zonas de projecção radicular.

A evolução das paralisias faz-se em geral no sentido ascendente. Quando os membros participam no processo, é possível chegar-se a um quadro de tetraplegia flácida absoluta. Ao contrário do que sucede no comum das polinevrites, a participação do tronco e dos segmentos proximais na poliradiculonevrite é em geral muito importante.

Em certos casos, existem ainda sintomas isolados, da parte dos nervos cranianos: paralisia do facial, do motor ocular externo, sintomas sensitivos de participação do trigémio.

A exploração eléctrica dos músculos paralisados revela alteração das reacções eléctricas, reacção de degenerescência e elevação da cronaxia, fenómenos estes reversíveis com a cura.

Os esfíncteres, em compensação, permanecem intactos durante tôda a evolução da afecção. O dado mais característico da poliradiculonevrite é, sem dúvida, o quadro laboratorial fornecido pelo exame do líquido céfalo-raquidiano: existe constantemente, sendo mesmo condição *sine qua non* para o diagnóstico da afecção, uma dissociação albumino-citológica. A albuminorraquia aumenta logo de entrada, atingindo proporções que se não vêem nas outras afecções inflamatórias dos centros nervosos. Ao fim de um mês de doença está geralmente no seu máximo, que em muitos casos vai acima de 5 grs., acarretando uma coagulação maciça do líquido, muitas vezes acompanhada de xantocromia.

A citose, pelo contrário, conserva-se em geral dentro dos limites normais; mesmo nos casos em que se eleva não excede oito a dez células, permitindo que se continue falando de dissociação albumino-citológica. Esta dissociação desaparece umas vezes contemporâneamente com a cura da afecção, outras vezes mantém-se ainda algum tempo, acabando por desaparecer.

Constitue um fenómeno curioso, êste da dissociação albumino-citológica na poliradiculonevrite, doença, como dissemos, de aspecto e evolução inflamatória. É sabido que a dissociação referida é característica dos bloqueios do canal medular, sobretudo das compressões por tumor, onde no seu completo desenvolvimento tem o nome de síndrome de FROIN. Entretanto, são conhecidas situações inflamatórias, ou como tal consideradas, nas quais se tem encontrado também dissociação albumino-citológica. Estão neste caso certas encefalites, a mielite necrótica subaguda, a febre dos papatazes (observações de MADAGASCAR) e alguns casos de tabes.

Como se sabe, é possível aos estados inflamatórios aracnoideus criar um bloqueio do canal, por intermédio da formação de aderências. ¿Será por êste mecanismo que a poliradiculonevrite dá lugar à dissociação albumino-citológica? Alguns casos, entre êles o que se segue, estudados sob o ponto de vista mielográfico e mostrando um bloqueio do canal para o lipiodol, levam a crer que sim.

A evolução do síndrome de GUILLAIN-BARRÉ faz-se, como acen-

tuámos, constantemente para a cura, num prazo que vai de semanas a meses: dores, perturbações sensitivas, paralisias e dissociação albumino-citológica desaparecem progressivamente, em regra pela ordem indicada.

II

Hospital de Santo António dos Capuchos. Serviço 2. Sala 1. Cama 2.

A. R. F., de 22 anos de idade, estudante. Lisboa.

ANAMNESE.

Doença actual. — Há cêrca de três anos começou sentindo dores no membro inferior esquerdo. Durante cêrca de seis meses teve estas dores com intervalos relativamente grandes, suportáveis. A certa altura, porém, começaram a intensificar-se, tornando-se constantes. Eram dores muito fortes, chegando o doente a gritar com elas; localizavam-se em todo o membro, preferentemente na sua face externa. Metendo a perna em água quente, as dores abrandavam. Foi, então, tratado pelo Dr. FERNANDO ILHARCO, que diagnosticou polinevrite. Foram-lhe feitas injeccões de vaci-neurin e salicilato em altas doses. Ao fim de cinco meses de tratamento as dores diminuíram e há cêrca de ano e meio passava bem. Entretanto, sempre que tossia ou espirrava tinha uma sensação dolorosa na perna, que o forçava a encolher o membro. Também, em ocasiões de mudança de tempo, tinha uma impressão dolorosa na face externa da perna.

Há três semanas teve, súbitamente, uma dor muito intensa, análoga às que tinha na doença acima descrita. Esta dor estendia-se ao membro todo. Abrandou, mas, nos dias seguintes, voltou a aparecer, agora com caracteres diferentes: estende-se só desde a anca até ao joelho, poupando a perna e o pé; além dos paroxismos dolorosos, muito intensos, que arrancam gritos ao doente, há dor constante, que se agrava com os movimentos e sobretudo com a posição deitada, e cuja localização é difusa a tãda a coxa. Últimamente a dor passou à coxa direita, sendo hoje igualmente intensa e com os mesmos caracteres nas duas coxas. Refere, também, o doente, que a pressão sôbre as coxas lhe provoca dor. Não tem perturbações dos esfincteres: urina e evacua sem dificuldade.

Há cêrca de uma semana apareceram edemas dos membros inferiores, sobretudo acentuados no pé direito.

Antecedentes hereditários e pessoais. — Sarampo, tosse convulsa, varicela e infecção intestinal (?) em criança. Sempre saudável desde então até à idade de 19 anos. Pais vivos e saudáveis. Um irmão falecido, em criança, com uma bronco-pneumonia.

OBSERVAÇÃO. — Doente lúcido, regular estado de nutrição, pele e mucosas regularmente cõradas. Língua úmida e ligeiramente saburrosa. Tem frequentemente temperaturas vesperais, acima do normal (entre 37°,2 e 37°,5).

Aparelho cardiovascular, pulso rítmico, de regular amplitude a 84 por minuto. Tensão máx., 14; mín., 8. Área e tons cardíacos, normais. Aparelho pulmonar, negativo à observação. Abdómen, observação negativa.

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 depositarios para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

Lisboa



o tratamento arsenical

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

pelo

Acétylarsan

*rigorosamente indolor
discreto, facil
neurotonico e eutrofico*

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques **POULENC Frères** et **USINES DU RHONE**

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

EXAME NEUROLÓGICO.

Nervos cranianos. — Sem alterações apreciáveis. Visão, normal. Fundos oculares, intactos. Não há paresias da motilidade ocular, quer extrínseca, quer intrínseca. Audição, normal.

Motilidade. — Os movimentos dos membros inferiores são quasi impossíveis, pelas grandes dores que provocam. Não existe, entretanto, qualquer paresia nitidamente marcada. Nas primeiras semanas da doença, durante as tentativas de marcha, feitas a nossa instância e com grande sacrifício, limitadas, portanto, a alguns passos, parecia haver *steppage*. Quando o doente começou a melhorar e pôde andar, esta *steppage* havia desaparecido. Existia, logo de início, um certo grau de atrofia dos músculos, tanto das coxas como das pernas, difusa e sem contracções fibrilares.

A fôrça muscular era, de entrada, impossível de explorar, pelo estado doloroso do doente. Entretanto, todos os movimentos eram possíveis activamente, mesmo a flexão dorsal do pé.

A pressão em tôda a superfície das coxas e pernas provoca dores intensas, muito mais marcadas quando essa pressão se exerce ao longo dos trajectos nervosos principais. Pelo contrário, a mobilização passiva das articulações é, relativamente, indolor.

Existe um estado quasi permanente de dor, que o doente refere ao longo dos trajectos nervosos e que descreve como uma moínha constante. De vez em quando, às vezes apenas com intervalos de uma hora, ou mesmo menos, sobrevêm crises de dores espontâneas, estas muito intensas, arrancando gritos ao doente. São descritas por êle como físgadas ou lancetadas muito fortes, limitadas apenas às coxas, mas não tendo nestas localização determinada. São igualmente intensas de ambos os lados e especialmente freqüentes de noite.

Nos pés existem perturbações tróficas e vaso-motoras. Em primeiro lugar nota-se marcado edema, bilateral, deixando cova pela pressão digital, que a êste nível é indolor. A sudação dos pés é extremamente abundante, parecendo determinada pela transudação cutânea da serosidade edematosa. A pele dos pés, fina e pálida, apresenta poros muito dilatados. A das pernas mostra-se, geralmente, cianosada, com desenho de livedo cianótico. Horripilação dos pêlos das pernas.

Nos membros superiores e tronco, motilidade, fôrça e estado trófico, são normais.

Reflexos. — Nos membros superiores os reflexos tendinosos são normais, simêtricamente iguais.

Nos membros inferiores: patelar e aductor direitos, abolidos; patelar esquerdo, muito fraco; aductor esquerdo, abolido; aquilianos, abolidos.

Cutâneos abdominais, cremasterianos cutâneos e profundos, conservados.

Plantares em flexão. Não se encontram quaisquer reflexos patológicos indicativos de lesão piramidal.

Sensibilidade. — Hipoestesia dos membros inferiores, de distribuição radicular, abaixo de L₃. Esta hipoestesia limita-se às sensibilidades cutâneas elementares (calor, picada e tacto); é de limites pouco precisos e atinge desigualmente os diferentes territórios. Assim, é mais intensa em L₄ e L₅, menos intensa no território sagrado perianal. Nas faixas posteriores dos mem-

bro, correspondentes a S₁, S₂ e S₃ é muito diferente de um lado para o outro, muito mais intensa à esquerda do que à direita.

Sensibilidades profundas, normais.

Funções cerebelosas. — Normais.

Funções esfincterianas. — Inteiramente normais, durante todo o tempo que durou a doença.

EXAMES LABORATORIAIS.

Líquido céfalo-raquidiano :

Em 21-VII-39. — *Liquor* obtido por punção lombar, em L₄ e L₅. Manobra de QUECKENSTEDT fortemente positiva (bloqueio total do canal raquidiano). Albumina, 3,6 grs.

Contagem, 1,6; algumas hemátias, raros linfócitos.

Curva de normo mastic, normal.

Reacção de WASSERMANN (— — —).

Em 25-VII-39. — *Liquor* obtido por punção sub-occipital, feita para injecção de lipiodol.

Albumina, 0,15 grs.

Contagem, 3,2; linfócitos.

Em 13-IX-39. — Punção lombar. Mantém-se QUECKENSTEDT positivo (bloqueio total); pressão inicial, 10; após extracção de 5 cc., cai a 0.

Albumina, 3,4 grs.

Contagem, 3,6; linfócitos.

Sangue. — Reacção de WASSERMANN e reacção de KAHN (— — —).

Exame citológico :

Glóbulos rubros.....	4.980.000
Hemoglobina	98 %
Valor globular	1
Glóbulos brancos.....	10.800
Pol. neutrófilos	63,2
Eosinófilos	0,8
Basófilos	0,0
Linfócitos	24
Monócitos	12

Urina. — 1.020; ténues vestígios de albumina; alguns leucócitos.

EXAMES RADIOLÓGICOS. — Os exames radiográficos simples da coluna nada mostraram de anormal.

O lipiodol injectado por punção sub-occipital desce irregularmente, deixando numerosas gotas suspensas ao longo da coluna dorsal. A principal massa de lipiodol detém-se entre D₁₂ e L₁. Algumas gotas passam para baixo. Outras dispõem-se em rosário, parecendo acompanhar trajectos radiculares.

EVOLUÇÃO. — Foi feito ao doente tratamento com neuro-vacina BRUSCHETTINI (injecções de dois em dois dias), iodo em alta dose, aplicações de calor, vitamina B₁ e cuidados gerais.

Ao fim de vinte dias de tratamento as crises dolorosas foram diminuindo

de intensidade, o estado de sensibilidade permanente dos membros desapareceu e os movimentos foram-se tornando possíveis.

Após mês e meio de estadia na enfermaria, a cura clínica era completa. O doente teve alta, sem dores algumas, tendo retomado a sua vida normal.

Um mês após, a punção lombar mostrava o canal livre (manobra de QUEKRENSTEDT negativa).

Pressão inicial, 15 (CLAUDE); final 10, após extracção de 7 cc. de líquido.

Análise do liquor :

Albumina, 0,56 grs.

Contagem, 2,6 linfócitos.

Esta evolução completa para a cura clínica, com regressão também quasi completa do síndrome do *liquor*, não permite qualquer outro diagnóstico, no caso presente, que não seja o de poliradiculonevrite, de forma recidivante.

III

O quadro clínico, sumariamente descrito no nosso primeiro parágrafo, sendo o mais frequentemente encontrado, admite entretanto um certo número de variantes que têm sido isoladas pelos diversos autores como formas clínicas especiais da poliradiculonevrite.

Na impossibilidade de mencionar em pormenor tôdas estas formas clínicas, lembraremos apenas que GUILLAIN, num dos seus últimos trabalhos sobre a afecção, as classifica em quatro tipos principais :

- 1) Um tipo simples afectando os nervos espinais.
- 2) Um tipo interessando os nervos espinais e alguns cranianos, sobretudo o facial.
- 3) Um tipo mesocefálico puro.
- 4) Um último tipo, no qual a afecção se acompanha de perturbações mentais curáveis.

Ainda no primeiro tipo devem ser mencionadas duas formas clínicas especiais: a forma pseudo-tabética e a forma pseudo-miopática.

Na primeira destas formas existe uma participação muito intensa das sensibilidades profundas, que dá lugar à ataxia, a qual pode dominar o quadro clínico. Trata-se então de uma pseudo-tabes polinevritica. Noutros casos, porém, a questão apresenta-se mais complexa, dado que esta ataxia pode mostrar caracteres marcadamente cerebelosos, coexistindo com sintomas radiculone-

vríticos e com a dissociação albumino-citológica do *liquor*. Parece então dever existir uma forma especial, cerebelosa, da poliradiculonevrite, o que leva a pensar se não estarão a ela ligados um certo número de casos de ataxia cerebelosa aguda, curáveis, que com relativa freqüência se observam na clínica e que têm permanecido inexplicáveis.

A forma pseudo-miopática tem ultimamente sido encontrada com certa freqüência. Ainda numa das mais recentes sessões da Sociedade de Neurologia de Paris, KREINDLER e ANASTASIU apresentaram um caso dêste género. Corresponde tal forma à distribuição topográfica, preferentemente proximal, das paralisias, a qual origina a lordose, a marcha de pato, as alterações da estática e dos movimentos habitualmente observados nos miopáticos.

A intensidade da reacção meníngea tem dado também lugar à tentativa de isolamento de formas clínicas: formas com sinais clínicos meníngeos, formas apenas com reacção do *liquor* e formas sem dissociação albumino-citológica, estas últimas de existência mais discutível.

A evolução da afecção, pelo contrário, não tem apresentado variantes especiais. Esta evolução é em regra contínua, até cura da afecção, revestindo consoante os casos maior ou menor agudeza. Nalgumas observações a doença apresenta durante a sua evolução períodos de agravamento, quer espontâneos, quer provocados por complicações intercorrentes, as quais em geral não modificaram o prognóstico da afecção.

É precisamente na evolução que o caso observado por nós se afasta das formas descritas de poliradiculonevrite curável. A doença evoluciona, neste caso, em dois períodos distintos, separados por um intervalo de bem-estar que durou ano e meio. Tal particularidade, ao nosso conhecimento, não se encontra ainda mencionada. É ela que nos leva a falar, no caso presente, de forma recidivante de poliradiculonevrite curável.

IV

Pode dizer-se que é desconhecida ainda hoje a etiologia do síndrome de GUILLAIN-BARRÉ. Não podendo socorrer-se do auxílio da anatomia patológica, a clínica e a experimentação têm sido

impotentes para resolver a dificuldade. Com efeito, a doença é, como dissemos, eminentemente curável, daí a raridade das observações anatómicas. Estas resumem-se a dois casos de GILPIN e KERNOHAN, mortos de afecções intercorrentes e que apenas apresentavam alterações edematosas das raízes e dos nervos; dois casos de PALLIARD e DECHEAUME, nos quais a presença de lesões encefálicas e medulares torna o diagnóstico duvidoso; e finalmente um outro caso de BALDUZZI, no qual o dado anatómico mais saliente era constituído por uma dilatação extrema dos capilares das raízes e dos gânglios.

A escassez da anatomia patológica tem orientado as pesquisas etiológicas num sentido clínico e experimental. Postas de parte quaisquer relações possíveis com a tuberculose, com o alcoolismo ou com a sífilis, admite-se geralmente o papel de um vírus neurotrópico na génese da afecção. A discussão tem porém versado a natureza d'este vírus, o qual para uns seria idêntico ao da poliomielite, para outros ao da encefalite e para outros finalmente seria um vírus autónomo.

Se a identidade com a poliomielite parece difícil de sustentar, um certo número de argumentos depõem a favor de uma possível identidade de vírus da encefalite com o da poliradiculonevrite. Assim ter-se-iam encontrado em focos de encefalite epidémica, formas chamadas baixas dessa encefalite, cuja sintomatologia seria análoga à da poliradiculonevrite. Esta analogia seria ainda defensável para outro tipo de encefalite, as encefalites das doenças eruptivas; têm sido observados alguns casos de poliradiculonevrite após doenças eruptivas, em condições análogas à do aparecimento daquelas encefalites (obs. CLEMENT e KETELBANT).

A hipótese mais geralmente admitida é porém a de um vírus meningo-neurotrópico específico, de acção vasodilatadora transitória (BARRÉ). Esta hipótese tem a seu favor apenas argumentos clínicos, visto que as tentativas de inoculação feitas por GUILLAIN em ratos e cobaios não lograram qualquer resultado positivo. Entretanto, a relativa uniformidade dos quadros clínicos, a reversibilidade das manifestações e a ausência habitual de seqüelas levam na realidade a crer que se trate de um vírus diferente dos restantes vírus neurotrópicos conhecidos, produtores de afecções de distinta gravidade.

V

A poliradiculonevrite curável, síndrome de GUILLAIN-BARRÉ, constitue pois uma entidade clínica que parece perfeitamente definida, merecedora de autonomia nosológica. Enfileira provavelmente no grupo das neuraxites infecciosas, afecções produzidas por vírus neurotrópicos, tornando-se muito característica a sua relativa benignidade.

O caso por nós apresentado, forma curável da afecção, com sintomas sensitivos e dissociação albumino-citológica muito marcados, merece menção especial pela sua evolução, feita em dois períodos com um intervalo de remissão superior a um ano. Esta particular evolução não se encontrava ainda, ao nosso conhecimento, mencionada na literatura.

RÉSUMÉ

Les AA. présentent un cas de polyradiculonévrite curable. À ce propos ils passent en revue la littérature médicale sur l'affection, insistant surtout sur les diverses formes cliniques et sur son étiologie douteuse.

Leur cas, cliniquement typique, avec forte participation sensitive (crises douloureuses très intenses, phénomènes objectifs) et grande dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien, a été caractérisé par une évolution récidivante. Un période de plus d'un an a séparé les deux poussées de la maladie, fait jusqu'ici inédit dans la polyradiculonévrite de GUILLAIN-BARRÉ.

Travail de la Clinique Ophthalmologique de la Faculté de Médecine de Paris

LES HÉMORRAGIES RÉCIDIVANTES DU VITRÉ (1)

PAR

CORDATO DE NORONHA

Ce travail fait sous la direction de Messieurs le Professeur F. TERRIEN et le Docteur GUILLAUMAT, Chef de Clinique à l'Hôtel-Dieu, devrait être publié dans les *Archives d'Ophthalmologie*.

Par suite des évènements, Monsieur le Professeur F. TERRIEN m'a autorisé, par une lettre, sa publication dans une Revue Portugaise.

Je remercie vivement Monsieur le Professeur F. TERRIEN et Monsieur le Docteur GUILLAUMAT de leur haut enseignement et de leur obligeance. Dans les circonstances actuelles, je leur porte le témoin de ma gratitude et de mon entière solidarité à la Cause de la France, qui est aussi celle de tous les élèves des Ecoles Françaises.

INTRODUCTION

Les hémorragies récidivantes des sujets jeunes constituent un syndrome bien défini au point de vue clinique, quoique encore très discuté sous son aspect pathogénique.

En effet, on réserve cette expression aux cas d'hémorragies rétiniennees à répétition et survenant la plupart du temps chez les jeunes gens.

On les appelle couramment hémorragies du vitré. Cliniquement, le symptôme dominant est incontestablement le trouble plus ou moins accentué du vitré, une hémorragie de la rétine qui reste minime sans troubler plus ou moins le vitré ne rentrant pas

(1) Cet article a été envoyé à la presse le 17 octobre 1939.

dans le cadre de notre syndrome. Une discussion clinique pourrait s'entamer sur cette subtile question, mais dans la pratique il y a toujours une opacification du vitré.

Dès lors, il nous semble que l'expression presque classique «Hémorragies du vitré» n'est pas mal fondée. Il y aurait peut-être avantage à la remplacer par celle d'«Hématome du vitré», mais cette expression serait-elle encore plus inexacte, puisqu'il n'existe pas toujours une «collection» vitréenne de sang, l'invasion pouvant être à la rigueur, relativement discrète, assez forte pour provoquer le symptôme opacification, mais pas assez abondante et homogène pour justifier l'expression «hématome».

C'est d'ailleurs le caractère «habituel» qui bâtit le syndrome. Le facteur «répétition» peut aussi manquer. Il y a des cas où l'hémorragie apparaît une seule fois.

Le malade guérit et la récurrence ne se produit plus, mais le jeune âge, l'absence de causes visibles, la brusquerie, la guérison clinique presque spontanée, nous feront porter le diagnostic, d'ailleurs paradoxal, d'«Hémorragie Rétinienne Récidivante des Jeunes Sujets». La récurrence dans ce cas ne serait pas une constatation individuelle sur le malade, mais un caractère de possibilité inhérent à la maladie. Nous verrons plus loin qu'une instabilité humorale et probablement artériolaire est à la base de notre syndrome, instabilité souvent congénitale. Au point de vue général, il y aurait peut-être intérêt à rattacher ce syndrome à d'autres états où une maladie générale provoque une possibilité hémophilique. Un exemple frappant est celui de «fièvre bilieuse hémoglobinurique», maladie d'origine inconnue, comme notre syndrome, et où la discrasie paludique et probablement des altérations vasculaires minimales dues à l'hématozoaire jouent un rôle prépondérant.

C'est en effet cette discrasie latente que nous diagnostiquerons et par conséquent la possibilité qu'elle se manifeste encore une fois, malgré la guérison et la stabilisation humorale.

Le jeune âge est-il aussi une condition «habituelle», mais qui peut manquer. On a constaté notre syndrome chez des sujets de tout âge, mais il est plus fréquent chez les jeunes gens.

Historique et Étiologie. — Dans ses grandes lignes, l'histoire du syndrome est liée à la recherche de son étiologie. Pendant la période assez longue qui commence en 1854 avec la description

LISBOA MÉDICA

LABORATORIO NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS 15.

OUABAÏNE ARNAUD

Poderoso tonicárdiaco

Produto cristalizado bem definido, quimicamente puro, de acção certa e constante. Superior ás várias Estrofantinas, amorfas ou não, cuja composição e origem são muitas vezes mal definidas e de acção incerta e perigosa

INDICAÇÕES

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

FORMAS

Solução a 2/100

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

REPRESENTANTE :

HENRI REYNAUD-127, Rua Aurea-LISBOA

Telefone 2 6911

de DE GRAEFE et qui va jusqu'à 1909, il règne une incertitude complète sur la nature de la maladie, et par conséquent sur son traitement. Elle est classée dans le nombre des maladies «essentielles», étiquette qui traduit son origine inconnue.

En 1909, AXENFELD affirme l'origine tuberculeuse de l'affection avec un aspect anatomo-pathologique bien défini: périphlébite. Les idées d'AXENFELD eurent un succès prolongé jusqu'à 1934, où MARCHESANI prétend que la lésion initiale serait une endartérite rétinienne oblitérante, une localisation rétinienne d'une maladie générale, la «maladie de LÉO BUERGER».

BUERGER, il faut le rappeler, avait noté en 1910 que la maladie qui porte son nom frappe surtout des jeunes israélites. Le chirurgien de Mount-Sinai Hospital de New-York avait nécessairement une clientèle israélite, la chose va de soi, mais depuis sa communication, on n'a guère constaté la maladie dans les autres hôpitaux aussi fréquemment. Ce qu'il faut retenir de ce fait, ce n'est ni la confession ni la race, c'est qu'il s'agissait des émigrés polonais, russes ou roumains qui, dans leur enfance avaient pu être atteints de typhus endémique dans leur pays d'origine. En effet, dans cette clientèle on avait observé presque en même temps une maladie particulière, la maladie de NATHAN-BRILL, causée par le virus atténué du typhus exanthématique.

Or, il a été bien établi par EUGÈNE FRAENKEL, en 1913, que les artérioles des individus atteints de typhus exanthématique sont le siège de lésions spécifiques d'endartérite, amenant des thromboses hyalines et souvent une inflammation péri-artérielle. Ces altérations affectent toutes les artérioles du corps plus ou moins et on les a constatées de même chez les cobayes expérimentalement infectés. On peut, dès lors, admettre que l'évolution tardive de ces artériolites puisse à la longue retentir sur la circulation et amener des troubles graves dont les hémorragies.

Retenons donc ce fait: une lésion artérielle, d'origine infectieuse générale et à évolution torpide peut siéger à n'importe quel endroit de l'organisme et déterminer soit l'artérite oblitérante des membres, soit l'artérite oblitérante de la rétine.

Au point de vue étiologique, dans ce cas, il n'y a aucune différence entre une artérite juvénile et les formes séniles, mais l'aspect clinique, aussi bien dans les artérites des membres que dans les artérites rétiniennes, change énormément selon l'âge du sujet.

Anatomiquement, l'endarterite oblitérante juvénile est caractérisée par une oblitération artério-veineuse, mais principalement artérielle, résultat d'une prolifération exubérante et concentrique de l'endartère et de l'endoveine. Donc, prolifération et obstruction de la lumière vasculaire et thrombose. L'endarterite a cela de particulier qu'elle commence toujours par des petites artères et c'est un fait très important. En effet, chez un jeune sujet, un appareil circulatoire en bon état suppléera facilement l'artère oblitérée, dans un bref délai, tandis que chez le vieillard, l'obstruction amènera un déficit d'irrigation définitif. Nous voici donc devant des cadres cliniques différents. Dans le premier cas, le malade guérira de son hémorragie ou de ses phénomènes douloureux et ischémiques aux membres jusqu'au moment où une nouvelle poussée venue d'une autre artère va renouveler le syndrome. La notion de thrombose — thrombose extensive, à propagation centrale — apporte donc un très grand éclaircissement quant à la genèse des hémorragies et nous explique une évolution par à-coups avec des rémissions et des récidives.

Dans un cas de EDWARD DAVIS — 1912 — l'étiologie tuberculeuse paraît bien démontrée. Il s'agit d'une jeune homme de 22 ans. Périvasculite prononcée, affectant surtout les veines. Rétinite proliférante. Dans l'O. D. toutes les veines du fond de l'œil sont entourées par des bandes blanches, larges et denses, doublant la largeur normale des veines. Des bandes identiques entourent les veines, mais dans une étendue moins large. Des bandes identiques et de petites hémorragies siègent sur les veines de l'O. G. Le malade *voit rouge* de l'O. D. quand il regarde en haut et devant lui. Il s'agit d'un sujet faible, issu de parents débiles, avec une réaction positive à la tuberculine. Les traits principaux dans ce cas curieux sont: étiologie tuberculeuse, auto-intoxication intestinale, absence de syphilis. L'auteur avait injecté du sérum humain pour la thérapeutique des hémorragies sans succès. Les injections de tuberculine, le plein air et l'hygiène du tuberculeux semblent avoir opéré la guérison complète.

SUGANUMA, de Tokio, publia en 1922 une étude très intéressante sur l'anatomie pathologique des récidivantes. Il admet aussi que le syndrome est sous la dépendance d'une véritable tuberculose vasculaire, péri-phlébite tuberculeuse de la rétine.

A la clinique ophtalmologique de Brno, le tableau typique de

l'hémorragie juvénile du vitré, ordinairement accompagné d'altérations vasculaires, a été constaté chez 5 sujets du sexe masculin et 1 du sexe féminin, âgés de 14 à 32 ans. Au cours de l'affection il s'est produit dans un cas une rétinite proliférante, dans un autre une rétinite exsudative externe de COATS. Dans deux cas, on a pu établir l'origine tuberculeuse, avec certitude, dans quatre autres avec probabilité. La meilleure thérapeutique a été la combinaison du traitement spécifique (tuberculine) autohémé et lait.

D'une statistique de JESSE M. LEVIT, concernant une période de 12 ans et 170.000 malades, environ 30 cas d'hémorragies vitréennes profuses ont été soignées, à l'hôpital de Massachusets. Ces cas comprenaient des hémorragies dues au traumatisme, à l'artériosclérose, au diabète, à la rétinite avec insuffisance rénale, à l'hypotension vasculaire et aux tumeurs. L'auteur répartit les hémorragies récidivantes en deux groupes. Dans le premier, le plus petit, on constate périphlébite et péri-vasculite tuberculeuse de la rétine. Dans le deuxième, le plus grand, pas de modifications des vaisseaux rétiniens et l'étiologie reste obscure. Les facteurs endocriniens, hypotension, hypocalcémie, les troubles de la coagulation du sang ne sont que des phénomènes accessoires.

Plus récemment, des nouvelles tendances se font jour. Avec DE LAPERSONNE et d'autres nombreux auteurs, les troubles endocriniens seraient les principaux responsables. Des recherches multiples placent le problème de la tension artérielle rétinienne, de l'ophtalmotonus, et celui des hémorragies rétiniennes en particulier sous la dépendance de l'hypophyse. On doit avouer que les recherches ne sont pas encore arrivées à nous donner un aperçu général assez clair sur l'action de cet important organe. Néanmoins, quelques points principaux sont à retenir :

Nous savons que la coagulation du sang se fait en deux phases : dans un premier temps, il se forme un complexe colloïdal, la thrombine, qui agit dans un second temps sur le fibrinogène. La formation de la thrombine dépend d'une substance d'origine plasmatique, — le proserozyme — et d'une autre, d'origine cellulaire, — le cytozome. Certaines substances, les extraits des organes, les sucs des plaies, certains venins, accélèrent considérablement la marche de la coagulation et inversement le venin de cobra, l'hirudine, le salvarsan sont anticoagulants. Dans ces conditions, l'incoagulabilité relative du sang d'un hémophile peut être

dûe ou bien à une insuffisance quantitative de la thrombine, à la lenteur de sa formation ou à une insuffisance de la thrombokinase, atteignant non seulement les cellules sanguines, mais encore — et il s'agit d'un fait capital — les cellules de tous les tissus. L'adjonction de sérozyme normal au plasma d'un hémophile augmente sa coagulabilité, fait sur lequel se base la thérapeutique homohémothérapique.

Les auteurs qui ont étudié les processus de l'hémostase ont démontré que le premier acte défensif de l'organisme contre l'hémorragie est la contraction segmentaire des vaisseaux lésés. Toute atteinte, soit à l'intégrité, soit à l'équilibre fonctionnel du système nerveux vaso-moteur, réalise une condition hémophilique. Les recherches de STEWART, de HARVEY et d'autres auteurs ont établi qu'au cours de la coagulation, il se produit par la destruction des éléments sanguins des substances qui ont un effet vaso-constricteur qui vient s'ajouter à la contraction primaire d'origine vaso-motrice, ce que suppose l'intégrité des parois vasculaires. L'hypophyse, organe extrêmement vascularisé, est de ce fait même susceptible d'augmenter et de diminuer de volume, de façon permanente ou transitoire sous l'action des phénomènes vaso-moteurs et en même temps d'exercer soit mécaniquement par sa contiguïté avec l'artère carotide interne et le sinus caverneux, l'un et l'autre entourés d'un riche réseau sympathique, soit physiologiquement par l'intermédiaire de la circulation hypophyso-hypothalamique, une action sur les organes voisins.

Nombreux auteurs ont cherché les relations existantes entre les glandes endocrines et la tension oculaire, utilisant la méthode des injections des extraits glandulaires, l'observation de la tension dans les cas d'altérations hypophysaires et la radiographie de la selle turcique dans les glaucomes. Les conclusions ne sont pas entièrement unanimes. Les effets constatés sont assez variables. Ainsi, on aurait signalé dans certains cas l'hypotension oculaire sous l'action de l'hyperfonctionnement de l'hypophyse, avec ou sans acromégalie. Dans d'autres cas, on aurait trouvé l'hypertension en relation avec l'hyperpituitarisme.

Les injections des extraits postérieurs de l'hypophyse (endophysine, hypophysine) déterminent selon la plupart des auteurs, par voie veineuse, l'abaissement du tonus oculaire et, par instillation, injection sous-cutanée ou sous-conjonctivale des effets varia-

bles. Cette action a été utilisée pour le traitement du glaucome, ce qui reste pour le moment une tentative assez intéressante, mais sans valeur pratique. Une hypophysectomie partielle aurait des effets contraires, déterminant l'élévation de la tension oculaire.

JEANDELIZE, DROUET, CH. THOMAS et BARDELLI, qui ont observé en 1938 les effets de la post-hypophysine Choay N° 4, sur 4 malades atteints de glaucome, concluent à l'action hypotensive de cet extrait, par l'altération du tonus végétatif.

Les travaux de COLLIN et DROUET ont établi une méthode facile pour la recherche de l'hyperfonctionnement de l'hypophyse, la réaction mélanophorotrope dont nous parlerons tout à l'heure. Chez les malades atteints d'hémorragies récidivantes du vitré, on a trouvé quelquefois, à côté d'une réaction mélanophorotrope positive, d'autres signes d'hyperpituitarisme, rétrécissement bitemporal du champ visuel et hypertension des artères rétiniennes.

L'hyperpituitarisme, associé à l'hyperthyroïdie ou à une insuffisance thyroïdienne ou à d'autres signes de disfonctionnement glandulaire, a été considéré par quelques auteurs comme le principal responsable des hémorragies vitréennes, agissant soit mécaniquement par pression exercée sur le sinus caverneux et stase qui en résulte dans les veines ophtalmiques, soit physiologiquement par l'excitation du réseau sympathique péricarotidien qui détermine un spasme dans le territoire de l'artère ophtalmique, soit encore par l'élévation de la pression générale qui suit fréquemment l'hyperfonctionnement hypophysaire.

Quelques observations ont été aussi publiées qui démontrent une relation très intime entre les modifications de la période de croissance prépubertaire et les hémorragies vitréennes. On connaît le rôle très actif de l'hypophyse à cette période. Ainsi ROLLET a observé en 1929 — Société d'Ophtalmologie de Lyon — une jeune fille de 17 ans qui présenta des hémorragies bilatérales du vitré avec anémie — (3.150.000 G. R.) et diminution nette du taux de l'hémoglobine (45 %) et des signes discrets d'hyperthyroïdisme. La méthode de WHIPPLE eut un effet remarquable, mais temporaire sur la formule sanguine, mais resta sans influence sur l'hémorragie; BERTEIN et CHAMS présentent à la Société d'Ophtalmologie de Lyon en juillet 1929 une observation d'un sujet avec une tension artérielle générale de 13,5 — 8. La tension rétinienne minima était à un premier examen de 55 à droite et 70 à gauche.

A un nouvel examen, trois semaines plus tard, celle-ci était tombée respectivement à 30 et 40. Les auteurs estiment que l'hémorragie est en relation avec l'éveil ou avec un dysfonctionnement génital.

ARLOING et RAYBAUD rapportent à la Société d'Ophthalmologie de l'Est de France, en juillet 1930, l'observation d'un jeune homme de 17 ans, atteint aux deux yeux d'hémorragies récidivantes du vitré. Le malade présente un métabolisme basal d'insuffisance thyroïdienne nette. Le traitement thyroïdien a eu une influence heureuse et la suspension a été suivie de rechute.

Age et sexe. — Les hémorragies récidivantes du vitré se produisent surtout au jeune âge, mais il y a des cas où on les trouve chez les sujets âgés. Le fait principal à établir dans ces conditions, c'est qu'aucun des facteurs qui habituellement agissent sur les vieillards dans la genèse des lésions rétinienne intervient comme élément étiologique des récidivantes. Le malade peut être âgé. La lésion reste juvénile.

Il y a une prédominance marquée pour le sexe masculin, surtout dans le jeune âge.

Bilatéralité. — L'affection serait bilatérale dans une proportion assez considérable (62,6 % d'après GOUVEA), surtout dans le jeune âge. Dans les cas où elle est unilatérale, l'œil gauche serait plus souvent atteint.

Syphilis. — A part les dystrophies générales que cette maladie amène à la longue, on a voulu lui assigner un rôle direct dans la production de notre syndrome. On a trouvé des antécédents syphilitiques chez nombre de malades atteints de «récidivantes». Dans un cas présenté à la Société d'Ophthalmologie de Lyon en 1934, par BONNET et PAUFIQUE, il s'agit d'une affection spécifique. Il existe en même temps des reliquats de Keratite interstitielle de l'enfance.

NIDA présente à la Société d'Ophthalmologie de Paris, en avril 1928, un cas chez un syphilitique de 53 ans, chez lequel l'hémorragie était bilatérale. Le malade est porteur de lésions chorio-réliniennes périphériques. Le traitement mercuriel et bismutique reste cependant inefficace. RENÉ ONFRAY, dans la même séance,

rapporte un cas où il existe une phlébite périphérique rétinienne, chez une femme syphilitique, dont la constante d'AMBART était élevée.

Autres facteurs. — P. JEANDELIZE, P. BRETAGNE ET G. RICHARD publient en 1922 un rapport sur 3 sujets âgés de 20, 23 et 25 ans. Il y avait hyperthyroïdie, sans maladie de BASEDOW et un certain degré d'insuffisance rénale et hypertension artérielle. La constante d'AMBARD était élevée (0,120, 0,100, 0,120), la normale étant 0,70 et l'indice de sécrétion uréique était diminué de plus de moitié (34, 49, 34 %). L'urée au litre de sérum était dans deux cas de 0,38 et 0,41, au lieu de 0,20 à 0,25, normale. Chez deux de ces malades, il y avait une chorio-rétinite discrète.

M. E. VALUDE et Madame S. SCHIFF-WERTHEIMER, en 1924, attirent l'attention sur l'existence d'une *méiopraxie rénale* et sur la nécessité des examens de laboratoire pour la mettre en évidence alors que ni l'analyse des urines, ni l'état du système cardio-vasculaire le révèlent.

Dans l'*intoxication ptomainique*, on a signalé des cas de phlébite rétinienne avec thrombose et des hémorragies et exsudation dans le vitré.

Quelques observations ont été rapportées sur l'existence d'un état de *carence vitaminique* chez les malades atteints d'hémorragies rétiniennes et une thérapeutique s'est fondée sur ces données. Les résultats ne sont pas suffisamment nets.

G. RIDÓCH et CH. GOULDEN estiment que souvent l'hémorragie du vitré est en *relation avec des hémorragies sous-arachnoïdiennes*. Le mode de production des hémorragies intra-oculaires s'expliquerait par un *barrage du retour* du sang veineux par la compression qu'exerce sur le nerf optique l'amas de sang dans les enveloppes du nerf.

Les hémorragies récidivantes seraient fréquentes chez les sujets atteints de *paludisme*. D'après CANITANO, on les trouverait dans la proportion de 100 % chez les individus morts de paludisme pernicieux. Il y aurait, en dehors des altérations morphologiques du sang, une diminution de sa coagulabilité. La marche des accidents semble dépendre de l'action rythmique des accès fébriles, mais on n'a pas tenu suffisamment compte dans la pathogénie de ces accidents de l'action de la quinine, qui modifie

profondément la pression sanguine, très abaissée au cours de l'accès. La quinine paralyse, en outre les éléments contractiles de la rétine et provoque une ischémie par contraction des vaisseaux sanguins. Le traitement par la quinine doit être associé à l'arsenic, qui est capable de combattre les effets dystrophiques de la quinine. Dans les cas de CANITANO la guérison est complète avec l'emploi d'un mélange de méthylarsinate de soude et de chlorhydrate neutre de quinine.

Les *traumatismes* peuvent avoir un rôle étiologique, ce qui est très rare. Le plus souvent, ils jouent un rôle secondaire. Chez les malades prédisposés, un effort ou un accident peuvent déclencher le syndrome. Parmi 7 observations rapportées en 1916, par J. GRAY CLEGG, 3 cas avaient dans leurs antécédents un traumatisme de l'œil ou de la tête et chez un autre, il y avait un glaucome en évolution.

Un traumatisme peut déterminer entre la cristalloïde postérieure et la membrane limitante antérieure du vitré une hémorragie. A l'état normal la face postérieure du cristallin a des connexions lâches avec la limitante antérieure à l'exclusion d'une petite zone circulaire qui parle pour l'existence d'un ligament hyaloïdo-capsulaire. Ceci explique qu'après des traumatismes, un léger déplacement du cristallin libère cette zone discoïde et qu'une hémorragie peut s'y collecter. Ces hémorragies se présentent souvent sous la forme d'un croissant à concavité supérieure.

Quelques auteurs font une place à part aux infections localisées agissant comme facteurs de voisinage ou à distance sur les artères et les veines rétinienne. Cette doctrine d'«infections focales» découle d'une nouvelle hypothèse émise par BAILLIART dans ses conférences. Cet auteur a tendance à admettre une infection du tissu nerveux des centres supérieurs et de la rétine par un agent spécial inconnu. Il s'agirait donc d'un signe rétinien d'une maladie générale à localisation encéphalo-rétinienne. En partant de cette idée, il a soigné, avec succès, ses malades par l'urotropine et le salicylate de soude.

Anatomie Pathologique et complications. Périphlébite tuberculeuse. — Le segment antérieur est quelquefois atteint en même temps que la rétine. Quelques auteurs estiment que l'inflammation débute par une irido-cyclite. Dans la rétine, on trouve rarement

une inflammation nodulaire typique. Les veines sont entourées de cellules géantes, épithélioïdes et lymphoïdes. Une endophlébite peut oblitérer la lumière de la veine et donner lieu à une organisation et une dégénérescence hyalines ultérieures. On trouve rarement quelques altérations vasculaires probablement dues à l'inflammation de voisinage. L'hémorragie se produira par rupture d'un vaisseau à parois altérées qui se dilate en amont d'un obstacle, ou bien par diapédèse constatée directement; à l'examen ophtalmoscopique par BONNET, ce «suintement» généralement admis par les auteurs serait en relation avec quelques symptômes subjectifs prodromiques.

Endartérite. — Artères et veines sont atteintes, mais il y a prédominance artérielle. L'affection progresse de la périphérie vers le centre. A l'oblitération initiale s'ensuit un processus de périangéite. L'endartérite peut siéger sur l'uvée en même temps.

Rétinite proliférante. — Cette lésion complique souvent le syndrome et en est quelquefois l'aboutissant. On voit dans le vitré de nombreux tractus de formes variables. L'acuité visuelle diminue généralement en proportion, mais on a signalé des cas où elle se maintient normale.

Glaucome secondaire. — C'est une autre complication possible, mais dans notre syndrome, il est moins fréquent que dans les autres hémorragies rétinienne. Le jeune âge serait dans ce cas, selon TERRIEN, un facteur agissant dans le sens contraire. Selon JEANDELIZE et DROUET, c'est surtout l'action hypotensive de l'hypophyse qui agit dans ce sens.

Décollement de la rétine. — Les tractus de la rétinite proliférante peuvent déterminer par leur rétraction un décollement de la rétine. Mais on a signalé aussi des cas où le phénomène inverse se produit. L'hémorragie du vitré est un symptôme accidentel dans le cadre d'un décollement.

GREEVES rapporte 4 observations où les yeux avaient saigné dans le vitré, avant l'opération et n'ont pas fait des hémorragies après l'opération.

Les altérations anatomiques évoluent dans le sens d'une réti-

nite proliférante, quand l'activité des cellules non pigmentées du corps ciliaire, surtout de la partie plane, est amoindrie par suite d'un travail soutenu. En effet ces cellules n'absorbent pas seulement les solutions, mais aussi les éléments figurés du sang épanché. Cette action physiologique du corps ciliaire, qui explique suffisamment l'éclaircissement rapide des hémorragies, devient de moins en moins énergique. L'hématome n'est plus absorbé. Dans un cas de URBAÑECK, toute la masse de l'hématome est transformée en une boule blanche floconneuse. D'autres fois, la masse du corps vitré s'organise à l'appui du sang épanché et il y a un processus de *hyalite proliférante*.

Des caillots sanguins siégeant dans l'uvée peuvent aussi donner lieu aux transformations fibrineuses. GENET présente à la Société d'Ophthalmologie de Lyon, en juillet 1935, l'observation de deux malades chez lesquels il avait constaté une hémorragie du vitré, unique dans un cas et deux successives dans le deuxième cas. Le premier s'est résorbé totalement. Dans ce premier cas, il existait derrière les procès ciliaires, en bas, une néoformation qui peut correspondre à une masse fibrineuse encore teintée de sang, reliquat probable d'un caillot important placé au niveau des procès ciliaires. Dans l'autre cas, il y a, en outre, des symptômes d'atrophie optique. Dans les deux cas, il s'agit d'hémorragie du vitré avec atteinte de la région rétrociliaire.

PÉREZ BUFIL a rapporté 3 observations d'hémorragie vitrénne au début brusque ou progressif, indolore, chez des sujets de 20 à 30 ans, d'apparence robuste. Aucune réaction inflammatoire apparente. Durée de 2 à 3 ans et même plus. Rechutes très fréquentes. L'affection se termine par irido-cyclite, glaucome, ou guérison totale et rapide.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

L'obscurcissement de la vision, quelquefois accompagné de vision colorée, est brusque, sans prodromes, ou bien il s'établit progressivement. L'acuité visuelle se réduit de la même façon dans quelques minutes ou lentement pouvant être réduite à la seule perception lumineuse ou se maintenir relativement élevée.

JEANDELIZE et DROUET admettent des cas où l'hémorragie serait extrêmement petite, la maladie se résumant aux symptômes

subjectifs minimes éprouvés par le malade, une forme clinique qu'on pourrait classer de « fruste ». Il y aurait lieu de discuter si ces cas réalisent notre syndrome et s'ils doivent rentrer dans le cadre clinique des « récidivantes ».

Le symptôme objectif par excellence est le trouble du vitré. Tous les degrés sont possibles. Tantôt, il y a une véritable inondation et la pupille devient absolument inéclairable, tantôt l'hématome siège au centre et la périphérie reste éclairable, permettant l'examen de l'image rétinienne. Le vitré peut, depuis le commencement ou pendant l'évolution postérieure, être suffisamment transparent pour permettre la perception des détails anatomiques plus ou moins importants : des formations fibrineuses en relation avec une rétinite proliférante, des flocons mobiles, des caillots sanguins.

La pesée dynamométrique dans les cas où il est possible d'examiner le fond de l'œil et l'observation de la veine centrale de la rétine permettront de juger l'état de perfusion dans les capillaires rétiniens. Nous savons, en effet, que les capillaires sont en général irrigués également — isoperfusion de FRITZ — mais dans d'autres cas certains capillaires sont dilatés et d'autres normaux ou contractés — anisoperfusion de FRITZ. Si cette anisoperfusion est due à des spasmes, elle entraînera des lésions atrophiques de la rétine et si elles sont produites par une dilatation localisée, les capillaires qui restent béants supportant une pression supérieure à leur résistance, provoqueront des hémorragies.

Tous ces détails objectifs peuvent être saisis à des moments très variables. Quelquefois nous connaissons ces lésions d'avance puisqu'il s'agit d'une hémorragie vitrénne survenue chez un malade antérieurement observé. G. OFFRET, en octobre 1938, rapporte à la Société d'Ophtalmologie de Paris le cas d'une jeune fille de 22 ans chez laquelle il a pu constater des lésions veineuses rétiennes importantes, *augmentation de calibre, tortuosités, manchons périveineux, aspect moniliforme*. En outre, il existe de petites hémorragies en flammèches, et flou papillaire. Pendant deux mois cet état a été observé sans altérations. Après ce délai la malade fait une hémorragie du vitré, avec erythrocyanose des extrémités et modification du temps de saignement et de coagulation.

On a observé des détails anatomiques pendant l'évolution de

la maladie. Dans un de nos cas, le diagnostic de rétinite proliférante a pu être porté pendant la marche d'une crise, mais dans la plupart des cas, c'est pendant les périodes de rémission et quand le vitré s'éclaircit qu'on peut saisir l'aspect des artères et des veines rétiniennees.

La pupille est le plus souvent moyennement dilatée et les réflexes peuvent être altérés.

La tension oculaire est généralement normale. Dans un cas de MORON l'hémorragie se produit chez un malade présentant une hypotonie oculaire. Elle fut traitée par le colmatage de LAGRANGE avec un résultat satisfaisant. Il y a intérêt à surveiller la tension à cause d'un glaucome secondaire possible.

Le champ visuel est souvent normal. Quelquefois il y a de la rétinite hémorragique avec maintien d'une acuité visuelle normale et rétrécissement du champ visuel. Dans un cas de GIRI le vitré présentait une vascularisation assez large, rétinite hémorragique et acuité visuelle normale, mais le champ visuel était très réduit.

RICARDO PEREZ JIMENEZ a étudié un signe qu'on a beaucoup discuté : la troisième image de PURKINJE, celle qui se forme sur la face postérieure du cristallin, permettrait selon cet auteur à affirmer la présence du sang dans le vitré, le fond de l'œil étant inéclairable. Elle paraîtrait bleue ou rouge. Pour CARRERAS et d'autres auteurs ce signe n'a aucune valeur pratique.

L'évolution est variable et le pronostic difficile. L'hématome peut persister indéfiniment, et produire la cécité totale, ou bien il peut se résorber complètement permettant une acuité visuelle de 10/10.

Une nouvelle hémorragie viendra nuire à cette évolution et le pronostic sera plus sombre. La guérison sera définitive après plusieurs rechutes ou bien la vision, comme c'est le cas plus fréquent, restera lourdement ou légèrement amoindrie.

L'état général est dans la plupart des cas atteint, souvent d'une façon prononcée. En effet, c'est en partant de cette constatation que BAILLIART soupçonne l'existence d'une infection individualisée, à siège encéphalo-rétinienne. Cet auteur a observé qu'un signe ne manque jamais : la céphalée. Ce symptôme est d'autant plus saisissant qu'il se produit chez un individu « bien portant » ; cet état général de « bonne santé » est plutôt apparent pour d'autres auteurs et il y a lieu d'admettre un déficit glandulaire et sanguin

qu'il faut soigneusement rechercher, investigant l'état rénal, la tension artérielle, le métabolisme basal, la forme radiographique de la selle turcique.

Formes cliniques. Périphlébite tuberculeuse. — Les antécédents personnels et héréditaires du malade sont nettement tuberculeux. On a trouvé dans quelques cas le bacille de KOCH dans l'inflammation de la périuveine. Le fond de l'œil observé à un moment de répit offre un aspect particulier. Les veines sont dilatées et sur un segment de veine ou bien autour de différents segments on trouve des signes d'une inflammation périuveineuse diffuse, des reflets plus ou moins brillants. La forme des veines est normale ou présente un aspect moniliforme. Il y a une hypérémie plus ou moins étendue. On observe quelquefois une stase papillaire. Des hémorragies encerclent les vaisseaux et peuvent prendre l'aspect d'une thrombose.

Cete aspect du fond de l'œil n'est pas toujours définitif et peut se modifier sous l'action d'un traitement anti-tuberculeux.

Artérite oblitérante. — Chez certains malades on trouve les signes caractéristiques de la maladie de LÉO BUEGER, non seulement des signes ophtalmoscopiques d'angéite, mais des signes subjectifs et objectifs d'une endartérite oblitérante, ischémie des extrémités, pâleur et sensation de froid aux mains, aux pieds, à la tête, fatigue, taches rouges, hémorragies capillaires, absence de pouls, orteil gelé, gangrène. L'examen ophtalmologique démontre l'existence d'une artérite oblitérante. Nombreux signes se produisant dans la sphère cérébrale se manifestent par des troubles nerveux qui accompagnent le syndrome.

TH. JOANNIDES a rapporté en 1937 à la Société Héliénique d'Ophtalmologie un cas très intéressant. Chez un malade de 33 ans traité à l'Hôpital Evagélismos pour des symptômes méningo-encéphaliques avec *vomissement*, *hypertension*, *fièvre*, et avec un Bordet WASSERMANN négatif on observe une multitude de petites tumeurs sur le cuir chevelu qui, d'après l'examen anatomo-pathologique, étaient des nodules d'*artérite noueuse*.

Il ne s'agit pas d'un cas d'hémorragie du vitré, mais l'examen ophtalmoscopique permet de constater une rétinite hémorragique

Opocer

EM COMPRIMIDOS



O *Opocer*

ESTÁ INDICADO NA

FADÍGA CEREBRAL
FALTA DE MEMÓRIA
EXCITAÇÃO NERVOSA

Producto original da SANITAS

POSOLOGIA :

1 a 2 colheres de chá, de cada vez, 3 vezes por dia, às refeições. Em comprimidos, tomar a dose de 12 a 48 por dia, 4 a 8 de cada vez ; é preferível aconselhar-se a sua mastigação.

Opocer
EM PÓ

Laboratorio SANITAS
LISBOA



Opocer

RECONSTITUINTE NERVOSO
" " " CEREBRAL

MÁS DIGESTÕES DIGESTINA TRIPLICE

PERTURBAÇÕES
DA DIGESTÃO

*Digestina
Triplíce*



PEPSINA EXTRACTIVA
PANCREATIVA "
MALTINA "

EFICÁZ E MUITO
AGRADAVEL AO PALADAR

POSOLOGIA :

1 a 3 colheres de chá a cada refeição, as quais se podem mastigar ou deixar dissolver na boca,

Pode aumentar a dose, até 3 colheres de sopa, conforme a qualidade dos alimentos e a intensidade da dispépsia.

Só dá resultado quando é tomada às refeições e não quando se sente a digestão perturbada.

Laboratorio **SANITAS**
LISBOA

et exsudative avec des artères présentant un aspect moniliforme. Quelque temps après on a constaté un décollement de la rétine.

Les hémorragies récidivantes par maladies du sang. — On constate la présence des signes d'hémophilie dans les antécédents personnels et héréditaires du malade : saignement facile des blessures, épistaxis, hématuries, hémorragies spontanées, hématemèses et mœlenas sans cause apparente, irréfractibilité du caillot, allongement du temps de coagulation, signe de lacet, hypocoagulabilité, diminution passagère de viscosité sanguine, différentes formes d'anémie et de purpuras spléniques par atteinte du système réticulo-endothélial de la rate.

La coagulabilité sanguine est un signe très variable. La clinique démontre que chez les hémophiles la coagulabilité n'est pas toujours parallèle à la symptomatologie. Il y a des cas paradoxaux où le malade s'améliore, la coagulabilité *in vitro* s'abaissant et vice-versa.

Dans la *maladie de RENDU OSLER, angiomatose hémorragique familiale*, on n'avait jamais signalé des complications du fond de l'œil jusqu'à 1938, où JULES FRANÇOIS publie une observation constatant dans les antécédents du malade deux hémorragies intra-oculaires, ectasie des veines rétiniennes et *varicosités au niveau de la papille*.

Forme infectieuse. — Nombreuses infections ont été signalées comme étant à la base des hémorragies récidivantes : infections dentaires, inflammation de la trompe d'EUSTACHE, sinusites, végétations adénoïdes, ethmoïdite, amigdalite, la stase intestinale et infection colibacillaire. Les affections générales comme la grippe, le paludisme, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la maladie de WEIL, les ictères infectieux.

Dans un cas de HOLMES SPICER, il s'agit d'un accident septique : un jeune homme de 19 ans, sujet faible, très souvent enrhumé. Le malade présente une rétinite hémorragique avec distension veineuse, oédème et des hémorragies. Il s'agit d'une *phlébite septique* des terminaisons qui évolue dans la direction centrale et produit une thrombose anémique — pas septique. Le malade va à Wiesbaden, où il est soigné par Hg. Rentre avec hémorragie du vitré dans l'œil gauche et faible perception lumineuse.

Dans un autre cas de A. ORMOND, il y a une hémorragie du vitré par *thrombose septique*. Il s'agit d'un enfant de 12 ans, sans aucun antécédent suspect, parents, 7 frères, et sœurs étant en excellente santé. Le fond de l'œil droit présente une masse jaunâtre sur la veine nasale supérieure et des hémorragies très étendues récentes se trouvent dans tout le fond de l'œil. Les artères sont normales. Les branches périphériques de la veine temporale supérieure sont *noires, moniliformes* distendues, et leur tronc commun se perd dans un placard d'hémorragie et d'exsudat. Pareilles modifications se trouvent dans l'O. G. où le vitré est trouble.

Quelques jours après son admission l'enfant déclenche une attaque d'amigdalite avec élévation marquée de la température. L'examen du sang ne révèle rien d'anormal. F. O. D. trouble du vitré. Dans la région temporale supérieure de fines hémorragies et quelques capillaires néoformés poussant dans le vitré. Les exsudats sont disparus et les anciennes veines thrombosées sont encore tortueuses. F. O. G. nombreuses trainées de chorio-rétinite périphérique.

Dans la pachyméningite du nourrisson, il est fréquent de trouver des hémorragies rétinienne, le plus souvent liées à une stase papillaire, sous la dépendance de l'hypertension intra-cranienne, mais il existe aussi — un cas de G. RENARD — des hémorragies sans oedème papillaire relevant probablement d'une *altération congénitale*, d'origine syphilitique.

Les formes endocrines. — Les malades présentent des symptômes généraux et particuliers d'un disfonctionnement des glandes endocrines et l'action thérapeutique des extraits glandulaires se montre particulièrement efficace. En effet, on constate : irrégularité de la menstruation, asthénie psychique, habitus hypothyroïdien, nanisme, voix puérile, altérations radiologiques de la selle turcique, perturbations de la vie génitale, hyperthyroïdisme, insuffisance rénale, chloro-anémie, hypertension artérielle, basedowisme, ménopause, influence favorable d'iodothyline, thyroïdine, opothérapie testiculaire, ou d'extrait d'hypophyse.

Diagnostic. — Le diagnostic découle de quelques-unes de ces constatations et après l'élimination de toutes les causes qui peuvent déterminer une hémorragie banale. A vrai dire, il n'y a pas

une limite assez marquée entre une hémorragie banale et une hémorragie vitréenne récidivante, mais ce qui nous doit guider, c'est le facteur négatif dont nous avons parlé et l'aspect grossier, si l'on peut s'exprimer ainsi, de l'hémorragie et de son invasion vitréenne, et l'âge du sujet.

Nous rechercherons l'albumine et la glycosé dans les urines, la taxe de l'urée sanguine, le cholestérol sanguin, les symptômes des nephrites, de l'artério-sclérose, le cancer, les maladies générales susceptibles de provoquer des hémorragies dans les différents organes de l'économie dont une hémorragie rétinienne pourrait être un phénomène épisodique.

Si aucune de ces causes n'a été trouvée et que le diagnostic de «récidivante» s'impose à titre négatif, il faudra chercher à déterminer une des formes étiologiques précises, décrites, par des recherches spécialement orientées dans ce sens, la tuberculose, les signes non oculaires de la maladie de LEO BUEGER, l'infection focale, nez, dents, amigdales, sinus, ou des troubles endocriniens, les maladies du sang. On fera la numération globulaire, la formule leucocitaire, on cherchera le signe de lacet, le temps de saignement et de coagulation, la recherche des parasites du sang et de l'intestin, le métabolisme basal.

L'hyperthyroïdisme sera démontré par les réactions suivantes:

Réaction mélanophorotrope. — Elle consiste à injecter 3 cc. de l'urine du malade dans le sac lymphatique dorsal des grenouilles de teinte claire. Si l'urine contient le principe mélanophorotrope, indice de l'hyperfonctionnement, les grenouilles prennent une teinte foncée. Le principe mélanophorotrope est excrété de façon intermittente et doit être recherché systématiquement pendant une dizaine de jours.

Epreuve de GOETSCH. — En 1918, un auteur américain, EML GOETSCH, a montré que dans le cas d'hyperthyroïdie, l'injection d'une dose minime d'adrénaline — 1/2 milligramme — provoque la tachycardie, l'augmentation de la pression artérielle, palpitations, tremblement, anxiété, pâleur, transpiration, coliques intestinales. L'injection de la même dose chez un sujet normal n'entraîne aucune modification.

Epreuve de CLAUDE PORÁK. — On administre aux malades un repas sucré (10 morceaux de sucre, un petit pain, 75 centilitres de lait) et ensuite on injecte 0,20 gr. d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse chez les hyperthyroïdiens, on observe le ralentissement du pouls, hypotension et glycosurie.

Epreuve de PARISOT-RICHARD. — Injection sous-cutanée ou intramusculaire de 1 gr. d'extrait thyroïdien (CARRION) par centimètre cube. On observe chez les hyperthyroïdiens un ralentissement du pouls, une chute de la minima et exagération du réflexe oculo-cardiaque.

Finalement, il faudra faire un dosage des vitamines car on connaît le rôle qui leur a été attribué dans le tonus des parois vasculaires.

Il faut ajouter que dans quelques cas très rares, une hémorragie vitréenne a provoqué une tumeur. Dans un cas de FRANCKE, dix ans après un décollement, le malade présente une hypertension intra-oculaire, avec opacité totale des milieux profonds. Suspicion de mélanosarcomé de la choroïde. Enucléation. A l'examen histologique, grosse hémorragie dans le vitré. Origine inconnue.

TRAITEMENT

On a conseillé les moyens empiriques les plus divers pour le rétablissement d'un état général déficitaire et pour combattre l'état hémophilique. Le traitement général anti-tuberculeux, notamment l'allergine ou antigène méthylique, suppression de l'alcool, du tabac, l'usage de l'arsenic, la limonade citrique, le perchlorure de fer, le chlorure de calcium, injections sous-cutanées de peptone de WITTE, sérums animaux non spécifiques, autosérothérapie, injections sous-cutanées du sang total — 100 à 200 cc. d'un individu normal, le grand air et l'altitude, un régime convenable doit être établi pour les malades présentant une constante d'AMBARD élevée. L'hygiène générale du malade sera rigoureusement surveillée, on lui prescrira le repos et on évitera toutes les causes susceptibles de provoquer une congestion céphalique. Le chlorure de calcium est administré *per os* et en injections intra-musculaires et intra-veineuses.

Le citrate de soude aurait, selon quelques auteurs, une action

favorable sur la coagulation, employé en injection intra-musculaire, action contraire à ses propriétés *in vitro*, action qui s'exerce probablement sur les hémorragies dues à un ralentissement circulatoire ou à une phlébite.

D'autres auteurs auraient eu des résultats favorables avec l'autohémothérapie et les médications de choc. D'autres auteurs encore emploient l'homohémothérapie. Un traitement par «accidents sériques», c'est-à-dire par le déclenchement d'une crise anaphylactique chez un malade préalablement «sensibilisé» par une injection sous-cutanée minime de sérum et 15 jours après, par une piqûre d'une dose plus forte, aurait donné des résultats intéressants. On a employé aussi la diathermie sur la rate, l'antheta, le sérum gélatiné, la vitamine C, l'acide ascorbique.

On a tenté aussi des irradiations de l'œil malade par les rayons X, des irradiations de l'hypophyse, de la rate, des capsules surrénales, des os, les injections sous-conjonctivales de l'eau salée et de chlorure de sodium hypertonique, de phénol, de sels de calcium. La saignée, la ponction de la chambre antérieure, la thermocautérisation de la sclérotique, l'interruption, la grossesse chez les femmes enceintes, la folliculine pour combattre l'hyperfonctionnement de l'hypophyse.

M. COLMANT, de Liège, rapporte en 1924 un cas dont l'étiologie est mal définie et que l'auteur a traité par la ligature des deux carotides primitives en deux temps. Cette opération est extrêmement dangereuse et le pourcentage des décès dûs, soit à un accident immédiat résultant de la brusque ischémie cérébrale, hémiplégie du côté opposé à la ligature et coma, soit à des accidents tardifs, thrombose et ischémie cérébrale, monta à 50,9 %.

Dix jours après la ligature de la carotide droite, le patient a fait une hémorragie de l'O. G. et 15 jours après la ligature de la carotide gauche, il refait de nouveau une hémorragie à l'O. D.

Dans une affection relevant nettement d'une modification humorale, le traitement chirurgical en question ne nous semble pas suffisamment bien fondé.

Tous les moyens indiqués, plus ou moins intéressants, restent jusqu'ici des tentatives sans une portée pratique indiscutable. On doit avouer, en toute franchise, que nous sommes jusqu'à présent presque totalement désarmés contre la «récidivante» et d'autre part que les moyens les plus divers semblent agir favorablement.

L'évolution spontanée vers la résorption et la guérison se vérifie aussi en l'absence de tout traitement.

Observations cliniques. — Les cas qui suivent ont été soignés dans la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

I — R. C, 38 ans, sexe féminin, entrée le 4 février 1939 à la salle Daviel. La malade entre dans le service pour une *perte progressive de la vision* de l'O. G. Cet *affaiblissement* de la vue a débuté, il y a 3 mois. Aucune douleur.

V. O. D. = 6/10 avec + 0,75.

V. O. G. = voit la main à 1 m.

F. O. D. = normal.

F. O. G. = inéclairable.

V. L. = perméables.

9-2-39. — *Exeat* :

24-2-39. — F. O. G. = inéclairable ; bonne tension ; urée sanguine, 0,30 ; tension artérielle, 10/6.

13-3-39. — V. O. D. = 7/10. V. O. G. = voit la main à 0,5c.

14-3-39. — La malade rentre dans le service.

15-3-39. — Laroscorbine. Radio pulmonaire, négative ; cuti-réaction +.

16-3-39. — État sensiblement stationnaire.

17-4-39. — F. O. G. = toujours trouble ; urines, normales.

5-6-39. — F. O. D. = normal. F. O. G. = très nombreux corps flottants du vitré. Le fond de l'œil est plus facile à voir. On aperçoit des placards blancs de rétinite.

II — Od. envoyé de Lisieux, le 17 mai 1939 par le Docteur ED. PLICHON.

Le malade serait allé à Trouville chercher du travail. Se plaint d'une baisse de vision.

Masculin 24 ans, entre le 19 mai 1939, salle Follin.

Il y a 5 ans, *hémorragies bilatérales du vitré*. Soigné aux Quinze-Vingts pendant 4 mois environ. Les troubles se manifestaient alors avec plus d'intensité à l'œil droit. Le malade avait la sensation d'avoir devant ses yeux des *mouches qui volaient* et des *trainées noires qui se déplaçaient*. Puis il a eu la sensation d'un brouillard devant son œil droit. Quant à son œil gauche, il a toujours eu la sensation d'avoir devant son œil, des *mouches volantes*.

Depuis trois ans présente un *strabisme intense* de l'O. D. Actuellement, devant son œil droit, il a l'impression d'avoir un brouillard et de voir des *trainées noirâtres*.

Au niveau de son œil gauche, il voit des *trainées noires qui se déplacent* dans tous les sens, quand le malade bouge un œil. Il prétend qu'elles demeurent immobiles s'il fixe un point.

Au point de vue général, le malade accuse une *asthénie* assez marquée. Le malade nous dit qu'il a fait des *épistaxis* depuis son plus jeune âge.

Le malade constate de plus qu'il présente le soir des *œdèmes des membres inférieurs* qui datent d'un mois environ avant les premiers accidents oculaires.

Présente du dermographisme :

O. D.	O. G.
V. O. D. = 7/10 faibles.	V. O. G. = 10/10.
F. O. D. = mal éclairable. Quelques corps flottants.	Champ visuel = normal.
Rétinite proliférante.	
Champ visuel = normal.	
T. O. D. = normal.	

19-5-39. — Sucre, 0 ; albumine, 0.

20-5-39. — Urée sanguine, 0,40 ; tension artérielle, 15/10,5. Le temps de saignement est de 18'. Le temps de coagulation, 8'. Signe de lacet positif. Poumons, rien. B. W., négatif.

Formule sanguine :

Globules rouges.....	6.000.000
» blancs.....	8.000
Hémoglobine.....	85 %

Formule leucocitaire :

Polinucl. neutrophiles	44
» eosinophiles.....	1
Gr. mononucl.	6
Moyens	10
Lymphocites.....	32
Formes de transition	6
Myclocite neutrophile	1

21-5-39. — On institue un traitement par injections de Laroscorbine qui est suivi jusqu'au 8 juin, pendant 20 jours, une injection tous les deux jours.

28-5-39. — Temps de saignement, 2 min. 50 sec. Temps de coagulation, 9 min. 15 sec.

L'élimination d'acide ascorbique étant terminée depuis le 13, on refait des injections.

22, 23, 24, 25-5-39. — Injections de Laroscorbine tous les jours.

25-6-39. — V. O. D. = inférieure à 4/10. V. O. G. = 9/10 avec ses verres.

26-6-39. — Injection musculaire de 10 neg. par jour. L'élimination est de 27,2 neg. par litre.

27-7-39. — Le malade sort avec une rétinite proliférante et gros troubles du vitré.

III. — Besh, masculin, 25 ans, cultivateur, entré salle Follin le 19 septembre 1938.

O. D. — V. O. D. = 10/10. Pupille, normale ; réfl., normaux. Champ visuel, normal.

LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV)

MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALIZADOS

GIMENEZ-SALINAS & C^o
246, Rua da Palma
LISBOA

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetyl amino 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 verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.^a, 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. pathogenico.

N. B. — O ELECTRARGOL é igualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (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)

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

ELECTRORHODIOL (Rhoisio)

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

(Cobra)

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

ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

COLLOTHIOL (Enxofre)

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

IOGLYSOL (Complexo iano-glycoenlo)

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

ELECTROMANGANOL

(Mangan-z)

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

Cancro, Tuberculose, Doencas infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

Curas lodada e iodurada

Affecções estaphylo. coccicas.

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

1507

O. G. — Venu pour décollement de la rétine. En réalité: hémorragies *du vitré et de la rétine*. Le fond de l'œil présente des *taches hémorragiques sur la papille* et à la partie inférieure de la rétine, ainsi que des exsudats et des placards hémorragiques dans plusieurs autres points. V. O. G. = 7/10 avec + 0,75. Champ visuel, normal.

Urines: albumine, 0; sucre, 0.

24-9-38. — *Exeat*.

Ce cas est très intéressant pour deux raisons: d'abord des hémorragies rétinienne et du vitré vont de pair: les hémorragies rétinienne sont beaucoup plus importantes. La gêne de la vision est relativement petite.

IV — Bouh, 31 ans, masculin, graveur sur verre, entré le 27 juin 1938.

Baisse de la vision depuis le début de juin 1938, actuellement:

V. O. D. = 6/10 avec + 0,50. V. O. G. = 9/10.

Pupilles, égales; réflexes, lents; cristallin, normal. Fond de l'œil: à droite, trouble du vitré. Corps, flottants. Papille floue avec hémorragies. Choroïdite à 10 heures. A gauche: sur l'artère nasale inférieure un gros placard de choroïdite et un petit à côté.

Tension O. D. G., normale. Champ visuel O. D. G., normaux.

29-6-38. — V. O. D. = 6/10 avec + 0,50. V. O. G. = 10/10.

F. O. — Vitré, trouble; papille, floue; choroïdite, maculaire pigmentaire.

Urines: sucre, 0; albumine, 0.

État général: à la radio, hiles très chargés. Tension artérielle, 13/8. Examen somatique, rien. Urée sanguine, 0,30.

B. W., négatif. B. K., négatif. Gorge, sinus, oreilles, rien.

1-7-38. — *Exeat* avec Rubophène.

4-7-38. — Cuti: faiblement positive. V. O. D. = 6/10.

27-7-38. — V. O. D. = 8/10. V. O. G. = 10/10.

Rubophène a donné des réactions locales.

F. O. D. — Vitré un peu moins trouble. Devant la papille se trouve une zone œdémateuse circonscrite. *L'hémorragie est disparue.*

21-9-38. — V. O. D. = 4/10. V. O. G. = 10/10.

Trouble diffus du vitré avec corps flottants. Papille vue de façon floue, semble pâle. Il ne semble avoir ni décollement, ni choroïdite, ni hémorragies rétinienne.

22-9-38. — Antigène méthylique dilué 1/8 cc.

L'intérêt de ce cas, comme du III, réside dans le fait qu'il réalise un type indéci entre des hémorragies rétinienne provenant d'une chorio-rétinite et des hémorragies «récidivantes» du vitré.

V — Log, 32 ans, féminin, consulte le 6 mars 1939.

O. G. — Entrée pour baisse brusque de la vision de l'O. G., survenue le 2 mars vers 8 heures du matin. Pas de traumatisme, pas d'effort. A part cette diminution de l'acuité visuelle qui se réduit à la perception de l'ombre de la main, la malade ne se plaint de rien. Le segment antérieur est tout à fait normal, la papille réagit bien, mais de F. O. est complètement inéclairable.

O. D., normal; F. O., rien à signaler; V. O. D. = 10/10.

Antécédents. — Père mort à 42 ans de tuberculose pulmonaire. La malade déclare avoir eu à l'âge de 8 ans des troubles semblables, survenus aussi à l'O. G., mais ces troubles étaient *beaucoup plus légers, et disparaissaient au bout de quelques jours*. Adénopathies cervicales suppurées depuis l'enfance. Mariée, a un enfant bien portant. Règles régulières, mais fort peu abondantes. Présentait il y a 10 ans des épistaxis qui duraient pendant un mois environ. N'a pas saigné depuis. Dans la famille, un frère qui saigne aussi du nez facilement.

Tension artérielle, 12,5 — 9,5 (VAQUEZ). Temps de coagulation, 7 min. Temps de saignement, 9 min.

Formule sanguine :

Hémoglobine	90 %
Globules rouges.....	4.500 000
» blancs.....	10.000
Plaquettes.....	240.000
Valeur globulaire	0,90

Formule leucocitaire :

Polinucl. neutrophiles	72
» eosinophiles	6
Gr. mononucl.	3
Moyens	9
Lymphocytes.....	9
Formes de transition	1
2 hématies mêlées pour 100 leucocytes.	

11-3-39. — B W., négatif. Kalin, négatif. Hecht, négatif.

14-3-39. — Cuti, négatif. Radio pulmonaire d'aspect normal.

15-3-39. — Cuti-réaction, fortement positive.

16-3-39. — État stationnaire.

21-3-39. — Examen des crachats, recherche de B. K. négative. Cire microbienne abondante, comprenant surtout des streptocoques, des staphylocoques et des fuso-spirilles.

24-3-39. — Exeat sans amélioration.

VI — Vech, âgé de 60 ans, ayant exercé jusqu'en 1935 la profession de porteur aux halles, entre dans la salle Follin le 3 novembre 1938 pour une baisse brusque et profonde de la vision survenue spontanément, intéressant l'O. G. L'œil droit ne voit plus depuis longtemps. L'examen oculaire nous montre :

A droite. — V. O. D. = perception lumineuse faible, maxima dans le champ temporal. Pupille forme normale. Caracte qui existerait depuis 30 ans, rattachée à des traumatismes. Tension normale. Myosis. Aucun réflexe parce qu'on lui a mis de la Pilocarpine.

A gauche. — V. O. G. = perception lumineuse. T. O. G. = 7 Schiøtz (18).
F. O. G. = rendu inéclairable par hémorragie du vitré, sauf en des rares points temporaires.

Histoire clinique. — Le malade a déjà présenté le 30 septembre 1935, une brusque cécité par hémorragie du vitré du côté gauche. On voyait à ce moment un aspect ovalaire de la papille et à l'examen du F. O., malgré un aspect trouble du vitré une *hémorragie rétinienne* vers 9 heures. En 4 jours, l'acuité visuelle, avec un traitement de Laroscorbine et repos, était rapidement revenue à 10/10.

Urée sanguine, 0,40.

Formule sanguine :

Hémoglobine.....	90 %
Globules rouges.....	5.500.000
» blancs.....	12.400

Formule leucocitaire :

Polyméclaires.....	63
Eosinophiles.....	0
Gr. mononucl.....	4
Moyens.....	12
Lymphocytes.....	20
Formes de transition.....	1

Traitement :

3, 5, 7-11-38. — Injections intramusculaires de Laroscorbine.

9, 11, 14, 16-11-38. — Injections intramusculaires de Vitascorbol. Le malade quitte le service le 17 novembre, tout en continuant ses injections de Vitascorbol.

18, 20, 23, 26, 28, 30-11-38. — Vitascorbol intramusculaire. En quittant l'hôpital son acuité visuelle à l'O. G., est de 9/10, sans verres. Le fond de l'œil est visible. L'hémorragie a disparu, le vitré est clair.

2, 5, 7, 9, 12-12-38. — Les injections intramusculaires de Vitascorbol continuent.

7-12-38. — V. O. G. = 0,9 sans verres.

14-12-38. — Le malade entre de nouveau dans le service. L'O. G. a été frappé de cécité avec la même brusquerie, la vision est de nouveau réduite à la perception lumineuse, de nouveau le fond de l'œil est devenu inéclairable par hémorragie du vitré. Pas de douleur. Pas de rougeur externe. Tension oculaire normale.

14-12-38. — Injection intramusculaire de Vitascorbol.

19, 21, 24-12-38. — Vitascorbol intraveineux.

Urines (14 décembre) : sucre, 0; albumine, 0.

Le temps de saignement (19 décembre), est de 9 min. Le temps de coagulation est de 4 min.

A la même date (19 décembre), une injection de 3 cc. des urines du malade dans le sac lymphatique dorsal de la grenouille donne un résultat positif. La teinte noircit de façon sensible en 30 minutes.

Depuis cette nouvelle hémorragie, pas d'amélioration sensible, à la suite d'un traitement identique au premier.

La vision est encore inférieure à 1 vingtième, avec des alternances d'élévation et d'abaissement négligeables.

Très constipé.

A l'examen du fond de l'œil, il persiste un aspect trouble. Il s'agit donc d'un malade faisant des hémorragies récidivantes du vitré, affection assez rare, chez un homme de son âge et qu'on observe habituellement, chez des jeunes sujets. L'examen général n'apportant pas de renseignements très importants quant à la cause de ces hémorragies, nous avons cherché des renseignements plus détaillés sur son histoire clinique; les voici: //

Dans l'enfance, aucune maladie. Engagé à la Légion Étrangère à 18 ans, il l'a quittée à 23 ans. C'est à cette époque qu'il aurait eu sur ses 2 yeux plusieurs traumatismes importants auxquels aurait été rattachée plus tard la cataracte de l'O. D.

Pendant son passage à la Légion, il a eu des accès de *paludisme traités par de hautes doses de quinine*.

Entre 20 et 25 ans, le malade perd l'usage de son œil droit du fait d'une cataracte déjà signalée. C'est à ce fait qu'il doit de ne pas être mobilisé.

En 1935, le malade aurait été considéré comme un grand hypertendu et aurait interrompu pour cette raison son travail de porteur aux halles. En réalité, il ne peut préciser les chiffres de cette hypertension. Or, à l'heure actuelle, il a une tension de 16,5-11. D'autre part, l'examen clinique ne montre aucun signe de défaillance cardiaque. Il ne semble donc pas s'agir d'une tension décapitée et cet antécédent d'hypertension semble discutable. Urée sanguine, 0,40. Examen pulmonaire, normal. A l'examen neurologique, rien à signaler. Pas d'antécédents vénériens. B. W., négatif. L'examen de la crase sanguine montre un allongement du temps de saignement (g') et un temps de coagulation, normal.

La formule sanguine est sensiblement normale.

Une hypothèse reste à envisager, celle de troubles endocriniens, chez notre malade aucun argument clinique ne vient étayer ce diagnostic — morphologie normale, diurèse normale, pas de glycosurie, vie génitale normale, aucune autre manifestation endocrinienne. A plusieurs reprises, pratiquons sur notre malade la recherche du principe mélanophorotrope. Le 20 décembre 1938, après injections, les téguments de la grenouille foncent dans leur ensemble, avec élargissement des tâches négatives. Le 22 décembre, nouvelle épreuve, très nettement positive.

D'autres épreuves se sont montrées négatives, ce qui n'enlève rien aux résultats précédents, car il est démontré qu'il s'agit d'une réaction périodique, dont le cycle est variable d'un malade à l'autre.

En définitive, le diagnostic semble bien fondé: hyperpituitarisme avec manifestations hémorragiques récidivantes du vitré.

24-12-38. — Le malade accuse une V. O. G. améliorée = 5/10.

1-2-39. — V. O. G. = 6/10. Rétrécissement du champ visuel nasal.

15-2-39. — Acuité *variable d'un moment à l'autre*.

18-2-39. — Exeat.

24-4-39. — V. O. G. = 9/10.

VII — Laf, féminin, âgée de 56 ans, exerçant la profession d'institutrice, est entrée le 14 février 1938.

Le 8 janvier, au soir, a vu une tache noir dans la partie gauche du champ visuel.

Le 9 janvier, au réveil, la malade voit un voile noire très épais, la vision n'est conservée que dans la partie de l'extrême droit du champ visuel.

Les jours suivants, le voile s'éclaircit; il n'existe plus qu'un brouillard léger, permettant d'apercevoir très vaguement les objets, *mais la malade ne reconnaît pas les couleurs. Le brouillard s'épaissit après le repas.*

Consulte un médecin, qui trouve tension artérielle, mx. 26, et lui fait un traitement par ventouses scarifiées, et hypothermie. Au bout de 15 jours, *la malade commence à revoir les couleurs*, mais il existe encore un brouillard s'épaississant après les repas. *Pendant une à deux heures, après les repas, la malade ne peut pas voir.*

Consulte un second médecin, qui émet l'hypothèse d'hémorragie rétinienne et envoie la malade chez un ophtalmologiste (le 25 janvier) qui constate :

O. D. — Un léger déplacement de la rétine qui régresse facilement. Il donne un collyre et fait un pansement monoculaire très serré pendant 12 heures par jour. Ce traitement est suivi jusqu'au 10 février, le brouillard s'éclaircit, la malade peut sortir, mais elle accuse des métamorphopsies.

Le 10 février, la malade souffrant d'une dent consulte un dentiste, qui ne veut rien faire sans l'avis d'un deuxième oculiste. Celui-ci envoie la malade dans le service, le 14 février 1938.

O. D. — Injection conjonctivale peu marquée. Oeil très hypotonie. Grosse hémorragie du vitré, un peu moins épaisse dans le cadran inféro-interne. V. O. D. = compte les doigts à 10 cm. au maximum. On ne peut pas prendre le champ visuel.

O. G. — Oeil très gros, malade *très myope*. Cataracte brune. V. O. G. = P. L. La vision a disparu depuis l'âge de 7 ans.

Traitement. — Arhémapectine Gallier (solution colloïdale, de Pectine, antihémorragique), tous les jours. Atropine; injection sous-conjonctivale de Cy Hg. à 1/2000.

Tension artérielle = 19/12.

16-2-38. — N'a plus de métamorphopsies, mais voit de l'œil gauche des cercles lumineux.

17-2-38. — Va mieux, voit la main à 1 m.

18-2-38. — Sous-conjonctivale de Cy Hg.

21-2-38. — Commencer Cy Hg. intraveineux.

23-2-38. — Sous-conjonctivale : Cy Hg. 1/1000.

3-3-38. — Vitré encore très épais. Il ne semble pas qu'il y ait décollement. Tractus de chorio-rétinite en dedans, très visibles.

Exeat :

5-3-38. — Entre à nouveau pour être opérée de cataracte O. G. V. L. perméables.

12-3-38. — O. G. = extraction simple (Dr. DOLLFUS).

26-3-38. — Exeat.

1-4-38. — O. G. = calme. F. O. = visible.

16-4-38. — O. G. = milieux transparents, nombreux placards de chorio-rétinite-maculaire. V. = 1/30 (90°-3) -5.

Revue le 13 février 1939.

O. D. — Cataracte.

O. G. — Milieux transparents, nombreux placards maculaires de chorio-rétinite.

VIII — Mar, féminin, âgée de 28 ans. Entre le 27 août 1938 dans la salle Daviel.

Vient consulter pour baisse de vision O. G. apparue *brusquement le matin au réveil*, impression de tache noire gênant la vision de l'œil gauche.

Pas de céphalée. Pas de traumatisme.

L'œil droit est normal.

Evolution. — Pas d'amélioration depuis le commencement, jusqu'à son entrée.

Antécédents. — Nihil. N'a jamais eu de troubles oculaires.

Actuellement. — V. O. D. = 10/10. V. O. G. = 2/10.

Réflexes normaux. Conj. norm. F. O. Hémorragies rétinienne et pré-rétiniennes.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAIRE, J. — Contribution à l'étude des hémorragies de la rétine. *Th. Paris.* 1925.

BUFILL, PEREZ. — Les hémorragies récidivantes du vitré. *Arch. d'Ophth. Hisp. Amer.* Août. 1932.

BUSSACA. — Anatomische und Klinische Betrachtungen über Blutungen zwischen hinterer hinhskapsel und Vorderer Glasbeorper grenschichte. *Klin. Monat. f. Augen.* Tome XCI. 1933.

CANITANO. — La cure combinée quinino-arsénicale dans les hémorragies rétinienne paludiques. *Lett. Ophth.* Janv. 1924.

CARRERAS. — Sur un prétendu «Curieux phénomène» qu'on constate en observant les images de Purkinje dans les hémorragies du vitré. *Arch. d'Ophth. Hisp. Amer.* Juillet. 1922.

COLMANT. — Ligature des deux carotides primitives dans un cas d'hémorragie du vitré. *Soc. Belge d'Ophth.* Nov. 1924.

DAVIS, A. EDWARD. — Recurrent Retinal Hemorrhages occurring in the young, with the report of a case. *Trans. of the American Ophth. Soc.* 48 th. Ans meeting. Vol. XIII. 1912.

DROUET, P. L., THOMAS, CH. et BARDELLI. — Tension oculaire, glaucome et hypophyse. *Bull. et Mém. de la Soc. Ir. d'Ophth.* Séance du 18-5-1938.

- FEISSLY, M. R. — Études sur l'hémophilie. Soc. Méd. des Hôp. Séance du 14-12-1923.
- FRÄENCKE. — Ein Intraokularer Pseudo-tumor, grosse intraokulare Blutung. *Klin. Monat. f. Augen.* Tome XCI. 1933.
- FRANÇOIS, JULES. — Angiomasose hémorragique familiale et ses complications oculaires. *Arch. d'Ophth.* Pg. 415-432. Mai. 1938.
- FUCHS. — De l'anatomie pathologique des hémorragies du vitré. V. Graeffs. *Arch. für Ophth.* Tome IXC. Fasc. II-III. Mai. 1919.
- GIRI. — Vascularisation de tout le vitré dans un cas de rétinite hémorragique avec restitution d'une acuité visuelle normale. *The British Journal of Ophth.* Janv. 1934.
- GODWIN, D. E. — Chorio-rétinite et hémorragies récidivantes dûes à des foyers infectieux divers. *Amer. Journ. of Ophth.* Mars. 1927.
- GOETSCH, EMIL. — Adrénaline Hypersensitiveness in Clinical States of hyperthyroidism. *New-York State Med. Journ.* Vol. XVIII. N° 6. 1918.
- GRAY CLEGG, J. — Les grandes hémorragies du vitré. *The Ophthal. Moscope.* N° 11. Vol. XIV. Nov. 1916.
- GREEVES. — Décollement de la rétine avec hémorragie dans le vitré. *Trans. of the Ophth. Soc. of the U. K.* Vol. LVI. 1936.
- GUILLAUME. — Le mécanisme des accidents observés dans l'artérite juvénile, son importance dans les indications du traitement. Soc. Méd. des Hôp. Séance du 17-6-1927.
- JEANDELIRE, P., BRETAGNE, P. et RICHARD, G. — Hémorragies récidivantes du vitré et hyperthyroïdie. *Ann. d'Ocul.* Pg. 655. 1922.
- JIMENEZ, R. P. — Curieux phénomène appreciable si on observe les images de Purkinje dans les hémorragies du vitré. *Arch. d'Ophth. Hisp. Amer.* Juin. 1921.
- LEVIT, JESSE M. — Hémorragies récidivantes du vitré. *Amer. Journ. of Ophth.* N° 8. Août. 1933.
- MARECHAL, Mademoiselle — Folliculine et Glancome. *Th. Paris.* 1936.
- MELLER. — Le rôle de l'épithélium du corps ciliaire dans la résorption des hémorragies du vitré. *Zeitsch. f. Augenheilkunde.* Nov. 1929.
- MORON. — Hypotonie oculaire avec hémorragie récidivante du vitré. *Arch. d'Ophth. Hisp. Amer.* Juillet. 1933.
- OFERET, G. — Lésions veineuses bilatérales chez une jeune fille précédant de deux mois l'apparition d'hémorragies récidivantes du vitré. Soc. d'Ophth. de Paris. C. R. de la séance du 16-10-1938.
- ORMOND, ARTHUR. — Thrombosis of the retinal veins in both eyes, in a boy at 12 years. *Trans. of the Ophth. Soc. of the* 4-12-1907. Vol. XXVII.
- RENARD, G. — Hémorragies rétinienues au cours des hémorragies méningées du nourrisson. *Arch. d'Ophth.* Janv. 1937.
- RIDOCH, G. et GOULDEN, CH. — Rapport entre l'hémorragie sub-arachérodienne et intra-oculaire. *Arch. of Ophth.* Vol. LIII. N° 6. Nov. 1924.
- RJSEVIJK, HAVER KORN VAN. — Périphlébite rétinienne et cérébrale. *Tijdschrift voor Geneeskunde.* Janv. 1938.
- SEAMAN, GILBERT E. et HAESSLER, F. HERBERT. — Sclérose et vascularisation du sang épanché dans le vitré. *Amer. Journ. of Ophth.* N° 4. Av. 1925.

- SÉDAN, JEAN. — Hémorragies rétinienne survenues chez des hypertendus au cours de vols en avion. *Ann. d'Ocul.* Pg. 307. 1938.
- SPICER, HOLMES. — Métastatic infection of the eye. *Trans. of the Oph. Soc. of the 4-12-1907.* Vol. XXVII.
- SUGANUMA, S. — Anatomie pathologique des hémorragies juvéniles récidivantes du vitré, d'origine rétinienne. *Klin. Monat. f. Augen.* Tômo LXVIII. 1922.
- SWAB, CHARLES M. — Hémorragies rétinienne tuberculeuses et streptococci-ques. *Arch. of Oph.* N° 4. Av. 1935.
- TRAITÉ D'OPHTHALMOLOGIE. — Masson, Editeurs. 1939.
- VALUDE, M. E. et SCHIFF WERTHEIMER, Madame. — Sur la pathogénie d'un cas d'hémorragies récidivantes chez un adolescent. *La Clin. Ophtalmologique.* 1924.
- WURZ. — Contribution à l'étude de l'hémorragie juvénile du corps vitré. Soc. Tcheco-Slov. d'Oph. VI^{ème} Congrès tenu à Prague en 1929. Compte-rendu par E. Hartmann. *Ann. d'Ocul.* Pg. 847 1931.



LABORATORIOS

"SICLA,"

TECNICOS: J. PEDRO DE MO-
RAES E PINTO FONSECA
CAMPO 28 DE MAIO, 298

LISBOA

TELEF. 57-107

TELEGRAMAS: SICLAMINA



BISMUTO TERÁPIA

PRODUTOS INDOLORES
(REGISTADOS)

TARTROL

SOLUTO AQUOSO DE
TARTARO BISMUTATO DE SODIO
Caixa de 12 ampolas.

RUBININA

SUSPENSÃO OLEOSA DE
IODO-BISMUTATO DE QUININO
Caixa de 6 e 12 ampolas.

NEO-TREPON

CADA CENT. CUB. CONTEM
0,06 GRS. DE
BISMUTO EM SUSPENSÃO OLEOSA
Caixa de 12 ampolas.

NEO-TREPON Forte

CADA CENT. CUB. CONTEM
0,1 GR. DE
BISMUTO EM SUSPENSÃO OLEOSA
Caixa de 12 ampolas.

NEO-TREPON (Arseniado)

CADA CENT. CUB. CONTEM
0,06 GRS. DE BISMUTO E 0,018 GRS. DE ARSENIO ORGANICO
EM SUSPENSÃO AQUOSA.
Caixa de 12 ampolas.

CANFOROL CALCICO

REGISTADO
(CANFORA SOLUVEL)

COMBINAÇÃO CALCICA DO ACIDO CANFO-SULFONICO
EM SOLUTO AQUOSO A 10 POR CENTO

(INDOLOR)

PARA INJECCÃO INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA
EMPREGA-SE COMO SUCEDANEO DO OLEO CANFORADO,
ACTUA MAIS RÁPIDAMENTE QUE ÉSTE, E ESTÁ INDICADO
ESPECIALMENTE NO TRATAMENTO DOS TUBERCULOSOS.

Caixas de 12 ampolas de 5 c. c.

CANFOROL FLUIDO

REGISTADO
SOLUTO DE CANFORA A 10 POR CENTO EM
ESTERES DE ACIDOS GÔRDOS.

SUBSTITUI COM GRANDE VANTAGEM
O OLEO CANFORADO.

EM TODAS AS SUAS APLICAÇÕES O CANFOROL
E MUITO FLUIDO, ABSORVE-SE RÁPIDAMENTE
E PODE SER INJECTADO COM
QUALQUER AGULHA.

Caixas com 6 e 12 ampolas de 5 c. c.

LABORATÓRIOS "SICLA,"

TECNICOS: J. PEDRO DE MORAES E PINTO FONSECA

CAMPO 28 DE MAIO, 298 - LISBOA

TELEF. 57-107-TELEG. SICLAMINA

NOTAS CLÍNICAS

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE CELULITE ABDOMINO-PÉLVICA

POR

GEORGINA DE ANDRADE GIL

Não vamos repetir as considerações gerais sobre a celulite, já por nós apresentadas nos n.º 5 de 1938 e n.º 3 de 1939 desta revista, porque isso nos tornaria este artigo demasiado longo. Agora desejamos apenas fazer um estudo breve sobre a celulite abdomino-pélvica, e apresentar alguns casos por nós tratados e que bem demonstram a importância do seu diagnóstico e do tratamento pela quinesiterapia.

Pela sua grande frequência e pelo sofrimento enorme que pode causar à mulher, a celulite pélvica vem ocupando há alguns anos um lugar preponderante no estudo da patologia ginecológica.

Foi a Dr.^a VIDERSTROM, sueca, quem, pela primeira vez, em 1891, mencionou a celulite pélvica, embora em França já tivesse sido notada por vários clínicos, que discordavam bastante na explicação da sua origem e patogenia. Em seguida, foi STAFFER quem, em 1893 e depois, em numerosos trabalhos, falou da celulite, indicando-a como um síndrome comum nas doenças das mulheres, e afirmando que não há afecção crônica genital sem celulite. Para êle tôdas as variedades de lesões ginecológicas crônicas — para-metrite, peri-ovarite, peri-salpingite — constituem um mesmo processo patológico: celulite. Vários médicos, depois dêle, se dedicaram também ao estudo da celulite pélvica: em 1896, RICHARD HOEGEM, inglês; em 1898, SAINT-HILAIRE; em 1899, KRIKORTZ, sueco e BRALANT; em 1909, WETTERWALD, que afirma que a maior parte das nevralgias são de origem celulítica; em 1911, LUTICOFF; em 1912, DUREY; em 1913, HANRIOT, depois ALQUIER, em numerosos trabalhos, de 1917 a 1922; FORESTIER; em 1923, HARTEMBERG e ultimamente PAVIOT e seus discípulos, em Lyon; CONDAMIN, que, numa série de artigos, dá grande relêvo à celulite pélvica, em especial à celulite do DOUGLAS, M^{lle} HIRSCH, GUY LAROCHE e M^{lle} MEURS.

Dada a quantidade e a topografia do tecido conjuntivo lacho da bacia, facilmente se compreende a importância que pode ter a sua infiltração celulí-

tica. Rodeando o útero completamente, êste tecido forma um conjunto de lacunas que comunicam umas com as outras, mais ou menos largamente. O tecido conjuntivo do ligamento largo está em comunicação com o peri-uterino pela sua base e a sua porção infra-tubária, e ainda com o do lado oposto, seguindo a bainha conjuntiva retro-cervical. À frente, o espaço subseroso para-vesical comunica com a cavidade pré-peritoneal de RETZIUS, assim como o espaço subperitoneal para-uterino comunica ao longo do ligamento redondo com a região situada acima do ligamento de POUPART e, pelos seus interstícios, com a cavidade pré-peritoneal. Mais atrás, ainda, e sempre lateralmente, na zona denominada para-DOUGLAS, há uma camada de tecido conjuntivo que se vai abrir atrás, sob o *cæcum* e sob o S íltaco, para subir até à região renal, e à frente se insinua sob os ligamentos largos. Mas são, sobretudo, importantes as condensações do tecido fibro-conjuntivo da linha mediana, que formam, normalmente, anéis flácidos à volta do colo vesical e do colo uterino. Todo êste tecido celular lacho, tão abundantemente desenvolvido, tem a função de sustentar os órgãos genitais, precisamente na razão directa da sua flacidez, da sua elasticidade, deixando assim ao útero uma certa mobilidade indispensável ao seu funcionamento fisiológico normal.

É fácil, pois, avaliar as conseqüências da perda destas duas qualidades essenciais, quando a celulite pélvica se instala.

Sobre a etiologia da celulite pélvica, nada temos a acrescentar à etiologia da celulite de qualquer outra localização; contudo, nesta encontra-se, com mais freqüência, a possibilidade do foco infeccioso inicial, como ponto de partida. Com efeito, a observação clínica mostra-nos, regra geral, que uma mulher atingida de celulite pélvica tem um passado genital patológico: abôrto, nefrite, crises de salpingite aguda ou subaguda, partos trabalhosos, etc. Destas lesões ficam, geralmente, focos celulíticos latentes, que qualquer influência: prisão-de-ventre, abôrto, fadiga, intervenção cirúrgica, emoção forte, mantém ou faz eclodir. Na celulite pélvica, porém, um elemento capital deve ser colocado no primeiro plano: o elemento circulatório. O afluxo congestivo que se dá bimensalmente na mulher normal, as «vagas útero-ováricas», como lhe chamou STAFFER, provocam fenómenos de «congestão passiva, engorgitamento, estase, edema», ainda no dizer do mesmo autor, que aumentam o volume do útero até chegar, por vezes, ao dôbro de seu volume normal. Esta congestão, que abrange todos os órgãos da pelve, predispõe para a formação da celulite, na mulher, quando uma lesão da região não permita a descongestão completa no intervalo das menstruações. Na celulite pélvica, como na de outra qualquer localização, o elemento diatésico, as perturbações nutritivas ou endócrinas, têm também grande influência. A juntar a estas coisas, há outros factores de ordem geral, como a prisão-de-ventre, a vida sedentária, intoxicações repetidas, abuso de automóvel, equitação, bicicleta, atitude de pé prolongada, abuso de relações sexuais, etc.

São, pois, o factor infeccioso e as perturbações circulatórias que dominam a etiologia da celulite pélvica, explicando a sua evolução *particularmente rápida*, para um processo de esclerose, com tôdas as suas conseqüências, enquanto que o elemento diatésico, as perturbações nutritivas e endócrinas per-

manecem, pelo contrário, em segundo plano, embora contribuam para favorecer a sua eclosão, não só na pelve, como em outras regiões do corpo. Me^{lle} HIRSCH, na sua tese, insiste sôbre o desequilíbrio neuro-glandular, com modificação do equilíbrio humoral, favorecendo a eclosão da celulite no momento da menopausa.

Para tornar mais claro o estudo da celulite pélvica, faremos um pequeno resumo da sintomatologia, já por nós estudada nos trabalhos anteriores, da celulite em geral. Podendo manter-se latente por muito tempo, a sua crise ou eclosão traduz-se por dor espontânea, muitas vezes nocturna, sensação de apêrto, de formigueiro, de dificuldade de movimentos, atingindo maior ou menor intensidade e podendo levar até à impotência funcional.

A palpação do tecido celular revela uma dor mais ou menos intensa que, por vezes, se propaga a distância, ao longo do trajecto de qualquer filete nervoso da região. Não devemos esquecer que a celulite é uma infecção crónica evoluindo sem febre. Esta descrição da celulite adapta-se, em geral, exactamente à celulite da parede abdominal, tão freqüentemente associada à celulite pélvica. Insistiremos apenas sôbre o ponto de chamada, designemo-lo assim, que constitue uma cicatriz operatória, depois de qualquer intervenção abdominal, e sôbre o seu carácter, muitas vezes extremamente doloroso. Esta dor é, em certos casos, tão forte, que a doente não suporta mesmo o pêso da roupa sôbre o ventre. Daqui resulta o considerarem-se por vezes mal operadas, não raro atribuindo, injustamente, faltas ao operador, indo até julgar que lhes ficou esquecido um instrumento no ventre.

Nós podemos considerar na celulite pélvica, a *celulite peri-visceral* e a *celulite parietal*.

Constituem *celulites peri-viscerais* as *celulites peri-uterinas*, as *peri-aneixiais* e as do *ligamento largo*.

A *celulite peri-uterina*, a mais freqüente, corresponde à peri-metrite e, segundo a sua localização, pode ser :

1.º — *Anterior*, localizando-se à frente do istmo, entre êste e a bexiga ; raras vezes existindo isolada, manifesta-se funcionalmente por perturbações vesicais, dando falsas cistites, sem alteração das urinas, ou cistalgias rebeldes a todos os tratamentos médicos, e traduz-se por tensão do fundo de sacco anterior e sobretudo por uma dor vesical, que persiste mesmo depois do toque, dor que, quando a celulite não é tratada, se torna espontânea e duma tenacidade irritante.

2.º — *Celulite do fundo uterino*, muito freqüente, formando um empastamento do fundo, transversal, doloroso, causador das dores do fundo uterino, acompanhando as metrites do corpo.

3.º — A *celulite posterior*, a que SCHULTZE chamou «para-metrite posterior», que pode apresentar duas variedades: uma alta, correspondendo à parede posterior do corpo, e outra baixa, correspondendo à parede posterior do istmo e à porção supra-vaginal do colo que limita anteriormente o fundo de sacco de DOUGLAS. Ao toque, simula um aumento de volume do útero, mas um exame atento permite verificar que êste está separado do nosso dedo por uma infil-

tração mais ou menos espessa, que mascara os contornos do órgão, e em que, muitas vezes, se notam pequenos nodulos, maiores ou menores.

Êste exame desperta uma dor mais ou menos viva. Num estado mais adiantado da celulite, êle revela-nos a transformação esclerosa do tecido conjuntivo, formando bridas, retracções obliquas ou transversais, prolongando-se, em regra, pelos fundos de saco laterais, à base dos ligamentos largos. Para CONDAMIN, o ponto de partida destas celulites posteriores seria a reabsorpção, pelo peritoneu e o tecido celular retro-uterino, de produtos infecciosos ou irritantes, acumulados no fundo de saco retro-uterino, ponto de declive da grande cavidade. A origem podia estar em qualquer infecção dos órgãos intraperitoniais: apêndice, vesícula, trompas, ovários, etc. CONDAMIN estuda, além destes sinais, revelados pelo toque, um conjunto de sinais funcionais a que êle chama «verdadeiro complexo do DOUGLAS patológico». Êle distingue sinais locais útero-anexiais, com dores ligeiras ou violentas, de irradiação mediana e lateral sacro-lombar (clássica expressão de dores de rins); certas dismenorreias; sintomas vesicais, como falsas cistites, polaquiúria, espasmos por tracções sôbre os filetes vesicais do DOUGLAS; sintomas vaginais, como espasmos dolorosos e prurido vulvo-vaginal, algias vulvo-vaginais; sintomas rectais, como rectalgias, espasmos dolorosos do ânus, sem lesão anatómica, prisão-de-ventre por estenose permanente ao nível do DOUGLAS retraído sôbre o recto, formando algumas das obstrucções rectais, tão fáceis de confundir com os apertos. Êle liga igualmente à celulite do DOUGLAS certos syndromas a distância, de ordem gastro-intestinal ou cardíaca, e sobretudo, syndromas simpático-psiquicos, que são ainda, actualmente, objecto de aturados estudos.

4.º — A *peri-metrite lateral*, também muito freqüente, é constituída por alterações do tecido conjuntivo do ligamento largo e da bainha hipogástrica. Manifesta-se por dores surdas ou lancinantes, aumentadas pelos movimentos, por uma sensação de pêso, mais ou menos acentuada, sendo a mobilização uterina muito dolorosa.

A *celulite do ligamento largo* corresponde às perisalpingites e peri-ovarietes clássicas. Dada a situação das trompas e dos ovários, a acuidade das lesões que as atingem e as reacções da vizinhança, que são, ao mesmo tempo, intra- e subperitoniais, é, por vezes, impossível distinguir a parte da anexite propriamente e a reacção celulítica peri-anexial, constituindo a maçagem, em muitos casos, um meio diagnóstico e terapêutico.

A celulite da bainha hipogástrica aparece, a maior parte das vezes, ligada às alterações do colo.

A metrite do colo nunca é dolorosa. A dor que provoca a mobilização do colo está ligada à celulite da vizinhança, que também pode ter origem numa rasgadura do colo. É por esta razão que, alguns meses depois dum parto, se sente, muitas vezes, na vizinhança da rasgadura e em continuidade para fora com a base do ligamento largo, uma brida fibro-plástica que puxa o colo para o seu lado e cuja pressão é mais ou menos dolorosa. Esta brida pode ser dupla, ou mesmo estrelada, correspondendo a múltiplas rasgaduras, dando lugar a cicatrizes retrácteis do tecido celular. Estas formas observam-se, so-

bretudo, depois dos partos difíceis, com aplicação de *forceps*, acompanhados de fenômenos infecciosos.

As *celulites parietais* podem existir sobre todo o contorno da bacia. As mais frequentes são as celulites localizadas sobre as faces laterais do recto, devendo notar-se a frequência de continuidade da celulite parietal direita com a celulite peri- e retro-cecal. A celulite perineal manifesta-se por dores espontâneas, sobretudo quando a doente passa da atitude assentada para a de pé, e dor à defecação. O coito e a introdução da cânula são dolorosos, provocando um vaginismo rebelde. O toque rectal provoca dor do septo recto-vaginal.

Evidentemente que estas divisões das localizações da celulite pélvica são esquemáticas e para auxílio do seu estudo. A abundância do tecido conjuntivo pélvico e a sua continuidade provocam uma associação das diferentes formas de celulite pélvica, criando síndromas mais ou menos complexos.

Resumindo, nós vemos que a celulite pélvica é caracterizada por fenômenos dolorosos, sobretudo da região sacro-lombar, e por sensação de pêso e de expulsão dos órgãos, sensações devidas a perturbações circulatórias, arrastando fenômenos congestivos, cuja importância na celulite já conhecemos, bem como a razão porque estas sensações se acentuam nas vésperas da menstruação.

Sob o ponto de vista físico, a celulite pélvica é caracterizada por uma infiltração edematosa congestiva, que pode sofrer, mais ou menos rapidamente, modificações anátomo-patológicas, terminando numa verdadeira esclerose retrátil, de aspecto cicatricial, com tôdas as suas conseqüências sobre a estática útero-anexial: fixação dos desvios, e em particular das retroversões, que se tornam dolorosas, mal toleradas pelas doentes, e perturbando profundamente o regimen circulatório.

Esta evolução da celulite pélvica, do simples edema para a hiperplasia e esclerose, muito mais rápida que na celulite das outras partes do corpo, é sobretudo devida à cronicidade das lesões (frequência das infecções cérvico-uterinas e anexiais, constituindo focos latentes, facilmente reacendíveis) e às perturbações circulatórias provocando fases congestivas. Estas, na mulher com lesões útero-anexiais ou desvios, vão aumentar a estase, factor primordial da celulite, realizando-se, assim, um ciclo vicioso, terminando num verdadeiro estado de «miséria ginecológica», como bem o designou STAFFER.

O diagnóstico da celulite pélvica é, muitas vezes, difícil de fazer num primeiro exame, dados os múltiplos aspectos que ela reveste, tanto sob o ponto de vista de localização, como de alterações anatómicas. O diagnóstico será baseado sobre a anamnese, evidenciando a cronicidade das lesões, a ausência de fenômenos febris, a irregularidade das menstruações, os sintomas funcionais dolorosos, os sinais objectivos colhidos pela palpação. A celulite do fundo de saco anterior simula uma cistite verdadeira, na qual se verifica a inutilidade de todos os tratamentos da cistite. A dos fundos de saco laterais e posterior é muito difícil de distinguir das anexites, e muitas vezes aparecem em conjunto, sendo impossível destrinçar a parte que compete à anexite e aquela que compete à celulite. Em alguns casos, só a massoterapia, muito prudente,

vem estabelecer o diagnóstico definitivo. Mas êle é sobretudo difícil nas retroversões fixadas, ignorando-se se essa fixação é devida a aderências peritonias ou a infiltrações e aderências celulíticas. No primeiro caso, a maçagem dá pequenos resultados, enquanto que no segundo os resultados são surpreendentes. A celulite das paredes vaginais, também bastante freqüente, distingue-se do vaginismo mental, pelo toque rectal, que não desperta dor neste, mas sim na celulite vaginal. Quanto à celulite parietal abdominal, o seu diagnóstico é mais fácil. Uma palpação metódica da parede revela-nos a infiltração do tecido celular, por edema e nódulos celulíticos.

Como já dissemos, o diagnóstico da celulite pélvica é muitas vezes delicado. Devido aos fenómenos congestivos e à infiltração celulítica, o útero e anexos podem parecer aumentados de volume, dando a impressão de órgãos incuráveis, e, como tal, condenados à extirpação pela inutilidade dos vários tratamentos habitualmente usados. Devemos insistir em que êste aumento de volume se dá sobretudo nas vésperas da menstruação e na altura da ovulação, cêrca de dez dias depois de acabada a menstruação. É por isso de aconselhar o exame ginecológico, repetido em épocas diferentes do ciclo ovular. Insistimos, ainda, nos serviços da quinesiterapia, não só como terapêutica, mas também como elemento de diagnóstico.

As indicações da quinesiterapia, que têm a grande vantagem de ser um tratamento ambulatório, são várias. Ela é, sobretudo, um grande regulador da circulação pélvica e portanto um agente terapêutico essencial da celulite pélvica. Mas não queremos deixar de indicar a sua importância no tratamento de certos casos de esterilidade de origem ovárica e infantilismo uterino, pela sua acção estimulante do funcionamento ovárico e pelo desenvolvimento que imprime ao sistema genital insuficiente. Também nos pequenos prolapso, com ligeiro cistocele e retocelo, a massoterapia associada à gymnástica, podera, algumas vezes, evitar uma intervenção, e em todos os casos, permitir ao cirurgião intervir em melhores condições. Nestes casos de pequenos cistocelos em que há perturbações vesicais funcionais de intensidade não relativa ao grau de cistocele, estas perturbações são muitas vezes provocadas pela infiltração celulítica para-vesical. Na subinvolução uterina, com inércia do útero, a massoterapia dá resultados brilhantes.

Raras vezes uma só série de maçagens dá uma cura completa, sendo de aconselhar nova série, mais pequena, alguns meses depois, para consolidação do tratamento.

As contra-indicações da quinesiterapia não mínimas: tumores malignos, derrames sanguíneos recentes, peritonite aguda generalizada, colecções purulentas enquistadas. A gravidez ectópica róta e o tumor benigno líquido não evaquável, são apenas contra-indicações relativas.

Há por vezes, não muitas, uma reacção maior ou menor, sempre sem febre, em que as dores aumentam, e que nunca nos devem levar a desistir do tratamento.

Evidentemente, e êste é um ponto capital da massoterapia, a maçagem deve ser feita com tóda a suavidade, tóda a prudência, e um profundo conhecimento dela, em tódas as particularidades da sua técnica e das suas diferentes manobras. Se em tóda a massoterapia, uma maçagem mal feita pode pre-

judicar grandemente, na quinesiterapia, pode dar resultados verdadeiramente catastróficos. O emprêgo da maçagem tem sido grandemente prejudicado por, muitas vezes, ela ser feita por inexperientes ou curiosos que a supõem coisa fácil. A massoterapia, sem ser de dificuldade transcendente, é contudo difícil, e sobretudo exige um estudo atento, aptidão manual e uma prática e treino grandes, específicos para cada caso. *E não devemos esquecer que uma maçagem mal conduzida pode dar tão maus resultados, quanto seriam bons, sendo bem executada.*

Se bem que ainda o não tenhamos visto escrito em parte alguma, a experiência já razoável que temos da celulite e seu tratamento, tem-nos mostrado que a aplicação de qualquer agente físico, sobretudo os raios X, ou a instilação *in loco* de qualquer substância química, torna os tecidos mais resistentes à acção da maçagem, sendo esta particularmente brilhante nos casos virgens, chamemos-lhe assim, de qualquer terapêutica local. É freqüente aparecerem-nos doentes que já experimentaram, antes de nos procurarem, tôda a gama de agentes físicos e alguns químicos, sendo então mais demorados os resultados benéficos da maçagem. A própria diatermia e os raios infra-vermelhos, que são, às vezes, úteis como adjuvantes da massoterapia, aplicados isoladamente desta, algum tempo antes, prejudicam grandemente o seu efeito ulterior.

Seguem-se algumas observações de doentes por nós tratados:

OBSERVAÇÃO I. — R. C. A., de 28 anos de idade, casada, de Lisboa. (4 de Dezembro de 1936).

Desde o primeiro parto, há três anos, dores e grande pêso no baixo ventre e regiões lombo-sagradas. Corrimento amarelado, espesso e fétido. Há um mês, dor muito violenta na fossa ilíaca esquerda, que irradia por todo o ventre. Temperaturas de 37°,8 a 38°. Grande prisão-de-ventre. Menstruações adiantando-se de oito a dez dias.

À observação, colo grosso, ulcerado. Útero muito doloroso, de mobilidade muito reduzida, e em retroversão acentuada. Empastamento das fossas ilíacas, sobretudo à esquerda, onde se palpa um tumor duma certa consistência, extremamente doloroso, do volume duma tangerina. Depois do tratamento indicado, fazemos-lhe duas electro-coagulações do colo com intervalo de oito semanas. Em Junho de 1937 está sem corrimento, mas mantém-se o pêso no baixo ventre e bastantes dores. O exame ginecológico mostra-nos um colo normal, e útero de mobilidade ainda diminuída e em retroversão acentuada, rodeado de empastamento celulítico, sobretudo à esquerda. Depois de quinze maçagens ginecológicas, sente-se muito melhor. Interrompe o tratamento por doença grave dum filho. Passadas três semanas, intensos fenómenos congestivos. Sem febre e com boa diurese. Estivera quinze dias sem se deitar, com um trabalho intensivo e sob o terror de perder o filho. Com oito dias de aplicações de gêlo, dor muito diminuída. Faz mais dez maçagens. Sente-se bem, sem dores, sem pêso, sem corrimento. Ao exame ginecológico, útero em posição normal, com boa mobilidade. Fundos de saco e fossas ilíacas perfeitamente livres. Continua passando bem.

OBSERVAÇÃO II. — I. K., de 45 anos de idade, casada, de Bilbau (15 de Maio de 1937).

Há alguns anos, põso no baixo ventre, com a sensação de corpo estranho aflorando à vulva. Nos últimos dois anos, dores que se acentuaram fortemente quando da guerra de Espanha, em que teve que fugir precipitadamente. Casada com um alemão, vem agora da Alemanha, onde lhe aconselharam a maçagem como único tratamento. Menstruações abundantes. Corrimento amarelado. Prisão-de-ventre. Quatro filhos. Nega abortos.

À observação, senhora muito corpulenta. Grande ventre de espêsso panículo adiposo, de paredes flácidas e com numerosos nódulos celulíticos. Grande ptose visceral. Útero fibromatoso. Anexos volumosos e rodeados de empastamento, sobretudo à direita. Depois do tratamento médico adequado, fossa ilíaca esquerda normal, mantendo-se à direita o mesmo empastamento perianexial. Com dezasseis maçagens, sente-se bem. Nem corrimento, nem dores. Continua passando muito bem, apenas com as suas menstruações muito abundantes, que não procuramos reduzir por a doente ter uma Tx = 23 e Tm = 12.

OBSERVAÇÃO III. — L. C., de 51 anos de idade, viúva, de Lisboa. (21 de Março de 1938).

Maçagem ginecológica por conselho do Sr. Prof. F. GENTIL. Há onze anos, extirpação dos anexos esquerdos. Desde então, *dores constantes e violentas* na fossa ilíaca esquerda, mais intensas do que antes da operação, com irradiação para o umbigo, e região sacro-lombar esquerda. É-lhe extremamente penoso e muitas vezes impossível estar de pé. Nega corrimento. Amenorreica há sete anos. Um parto. Tem feito vários tratamentos e muitas sessões de diatermia ginecológica, sem resultado algum. Prisão-de-ventre. Colite antiga.

À observação, empastamento da fossa ilíaca esquerda, com redução do fundo de saco por pelvi-celulite esquerda. Com vinte e sete maçagens, raras vezes tem dores, que são muito fracas e que attribue à sua colite. À palpação, fossa ilíaca esquerda normal. Passados catorze meses, volta a procurar-nos. Tem passado muito bem, mas há cêrca de quinze dias, novamente dores, embora pouco violentas, na fossa ilíaca esquerda. Faz dez maçagens. Continua passando muito bem, a-pesar-de ter uma profissão que a obriga a estar de pé horas seguidas.

OBSERVAÇÃO IV. — I. C., de 50 anos de idade, viúva, costureira, de Lisboa. (5 de Maio de 1939).

Há vinte e cinco anos, dores no baixo ventre, sobretudo à esquerda, irradiando para os hipocôndrios e regiões lombo-sagradas, que nos últimos anos se acentuaram, impedindo-a de trabalhar e obrigando-a a passar a maior parte do tempo de cama. Pequeno corrimento aquoso. Menstruações abundantes, que se prolongam, às vezes, por dez dias. Tem feito os mais variados tratamentos sem resultado. A diatermia foi igualmente ineficaz. Tem também dóres nos braços e pernas, sobretudo esquerda. Três filhos. Um abôrto. Diabética, em tratamento na Associação dos Diabéticos Pobres. Foi-nos enviada pela Sr.^a Dr.^a EUFREZINDA TEIXEIRA, para maçagem ginecológica, por celulite pélvica.

TONOCÁLCIO Labs (injectável)

o tonocálcio



é unicamente o
Gluconato de Cálcio puris.
a 10% e 20%
estabilizado por uma
técnica especial de preparação
sem o recurso de
substâncias estranhas

TONOCÁLCIO Labs (injectável)

Lactéol

(BACILOS LÁCTICOS)



É apresentado sob as seguintes formas:

- COMPRIMIDOS E LÍQUIDO** (ampolas de 5 cc.) — Enterites agudas e crônicas, Coli-tes, Febres tifóides e tôdas as perturbações de origem intestinal. Afeções da pele.
- LACTEOL-PENSO** (ampolas de 10 cc.) — Chagas supuradas e estafeladas, Fleu-mões, Antrazes, Fistulas anais, Queima-duras, Chagas de diabéticos, Úlceras vari-cosas, etc.
- LACTEOL-ÓVULOS** — Vulvo-vaginites, Leu-correias, Metrites, Ulcerações do colo e todos os estados inflamatórios.
- LACTEOL-SUPOSITÓRIOS** — Rectites, Prisão de ventre.
- PULVI-LACTEOL** — Pensos das chagas e pensos ginecológicos em insuflações.
- RHINO-LACTEOL** — Afeções nasais (Coriza, Rinites, Supurações, Ozena, etc.).

Laboratório do Dr. **BOUCARD**
30, Rue Singer, PARIS XVI.
Representante em Portugal: **RAÚL GAMA**
Rua dos Douradores, 31, LISBOA

VIATOL

D' BOUCARD



O VIATOL é um fortificante e reconstituente natural que melhora o rendimento da nutrição e equilibra as funções vitais. Contém elementos biológicos naturais, necessários à saúde e à vida, evitando as perturbações que a sua falta causa ao organismo.

INDICAÇÕES: — Doenças crônicas — Convalescências — Fadiga geral — Depressão — Excesso de trabalho — Gravidez — Amamentação — Crianças débeis — Diabetes — Tuberculose — Perturbações da assimilação — Estados de desnutrição.

Laboratório do Dr. **BOUCARD**
30, Rue Singer, PARIS XVI.
Representante em Portugal:
RAÚL GAMA
Rua dos Douradores, 31 LISBOA

À observação, ventre fortemente proeminente, de espesso panículo adiposo e de paredes muito dolorosas por infiltração celulítica, sobretudo no baixo ventre, onde se palpam numerosos nódulos. Ao toque, peri-metrite e peri-aneixite intensa, tornando o útero quasi fixo e apagando os fundos de saco laterais, sobretudo o esquerdo e posterior. Infiltração celulítica dos membros inferiores e até dos superiores. As duas primeiras maçagens provocam pequena reacção, com aumento da dor. À décima maçagem, melhora sensíveis. Com trinta maçagens, sente-se bem, sem dores, podendo retomar a sua vida de costureira. Há dois meses, quatro depois de terminado o tratamento, vem dizer-nos que sente uma ligeira dor, há três dias, na fossa ilíaca esquerda, onde se palpa um pequeno empastamento. Aconselhamos mais algumas maçagens, que a doente não pôde fazer por qualquer motivo da sua vida particular. Encontramo-la há dias. A dor continua a fazer-se sentir, algumas vezes, sem ter aumentado. Diz ser uma dor ligeira, no que acreditamos, visto continuar a trabalhar e não ter feito segunda série de maçagens, a-pesar da nossa insistência e desinteressada boa-vontade. Fêz também algumas maçagens à perna esquerda, de que melhorou consideravelmente.

OBSERVAÇÃO V. — A. P., de 19 anos de idade, solteira, de Lisboa. (26 de Junho de 1939).

Dores vagas no baixo ventre, há um ano. Em Novembro último, cólica muito violenta, que quasi a fêz desmaiar e se atenuou só com aplicações quentes. Esta dor repetiu-se por várias vezes, amudando-se e irradiando para as duas côxas, sobretudo quando andava, com sensação de calor e de pêso. Grande prisão-de-ventre, que se tem acentuado muito. A análise de urinas revelou uma coli-bacilose. O tratamento e a diatermia melhoraram-na muito ligeiramente. Aconselhada por dois cirurgiões a uma intervenção cirúrgica, consultou o Sr. Prof. F. GENTIL, que no-la enviou para maçagem ginecológica por celulite pélvica.

À observação mostrou um útero em retroversão acentuada, completamente imobilizado por um empastamento duro, apagando os fundos de saco laterais, sobretudo o direito, e posterior. A observação ginecológica, feita com a maior suavidade, desperta uma dor violenta nos fundos de saco. À primeira maçagem, reacção com agravamento das dores, reacção que se acentuou extraordinariamente à segunda maçagem. Passada a reacção, quatro dias depois, terceira maçagem, que apenas deu uma ligeira reacção. Com nove maçagens é menstruada, e, com grande admiração da doente, sem que tivesse tido o período fortemente doloroso que, há alguns anos, antecedia as menstruações. Em seguida à menstruação, recomeça a maçagem, que associámos a banhos gerais de ultravioletas como estimulante geral, por a acharmos enfraquecida. O útero apresenta-se, já nesta altura, com franca mobilidade. Faz trinta maçagens. O exame ginecológico, que se tornou absolutamente indolor, revela-nos um útero de posição normal, completamente livre, com boa mobilidade e fundos de saco normais, não se palpando anexos nem qualquer empastamento. Continua passando bem.

OBSERVAÇÃO VI.— A. P. F., de 35 anos de idade, viúva, de Lisboa. (30 de Outubro de 1939).

Há alguns anos que nota o aparecimento de grandes e numerosas sufosões sanguíneas por todo o corpo, sobretudo pernas e ventre, sucedendo-se ininterruptamente, sem que sofra traumatismo algum, e que têm aumentado consideravelmente em número e frequência, principalmente nas proximidades da menstruação. Coincidindo com o início do aparecimento destas equimoses, cefaleias intensas, azia e enjões e grande fraqueza, fatigando-se ao menor esforço. Menstruações muito abundantes e prolongadas e pequenas hemorragias ao menor ferimento. Pequenas epistaxis. Esta sintomatologia tem-se accentuado muito nos últimos meses. Sentiu ligeiras melhoras com a estada, na última época termal, nas Pedras Salgadas, e uma pequena diminuição no aparecimento das equimoses. Dois partos distócicos por inércia uterina. Há sete anos, rasgagem do útero por abôrto espontâneo. É-nos enviada pelo Prof. FERNANDO DA FONSECA para maçagem ginecológica.

À observação, a doente apresenta-se com o tronco e membros superiores e inferiores cobertos de numerosas equimoses arredondadas, nos diferentes graus da sua evolução, indo desde a petéquia puntiforme até ao diâmetro de 7 cms., predominando estas no ventre e membros inferiores, onde também se encontram em maior número. O exame ginecológico, que é quasi indolor, revela-nos um útero de mobilidade diminuída por um empastamento dos fundos de saco laterais e posterior, com pequenos nódulos celulíticos, formando como que um cacho de uvas rodeando o útero. A análise de sangue nada revela além duma accentuada redução de plaquetas: 36.000.

À sétima maçagem, aparecimento da menstruação, que, pela primeira vez há alguns anos, foi normal na quantidade e tempo. Recomeça as maçagens após a menstruação, com o tronco e braços completamente limpos de equimoses, apresentando apenas duas na perna esquerda. Diz sentir-se mais bem disposta e com muito mais energia. Faz dezóito maçagens. Sente a boa disposição e a energia dos tempos normais, se bem que o número de plaquetas tenha descido um pouco mais. O Prof. FERNANDO DA FONSECA tem orientado o seu tratamento médico sob êste aspecto. Raríssimas equimoses, que são agora mais ténues e mais pequenas.

O exame ginecológico mostra-nos um útero com boa mobilidade e ligeiro empastamento à esquerda.

Por fim transcrevemos a observação dum caso de sub-involução uterina, associado a celulite pélvica, completamente curada há cinco anos, pela masoterapia :

M. F. C., de 30 anos de idade, casada, de Lisboa. (10 de Janeiro de 1935).

Abôrto provocado há oito meses, seguido de septicemia. Desde então, dores lancinantes no baixo ventre, com irradiação para as regiões lombo-sagradas, que são sobretudo intensas nas vésperas da menstruação, obrigando-a a recolher à cama e doze dias depois da menstruação, antecedendo um pequeno corrimento sanguíneo.

A observação mostra-nos um útero aumentado de volume, mole, em re-

troversão. No fundo de saco posterior, uma pequena massa, um pouco à esquerda, do tamanho duma amêndoa, dolorosa, que deve corresponder ao ovário esquerdo. Empastamento celulítico das fossas ilíacas. Fêz variados tratamentos médicos, sem resultado. Fêz maçagem ginecológica por conselho da Dr.^a EUFREZINDA TEIXEIRA. Com seis maçagens, aparecimento das regras, sem a menor dor.

Fêz vinte e duas maçagens. Exame ginecológico normal. Desde então passa muito bem, sem dores. Apenas ligeiro mal-estar doze a quinze dias depois da menstruação.

BIBLIOGRAFIA

- ABRIKOSOFF, A. — Ueber die Spontan auftretende Fettgewebsnekrose und Fettgranulom. *Centralblatt f. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anat.* Bd XXXVIII. S 542. 1926.
- Ueber das Schicksal der Spontan auftretenden Fettgranulom (lipophagen granulom). *Centralblatt f. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anat.* Bd XLV. S 396. 1929.
- A. H. GRAY. — On the identity of adiponecrosis subcutanea neonatorum with sclerema neonatorum. *Brit. Journal Dermat. and Syphilis.* Tômô XLV. Pág. 498. 1933.
- ÁLVARO LAPA. — Estudo acêrca da etiopatogenia das nodosidades juxta-articulares. *Jornal da Soc. das Ciênc. Méd.* Junho de 1930.
- CALMANN, A. — Pseudotumoren nach Diathermiebehandlung. *Centralblatt f. Chir.* Bd XXII. S 1272. 1933.
- CHEVALLIER et A. FIERRE. — Cellulite torpide en nappe de la région abdomino-inguinale. *La Presse Médicale.* Pág. 577. Abril de 1934.
- COHEN, I. — Traumatic fat necrosis of the breast. *The Journal Amer. Med. Ass.* Vol. LXXX. Pág. 770. 1923.
- GRACIUM, E. C. et FAGARASANO, J. — Sur le lipogranulome bénin sous-cutané par diathermie, traumatisme ou injections médicamenteuses. *Annales d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir.* Tômô XII. N.º 8. Pág. 910. 1935.
- C. A. CASTAÑO. — La congestión pelvienne, son etiopathogenie et son traitement. *Gynécologie et Obstétrique.* Fevereiro de 1934.
- DUPONT, R. et PERROT, M. — Cyto-stéato-nécrose et gangrène du sein. *Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir.* Tômô IV. Pág. 507. 1927.
- FERRARI, F. — Les rétrécissements péri-rectaux d'origine utero-annexielle; leurs rapports avec la cellulite pelvienne. *Bull. de la Soc. de Gynéc. et Obst.* Vol. XXVII. Pág. 600. 1938.
- Les rétrécissements peri-rectaux d'origine utero-annexielle. *Revue de Chirurgie.* Vol. LVII. Pág. 659. 1938.
- GOTTESMANN, J. e ZEMANSKY, A. P. — Fat necrosis of the breast. A. studies of twenty cases. *Annal of Surgery.* Vol. LXXXV. Pág. 438. 1927.
- GUY LAROCHE. — Adipose douloureuse et maladie de Dercum. Sa pathogénie cellulitique. *Annales de Méd.* Tômô XXIII. N.º 5. Maio de 1928.

- GUY LAROCHE et MEURS-BATTER. — La cellulite. 1933.
- HANRIOT. — Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme : «la cellulite». *Thèse Paris*. 1913.
- HARTENBERG. — Rapport sur la cellulite. Société de Médecine de Paris. 23 de Abril de 1923.
- H. CABOCHE. — La cellulite en oto-rhino-laryngologie. *Annales d'oto-rhino-laryngologie*. Junho de 1932.
- INGRAHAM, C. e TUCKER, W. — Salpingitis and pelvic cellulitis. *The American Journal of Surgery*. Vol. XLVI. Pág. 635. 1939.
- JEAN LOUIS FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. 4^{ème} édition.
- KOENIG, F. — Lipoid granulom im Knochen. *Centralblatt f. Chir.* Bd XVI. S 786. 1934.
- KUETTNER. — Ueber circumscripste Tumorbildung durch abdominale Fettnekrose und subcutane Fettspaltung. *Berl. Klin. Wochenschr.* Bd I. S 9. 1913.
- LAGÈZE. — Sciatique et infiltrats cellulalgiques. *Thèse Lyon*. 1929.
- LANGHERANS, R. — Ueber multiple Fettgewebsnekrose. *Virchow's Arch.* Bd CXXI. S. 252. 1890.
- LANZ, O. — Traumatische Fettnekrose. *Centralblatt f. Chir.* Bd L. S 1253. 1898.
- L. ALQUIER. — La cellulite. 1933.
- Aedèmes et engorgement lymphatiques.
- L. DUREY. — Le massage dans les troubles de la nutrition. *Nutrition*. 1934.
- L. DUREY et MEURS. — Massage et rééducation. 1930.
- LECÈNE, P. — A propos du fait intitulé «cytostratonecrose et gangrène du sein». *Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir.* Tômô IV. Pág. 615. 1927.
- LIEBLEIN, V. — Pseudotumoren im Fettgewebenach Diathermiebehandlung. *Zeitschr. f. Chir.* Bd XXVII. S 1588. 1933.
- LUIGI BOGLIOLO. — Studi sulla patologia del tessulo grassoso. *Arch. Ital. di Chir.* Outubro de 1936.
- M. FAVRE. — Les cellulite-dermites torpides en nappe de la région inguinale. *Annales de Derm. et Syphiligraphie*. 1933.
- MADELEINE HIRSCH. — Douleurs cellulitiques et ménopause. *Thèse Paris*. 1928.
- MARCEL LABBÉ et R. BOULIN. — Lipomatose douloureuse et maladie de Dermum. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Maio de 1927.
- PAVIOT. — Les cellulites: leur rapport avec troubles hépato-digestifs, leurs terrains. *Journal de Méd. de Lyon*. Junho de 1926.
- PEYTAVIN, C. — Rupture partielle d'une cicatrice de cesarienne basse antérieure reconnue à l'occasion du traitement. *Bull. de la Soc. de Gynéc. et Obst.* Vol. XXVII. Pág. 735. 1938.
- PFEIL, K. — Zur Differentialdiagnose der Lipogranulomatose. *Centralblatt f. Chir.* Bd III. S 2911. 1934.
- RADOU. — Cellulite, migraines, névralgies. 1935.
- STAPPER. — Manuel pratique de kinesithérapie. 1912.
- SCOTTI DOUGLAS, R. — Contributo alla conoscenza della «atrofia com proliferazione» e della citosteatonecrosi del tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo. *L'Osp. Magg.* N.º 5. 1929.

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^e)

GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma 246, — LISBOA

LISBOA MÉDICA

”
Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

- TOURAINÉ. — Maladie Buschke. *Annales de Derm. et Syphiligraphie*. 1937.
- TOURAINÉ, GOLÉ et SOULIGNAC. — La cellulite sclerodermiforme extensive bénigne. *Annales de Derm. et Syphiligraphie*. Novembro e Dezembro de 1937.
- TRÉMOIÈRES, TARDIEU et MERKLEN. — Syndrome de Dercum. Cellulite et ménopause. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Pág. 1497. 1931.
- VICTOR PAUCHET. — L'automne de la vie; l'homme et la femme à l'âge critique. 1932.
- WEBER, H. — Ein posttraumatisches Fettgranulom der Mamma. *Centralblatt f. Chir.* Bd XVIII. S 1042. 1934.
- WETTERWALD. — La pré-sclérose organique et son traitement manuel. II^e Congrès de Paris.
- Les cellulites. *Journal Démical Français*. Setembro de 1913.
- Une cause essentielle de cellulalgie: «l'attitude». *Bull. de la Soc. Méd de Paris*. Pág. 326. 1929.
- Des névralgies. 1910.

Revista dos Jornais de Medicina

Angina de Ludwig. (*Ludwig's angina*), por WILLIAMS. — *Surg. Gynec. and Obstetrics*. Vol. LXX. Pág. 140. 1940.

A angina de Ludwig não é rara; em um ano deram entrada no Boston City Hospital, oito casos.

É devido à infecção dos tecidos dos espaços sublinguais e submaxilares; no entanto outras regiões podem estar envolvidas no processo.

Em um grande número de casos dos observados pelo A., o agente era o estreptococos, do grupo hemolítico, quer só, quer associado com estafilo ou pneumococos. Eram freqüentes infecções secundárias pelos anaeróbios.

A porta de entrada foi ou o lábio inferior, ou a língua, pavimento da bôca, gengivas e dentes (do maxilar inferior), amígdalas, faringe, cálculos da glândula ou canal submaxilar. A origem mais freqüente foi infecção a partir dos molares inferiores, principalmente em seguida a extracção.

O pus, em quantidade considerável, só aparece tarde; como não se deve esperar pela flutuação para drenar o abscesso, em 94 % dos casos tratados pelo A. ainda não havia pus.

A propagação da infecção fazia-se para cima e para trás (bôca e faringe); muitas vezes muito considerável, provocava necrose dos tecidos, distonia, disfagia e dispneia. Tem sido observada a ruptura espontânea na bôca ou na garganta.

A angina era com freqüência bilateral. Os tecidos tinham um tom acastanhado; à palpação eram moles, raras vezes flutuantes; havia edema subcutâneo e do pavimento da bôca e a língua inchada.

A deglutição e a fala eram impossíveis.

Temperatura, pulso e movimentos respiratórios, moderadamente elevados.

De entre as complicações há a destacar a obstrução das vias respiratórias pela língua elevada e edemaciada ou ainda por edema da laringe; também foram observadas bronco-pneumonias e invasão de outras regiões vizinhas (espaço submental). A septicemia, que é grave, foi pouco freqüente.

O tratamento consistiu essencialmente em tornar livres as vias aéreas (traqueotomia, se a respiração se tornar rápida, superficial, acompanhada de cianose, etc.); diminuir a tensão da região, assegurar a drenagem e combater a infecção.

A incisão, que foi sempre tanto quanto possível precoce, começava um pouco à frente e abaixo do gonion e continuava para diante, até à linha mediana, sempre a 1 cm. do bordo do mandibular. Se a angina era bilateral, incisão idêntica do lado oposto.

Deve incisar-se: a fascia cervical profunda, o milo-hioídeo e o ventre anterior do digástrico.

Um dedo, introduzido pela incisão, deve poder explorar o espaço todo.

Seguidamente o A. usou penso compressivo com gaze iodoformada, durante doze a vinte e quatro horas; depois aplicações úmidas-quentes, mudadas tôdas as duas horas. Sulfanilamidas.

Como anestesia, não usou a local, devido ao estado da região; o éter e o protóxido de azote não convêm pela obstrução ou espasmos respiratórios que podem provocar, o que aliás também pode suceder com a ciclopropana.

A anestesia por via intravenosa tem vantagens, mas o medicamento deprime o centro respiratório. O A. preferiu a anestesia intravenosa pelo Pentothal Sodium; dá oxigênio conjuntamente.

Tratamento pré-operatório pela atropina.

Com o anestésico, na mesma seringa, injecta 3 cc. de coramina.

F. DE ALMEIDA.

Investigações anatómicas sôbre as conexões do pavimento da bôca e da loca submaxilar com a face. A patogenia dos fleimões difusos faciais consecutivos à angina de Ludwig. (*Recherches anatomiques sur les connexions du plancher de la bouche et de la loge sous-maxillaire avec la face. La pathogénie des phlegmons diffus faciaux consécutifs à l'angine de Ludwig*), por GOUFAS. — *Lyon Chirurgical*. Vol. XXXVI. Pág. 536. 1939-40.

O A. fêz cuidadosas pesquisas em cadáveres frescos, depois de injectar várias substâncias corantes com a propriedade de se difundirem lentamente nos tecidos. Usou uma solução de pasta de azul da Prússia Lefranc em terebentina ou sulfureto de carbono, tinta da China, ou então substâncias solidificáveis, como soluto saturado de colofane em álcool a 90°.

Chegou à conclusão de que as complicações do lado da face, observadas, às vezes, na angina de Ludwig, podem ser explicadas pela continuidade do tecido conjuntivo do pavimento da bôca, com o da loca submaxilar, região para-amigdaliana e bochecha.

A infecção para a face deve seguir pela loca submaxilar, por intermédio do tecido celular peri-vascular; estas infecções também podem propagar-se por intermédio do tecido celular subaponevrótico. Mais para cima, a infecção deve seguir pela bola gordurosa de Bichat e ainda pelo tecido conjuntivo que cerca os vasos que se dirigem para aquelas regiões.

F. DE ALMEIDA.

Sôbre a utilidade da simpatectomia a distância em certas operações por aneurisma arteriovenoso. (*De l'utilité de la sympathectomie à distance dans certaines opérations pour anévrisme arterioso-veineux*), por PLOTKIN. — *Lyon Chirurgical*. Vol. XXXVI. Pág. 563. 1939-40.

Onze anos depois de ter sido ferido em um joelho, ferida que aliás cicatrizou normalmente, um homem de 38 anos de idade, fazendo até então vida

activa, começa a ter caimbras na perna que havia sido lesada e por fim nota um tumor na respectiva região popliteia. O tumor apresenta a sintomatologia do aneurisma arteriovenoso e na perna há perturbações do tipo Buerger.

O A. explica esta sintomatologia como sendo os tecidos esclerosos situados em tórno do aneurisma que por irritação da adventícia dos vasos subjacentes produziram espasmo da circulação periférica e, por consequência, diminuição da circulação no membro.

Como tratamento é feita, sob raqui-anestesia, ressecção do aneurisma. A perna, em seguida, torna-se fria e pouco depois toma aspecto cadavérico. Sob anestesia geral é feita gangliectomia lombar, hora e meia depois da primeira intervenção, e pincelada com álcool a artéria ilíaca correspondente.

Três horas mais tarde, a perna doente em nada differia da do lado oposto. Post-operatório e resultado a distância, óptimos.

O A., sem negar que a primeira intervenção viesse, possivelmente, a ser suficiente, declara ter-se decidido a praticar a gangliectomia em virtude do estado alarmante que apresentava a perna. Em apoio do que fez, cita os trabalhos experimentais de Orban e Stricker e os resultados obtidos por estes autores na laqueação da aorta abdominal do cão, com e sem simpatectomia.

A-propósito, o A. pergunta se às laqueações dos grandes vasos, nos traumatismos de guerra, não seria conveniente associar simpatectomias.

F. DE ALMEIDA.

As supurações tíficas e paratíficas dos quistos do ovário. (*Les suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire*), por DUNET e DARGENT. — *Lyon Chirurgical*. Vol. XXXVI. Pág. 513. 1939-40.

Os AA. puderam reunir, em 1937, quarenta e uma observações destas supurações, causadas tanto pelo bacilo de Eberth, como pelo para-B.

Em geral, estes quistos não são volumosos e não têm nada de característico. Nos casos de quistos duplos a supuração é sempre unilateral.

Os quistos são friáveis, aderentes e quasi sempre dermóides e multiloculares. Podem romper-se espontaneamente no ventre, ou com as manobras para a extirpação.

O bacilo infecta os quistos durante o período septicémico; pode provocar supuração e associar-se com outros bacilos (estafilococos, coli) ou com o enterococos.

É, geralmente, na terceira semana que aparecem as supurações, o que não quer dizer não terem sido observadas em qualquer outro período da febre tifóide, mesmo depois da cura clínica.

A idade dos doentes é geralmente a da actividade genital. Os caracteres da febre tifóide não têm nenhuma influência sobre estas supurações: tanto podem encontrar-se nas formas severas, como nas ligeiras.

A maioria dos autores considera como via de infecção habitual a via hemática. No entanto, têm sido apontadas: a vaginal (exame ginecológico, seguido de infecção tífica, feito por médico que tratava doentes atacados por esta doença), a peritoneal e a entero-peritoneal.

Segundo Ribbert, Lecène, Molonguet, etc., nos quistos dermóides, além de outras monstruosidades, encontram-se, com frequência, células intestinais; baseando-se nisto, um dos autores aventou a hipótese de um tropismo local, que favorece a infecção dos quistos do ovário pelo bacilo de Eberth, do qual se conhece a afinidade para os tecidos intestinais. O bacilo comporta-se com estes tecidos como com os epitélios de tipo idêntico e é mesmo susceptível de permanecer nêles no estado latente.

Os AA. são de opinião que o facto de poucas vezes se verem supurar os quistos mucóides, que são enteróides, é um simples resultado de acaso nas séries estudadas, que não será confirmado nas séries futuras.

A sintomatologia não é específica: são os sintomas gerais de um abcesso pélvico enquistado.

Podem ser distintas várias formas destas supurações: as agudas, iniciadas com a febre tifóide, e que são raras; as subagudas, aparecendo depois da terceira semana, e são as mais freqüentes; as caquetisantes pseudo-tuberculosas ou pseudo-cancerosas, que aparecem em doentes sem passado clínico de Dotienteria, mas com bacilos tíficos no pus, e que são incluídas no grupo das formas crônicas, com temperaturas subfebris e sintomatologia indeterminada.

Dentre as complicações observadas, além da sutura em peritoneu livre, de que já se falou, podem encontrar-se pequenos acidentes de torsão, etc.

O diagnóstico baseia-se sobre a infecção primitiva e os caracteres da massa pelvi-abdominal latero-uterina, relativamente fixa, dolorosa e que aumenta rapidamente de volume.

O diagnóstico diferencial deverá ser feito, durante a febre tifóide, com a peritonite por perfuração, com os fibromas amolecidos ou necrosados e infectados. Nas formas crônicas pode pensar-se em uma massa anxial fria, com pelvi-peritonite associada.

O prognóstico não é mau, mesmo tendo havido sutura e a intervenção tiver sido feita dentro de poucas horas.

O tratamento deverá ser a extirpação, quando o estado geral o permita. A colpotomia, bem como a punção abdominal, não são para aconselhar. A marsupialização deverá ser usada nos casos graves e urgentes.

Sempre que fôr possível, deverá ser conservada uma parte do ovário.

Muitos autores têm feito histerectomia fundica ou subtotal, por estas intervenções permitirem mais facilmente extirpar, sem dificuldade, um quisto incluído no ligamento largo e tornarem possível uma boa drenagem da cavidade pélvica.

F. DE ALMEIDA.

Métodos de laboratório no diagnóstico e verificação das febres do grupo tifico. (*Laboratory methods in the diagnosis and control of fevers of the enteric group*), por J. S. K. BOYD.—*The British Medical Journal*. Novembro de 1939.

As provas de aglutinação com suspensões bacterianas do tipo H, isto é, com antigénio flagelar, mostraram uma eficácia completa no diagnóstico das

febres do grupo tífico em indivíduos não vacinados. Tal é a experiência nos laboratórios militares da Índia. Porém, nos indivíduos vacinados, a frequência de reacções positivas em estados febris de natureza diferente das febres tifóides e paratífóides (reacções anamnésicas) aconselhou a introdução da prova aglutinante com suspensões O (antigénio somático). Infelizmente esta prova falhou em muitos casos.

Introduziu-se, nos laboratórios da Índia, a técnica de Felix para a investigação das aglutininas contra o antigénio Vi ou antigénio de virulência. Utilizaram-se, na prova, estirpes de Bacilo tífico, desprovidas dos antigénios H e O e apenas contendo antigénio Vi. Num número determinado de portadores permanentes verificou-se a existência de anticorpos Vi, em todos os casos. Nos doentes de febre tifóide as aglutininas Vi aparecem precocemente e desaparecem a breve trecho. Em 25 % dos casos observados não se observaram aglutininas deste tipo em qualquer fase da doença.

Para o estudo de certos aspectos da epidemiologia destas enfermidades aproveitaram-se recentemente os trabalhos de Craigie, sobre o bacteriófago, que mostra uma acção específica nas estirpes virulentas do *Bacterium typhosum* (formas V de Kauffmann) Craigie descreveu quatro tipos serologicamente diferentes de bacteriófagos, um dos quais, o tipo II, é de especial importância sob o ponto de vista epidemiológico.

Uma das aplicações desta técnica do bacteriófago é a pesquisa do elo que liga um portador suspeito a uma dada epidemia. Exemplifica-se o problema com um caso de febre tifóide num médico assistente de laboratório. Procurou-se investigar se a infecção tinha sido contraída no laboratório. Como a estirpe de Bacilo tífico isolada do doente se comportava, em face do bacteriófago, diferentemente das estirpes existentes no laboratório, provou-se desta maneira a ausência de infecção por estas últimas.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Leucemia crónica. A fase inicial da leucemia crónica, resultados do tratamento e acção das infecções; estudo de oitenta e seis adultos. (*Chronic leukemia. The early phase of chronic leukemia, the results treatment and the effects of complicating infections; a study of eighty-six adults*), por MAXWELL M. WINTROBE e L. LEE HASENBUSH. — *Archives of Internal Medicine*. Vol. LXIV. Outubro de 1939.

Não é frequente a observação de leucémicos no período inicial da doença, dado o carácter insidioso desta.

Os AA. estudaram oitenta e seis doentes com leucemia crónica, sendo trinta e nove do tipo mielóide e quarenta e sete do tipo linfóide.

O sexo preferido foi o masculino, em ambos os tipos, e a idade predominante foi dos 30 aos 59 anos, na maioria dos casos de leucemia mielóide, e dos 50 aos 69 anos, no maior número de doentes com leucemia linfóide.

Em vinte e um doentes estudou-se a fase inicial da doença, e verificou-se que, na leucemia mielóide, uma leucocitose de causa ignorada pode ser o primeiro e até o único sintoma, embora se encontrem apenas células maduras.

Na leucemia linfóide só se encontrou leucocitose, de início apenas na terça parte dos casos. O sinal precoce mais freqüente foi a tumefacção ganglionar ligeira. A linfocitose mostrou-se cedo, ainda que na contagem de leucócitos se encontrassem números baixos.

Uma anemia ligeira foi sinal mais freqüente nos estados iniciais do tipo linfóide que nos do tipo mielóide.

Para os AA. o tempo que decorre entre o comêço do processo leucémico e o aparecimento de sinais que chamem a atenção do médico é de 2 a 5 anos, na leucemia mielóide, e de 1,5 a 2,5 anos, na linfóide.

Não tem valor a terapêutica pelo soluto de arsenito de potássio na leucemia linfática e é de acção inferior à irradiação na leucemia mielóide.

Quanto à duração da enfermidade, há uma larga taxa de variação nos diferentes casos. É mais freqüente encontrarem-se infecções na leucemia linfática que na mielóide, tais como pneumonia lobar, bronco-pneumonia, infecções génito-urinárias, influenza, furunculose, bronquiectasia, etc. Estas infecções, contra o que geralmente se afirma, não determinam remissão nos sinais físicos ou hematológicos, trazendo antes o agravamento destes.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

O metabolismo da hemoglobina nas infecções crónicas. (*Hemoglobin metabolism in chronic infections*), por JANET M. VAUGHAN e M. F. SAIFI. — *The Journal of Pathology and Bacteriology*. Vol. LXIX. Julho de 1939.

Neste trabalho estudam-se as causas da tão freqüente anemia, associada com as infecções crónicas (especialmente com a osteomielite e a endocardite infecciosa). Trata-se duma anemia normocítica e ortocromática, que não cede ao tratamento com os princípios hemopoéticos conhecidos.

As hipóteses sugeridas são :

- 1) Aplasia da medula, que se não verifica na autópsia dos casos mortais.
- 2) Exagêro da hemólise.
- 3) Desvio da produção de glóbulos rubros ou de hemoglobina.

Para avaliar o exagêro da hemólise, os métodos não são satisfatórios porque a destruição pode seguir vários caminhos :

a) O desdobramento da hemoglobina em bilirrubina, ferro e globina, pelas células do sistema retículo-endotelial, com excreção da bilirrubina pela bilis e aparecimento de urobilinogénio nas fezes.

b) A libertação da oxihemoglobina no plasma por hemólise intravascular, com excreção de metahemoglobina e ácido hematínico na urina.

c) O desdobramento da oxihemoglobina, no sangue circulante, em hematina e globina.

Assim, a excreção do urobilinogénio pode não ter uma relação quantitativa exacta com a destruição da hemoglobina. A-pesar disso, a um aumento da hemoglobina destruída corresponde uma excreção aumentada de urobilinogénio, podendo concluir-se que se a excreção de urobilinogénio sobe, também cresce a destruição de hemoglobina. Ora, provou-se que a excreção de urobilinogénio estava raras vezes exagerada nos doentes de anemia por infecção

crónica. Também nenhuma metahemoglobina se verificou no sêro dos doentes, provando-se, por estas razões, que a anemia não deve ser devida a aumento da destruição de hemoglobina.

Na investigação do desvio de produção dos eritrócitos ou da hemoglobina importa conhecer a excreção de porfirina. No corpo animal existem duas séries isómeras de porfirina deriváveis das etioporfirinas I e III. Um pigmento semelhante a esta última existe incorporado na fracção hematina da molécula da hemoglobina. As coproporfirinas I e III excretam-se normalmente na urina, até uma dada quantidade (50 a 80 γ diários). O excesso de excreção de coproporfirina III parece, pelo menos teóricamente, ligado à destruição dos eritrócitos e verifica-se nos casos de lesão hepática. O aumento de excreção de coproporfirina I pode indicar, ou aumento de hemopoiese, como no período de regeneração sanguínea rápida depois duma hemorragia, ou perturbação da reacção do enzima que forma a coproporfirina III a partir duma substância precursora pirrólica com vestígios de coproporfirina I.

Verificou-se que, nas anemias por infecção crónica, a excreção de porfirina, quer sob a forma de coproporfirina I, quer sob a de coproporfirina III, estava aumentada, levando assim a pensar que, nestas anemias, há uma perturbação da síntese ou da degradação da hemoglobina.

Os estudos do metabolismo dos pigmentos, realizados últimamente, vieram, na opinião de muitos autores, revolucionar alguns problemas fundamentais da hematologia.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

A osteopatia mielogénia. Estudo clinico e experimental. (*Die myelogene Osteopathie. Eine klinische und experimentelle Studie*), por NICOLA MARKOFF. — *Folia Haematologica*. Vol. LXII. N.º 4. 1939.

Até há pouco quasi se não referiam, na literatura médica, as relações que unem a medula óssea e o osso. Só Naegeli, em 1918, apresentou a sua hipótese medular para a explicação da patogenia da osteomalácia e afirmou ser a malácia apenas um sintoma e não tãda a doença. Também Gänsslen considerou as alterações juvenis do esqueleto em diferentes doenças (icterícia hemolítica, anemia de células falciformes, anemia de Fanconi, anemia de Cooley, etc.) como perturbações consecutivas à hiperactividade primária da medula.

Para o A., o estudo comparativo da estrutura óssea e da morfologia e função da medula mostra, quer em condições fisiológicas, quer em estados patológicos, uma estreita *relação medula-ósso*. A relação assim denominada encontra-se em determinadas formas de osteopatia, especialmente nas poróticas. Mas, emquanto que em circunstâncias fisiológicas (como, por exemplo, na gravidez) a função e a morfologia da medula e do osso marcham paralelamente, em certas osteopatias observa-se uma transformação divergente. A um osso osteoporótico corresponde não uma medula atrofica, hipocativa, mas sim uma medula hiperplástica, hiperactiva.

Nestas formas de osteopatia fica em primeiro plano, no que respeita à patogénese, o factor mielogénio.

IODAMELIS LOGEAIS

Iodotano estavel derivado da hamamelidina

GOTAS E COMPRIMIDOS

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

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 B₁

Todas as doenças por carencia de enxofre

Reumatico cronico - Afecções 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^{da}, 27, Rua Joao de Deus, VILA FRANCA DE XIRA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Quando se perturba, sob o ponto de vista funcional, a relação medula-ósso, desenvolve-se um síndrome que o A. designa por *osteopatia mielogénia*.

A osteopatia mielogénia pode ser primária ou secundária. No primeiro grupo inclui o A. a osteomalácia e a policitemia, onde a hiperplasia medular é generalizada, e certas doenças do sistema eritropoiético ou do sistema mieloide em que a hiperplasia medular é parcial. A osteopatia mielogénia secundária é consecutiva a perturbações da regulação hormonal, como sucede no hipertiroidismo e na doença de Cushny.

As fases mais importantes da alteração denominada relação medula-ósso são :

- 1.^a — Hiperplasia medular geral ou parcial.
- 2.^a — Aumento dos valores morfológicos do sangue.
- 3.^a — Osteopatia, em especial osteoporose.
- 4.^a — Esgotamento medular, quer com regressão e cura do processo, quer com aparecimento duma panmielopatia, onde se observa, como última reacção medular, um aumento das células do retículo.

O A. vê também outra relação entre o estado da medula e o estado do ósso. Assim, para uma medula rica de células há um ósso com aumento do número e função dos osteoclastos e portanto com osteoporose; a uma medula rica em fibras corresponde um ósso com aumento dos osteoblastos e portanto osteosclerose.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Endocardite bacteriana: possibilidade de cura pelas sulfamidas. (*Bacterial endocarditis: possibility of cure by sulphonamides*), por C. T. ANDREWS. — *The British Medical Journal*. N.º 1. Janeiro de 1940.

A fim de tentar estabelecer o valor possível das substâncias químicas, no tratamento da endocardite bacteriana, o A. começa por destacar os factores que se devem sempre ter presentes :

- 1.º — A dificuldade de diagnóstico que existe, nalguns casos.
- 2.º — A possibilidade de cura espontânea.
- 3.º — As particularidades anatómicas do local da infecção e da própria lesão, que tornam os microorganismos dificilmente acessíveis aos agentes terapêuticos.

Dos dois casos apresentados em que se usou a sulfapiridina (M & B 693), o primeiro referia-se a uma mulher de 55 anos de idade, com hemocultura positiva para o pneumococo, em que a acção do medicamento fez baixar rapidamente a temperatura; mas a doente morreu após duas semanas de tratamento.

No segundo caso tratava-se de um homem de 68 anos de idade, com sopro sistólico no foco aórtico, extrasístoles, pressão arterial 190/60, com aparecimento de manchas cutâneas no abdómen e nódulos nos dedos que foram classificados como nódulos de Osler. Hemorragias nas conjuntivas e hematúria. Glicemia, 2,62 grs. por litro. Contagem de glóbulos vermelhos: 5.100.000 por milímetro cúbico; glóbulos brancos, 9.600; hemoglobina, 95 %;

linfócitos, 20 %; neutrófilos, 71 %; monócitos, 9 %. Uma hemocultura foi negativa.

Prescreveu-se sulfapiridina em três períodos: um de cinco dias, na dose total de 12 grs.; outro de dois dias, na dose de 6 grs.; e o terceiro de dois dias, na dose de 2 grs. As náuseas e os vômitos impediram o uso de maiores doses. Não obstante, o doente curou-se.

O A. é de opinião que, em casos análogos, não deve perder-se tempo com tentativas para obter uma hemocultura positiva. Em face dum caso com embolias múltiplas, endocardite e febre, deverá imediatamente iniciar-se o tratamento com sulfapiridina.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Acôrca da profilaxia do sarampo. (*Ueber masern-Profilaxe*), por F. HOFFEN-GÄRTNER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 50. Dezembro de 1939.

As observações do A. baseiam-se no método de Degkwitz e Rietschel, de impedir o aparecimento do sarampo em crianças já contagiadas, por meio do sôro de convalescentes ou sangue total dos pais. Este método, embora seguramente comprovado, tem sido muito pouco usado e isso levou o A. a chamar a atenção, de novo, para êle, uma vez que acaba de o empregar com pleno êxito.

Descreve a técnica que adoptou, injectando o mais precocemente possível, dentro do período de incubação, e os resultados obtidos e, depois de citar quais as objecções que explicam a fraca generalização do seu uso, afirma que é mesmo um sarampo atenuado — como na maior parte dos casos o método consegue produzir — que lhe parece ser de desejar quanto a imunização futura. A-pesar-de nunca ter tido qualquer falha completa, o A. procurou verificar porque razão umas crianças são fortemente protegidas e outras o são muito menos, e então, baseando-se nas pesquisas de Wertzler, que deu um largo passo para a solução dêste problema, fêz o estudo dos grupos sanguíneos em todos os seus casos. Expõe o resultado das observações e, por fim, termina o seu trabalho assentando nas seguintes conclusões:

O método de profilaxia sanguínea do sarampo deve ser largamente usado e por todos os médicos práticos.

Não se pretende a supressão, mas, sim, uma atenuação do sarampo, com a imunidade permanente que daí resulta.

Basta uma quantidade de 10 a 20 cc. de sangue para tirar ao sarampo o seu carácter perigoso.

Não devemos deixar de injectar profilacticamente, mesmo que tenham passado os primeiros dias de incubação, pois, a-pesar disso, é evidente o efeito de atenuação da doença, com as conseqüentes vantagens em crianças enfraquecidas.

Para tornar o processo tão simples quanto possível, não é necessária na prática a determinação prévia dos grupos sanguíneos. Deve fazer-se, no entanto, quando se trate de uma criança especialmente ameaçada e então é recomendável escolher o grupo sanguíneo conveniente.



O método representa uma arma de grande valor na luta contra a, ainda muito alta, mortalidade do sarampo.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérrca da crasis sanguínea na malária sob carga de vitamina C. (*Ueber die Blutbeschaffenheit bei Malaria unter Vitamin C-Belastung*), por I. GERDIKOFF. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 36. Setembro de 1939.

O A. traz a sua contribuição ao estudo do assunto; mas, antes, relata as pesquisas de diversos investigadores, iniciadas com os trabalhos de Plaut, Bülow e Scheid, que verificaram um aumento da eliminação do ácido ascórbico durante os acessos de febre em indivíduos com malária inoculada.

Mutafoff demonstrou a existência na malária de grandes *deficits* de vitamina C, paralelamente à gravidade e duração da doença; Lotze, entre outras conclusões, apresenta a da influência favorável de altas doses de vitamina C sobre os valores de eritrócitos e da hemoglobina no organismo doente de malária e o efeito regulador daquela sobre o cociente albuminóide do sangue e as reacções serológicas (negativação da reacção de Wassermann); Mohr e Kühner, em pesquisas sobre o hemograma vermelho, viram na malária uma mais rápida regeneração sanguínea e uma maior subida do número de reticulócitos, sob carga de ácido ascórbico.

O A. relata em seguida as suas pesquisas, descrevendo minuciosamente a técnica empregada em doze doentes de malária, aos quais administra, a-par do tratamento específico, fortes cargas de vitamina C.

A primeira verificação que faz confirma a existência de consideráveis *deficits* de vitamina C (obtem valores que concordam perfeitamente com os obtidos por Mutafoff). Tais *deficits* retardam a subida do número de reticulócitos, que aparece habitualmente na malária em consequência do começo do tratamento específico, e os valores dos reticulócitos, depois de atingirem um máximo, normalizam-se mais rapidamente nos casos em que há saturação de vitamina C do que nos não saturados. Estes e outros resultados de investigação levam o A., por fim, a aconselhar a administração terapêutica de vitamina C na malária, ao lado do medicamento específico.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre as oscilações do número de reticulócitos no sangue circulante e suas causas. (*Ueber die Schwankungen der Reticulocytenzahlen im Strömenden Blut und ihre Ursachen*), por H. BARBIER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 47. Novembro de 1939.

Referindo-se a um trabalho anteriormente publicado (1938), o A. diz ter nêle chamado a atenção para o facto de, em dois doentes, haverem aparecido, sem razão aparente, oscilações simultâneas e paralelas dos valores dos reticulócitos no sangue circulante.

Esta observação casual levou o A. a fazer pesquisas no sentido de apurar se, de-facto, existem simultaneamente em diferentes pessoas tais oscilações,

e é o resultado dum pequeno número de pesquisas que expõe neste artigo, prometendo para breve a publicação de um maior número de observações feita pelo seu colaborador Scheng.

Utilizou, para o efeito, diversas doentes, já quasi restabelecidas, e dois médicos da clínica. Empregando sempre a mesma técnica, que descreve, o A. chegou à conclusão de que existem realmente oscilações simultâneas e do mesmo sentido do número de reticulócitos do sangue circulante.

¿ Qual a causa desta observação estranha? Na literatura aparecem citadas as mais variadas causas (acção de raios, hormonas, clima de altitude, etc.) e o A. julga necessário pesquisas em larga escala e de colaboração com um Instituto Meteorológico para se saber como e até que ponto podem actuar processos cósmicos.

O A. notou haver relação entre as oscilações dos reticulócitos no sangue circulante e as da pressão atmosférica e admite serem estas últimas manifestação dos mesmos processos cósmicos, que influem também sobre a medula óssea no sentido do aumento da passagem para o sangue dos reticulócitos. Talvez que a «reticulocitose primaveril», já há muito conhecida, se produza desta forma.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérra do tratamento das intoxicações por narcóticos. (*Zur Behandlung von Vergiftungen mit narkotischen Mitteln*), por H. KUTSCHERA (Aiehbergen). — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 51. Dezembro de 1939.

O A. refere, neste trabalho, o resultado da sua experiência no tratamento dos intoxicados e começa por realçar a importância que tem o despertar-se o doente — o mais rapidamente possível — do seu estado de inconsciência, para o que é necessário administrar doses de excitantes maiores do que as habitualmente usadas.

Logo de início se deve, assim, lutar contra a pneumonia, que costuma victimar a maioria dos intoxicados gravemente.

O A. relata vários casos clínicos que teve ocasião de tratar com altas doses de Cardiazol e outros analépticos (Sympathol, Neospiran, etc.), e, se bem que vários autores tivessem já administrado quantidades de 5 a 10 cc. de Cardiazol por dose parcial, com bons resultados, pertence-lhe a êle a novidade de que tal terapia tem de ser continuada — de hora em hora — até se conseguir despertar o intoxicado e que, para êste fim, se podem mesmo aplicar nas intoxicações por narcóticos quantidades superiores a 100 cc. de Cardiazol nas vinte e quatro horas.

A conclusão a que chega, quanto aos resultados dêste processo, é a de que é possível, por via de regra, despertar o doente logo no primeiro dia, dando-lhe, por via endovenosa, 5 a 10 cc. de Cardiazol, de hora em hora, até o conseguir.

Estas doses são inofensivas em intoxicações pelos derivados do ácido barbitúrico ou pelo gás de iluminação (nestas, limitar a dose parcial a 5 cc.), mas, noutras intoxicações, falta experiência.

Não se deve esquecer a vantagem da respiração artificial com o CO₂ e a alimentação com soluto de Dextrose a 20 % por meio de sonda nasal.

OLIVEIRA MACHADO.

Diagnóstico e terapêutica da tuberculose do epidídimo. (*Zur Diagnostik und Therapie der Nebenhoden-Tuberkulose*), por EINAR LJUNGGREN (Estocolmo). — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXXIII. Fasc. III-IV. 1939.

Trata-se dum estudo dos doentes com tuberculose do epidídimo que, num período de dez anos (1927 a 1937), passaram nas clínicas cirúrgicas de Einar Key, em Estocolmo.

O número dos casos observados foi de sessenta e oito. Em 60 % dos doentes havia, concomitantemente, uma infecção tuberculosa dos pulmões, mas tuberculose pulmonar activa não parecia existir no momento da operação se não em dezassete casos, quer dizer, em 25 % do total.

Em 50 % dos casos a tuberculose renal associou-se; ou preexistiu, ou coexistia ou então apareceu mais tarde.

É este o motivo porque nos doentes portadores de tuberculose do epidídimo, não se deve nunca deixar de fazer o exame do aparelho urinário superior, para saber se há, ou não, tuberculose renal concomitante, mesmo nos casos em que não há piúria. É assim que Chevassu, empregando sistematicamente a pielografia retrógrada, consegue descobrir lesões de tuberculose renal, não suspeitadas pelos outros meios semeiológicos.

A uretografia revelou-se ao A. como sendo um meio excelente de diagnosticar a tuberculose da próstata — praticou-a vinte e oito vezes; em catorze observações mostrou cavernas prostáticas cheias de substância opaca, mesmo em casos em que a glândula era normal ao toque rectal.

O exame radiológico do epidídimo não tem qualquer valor diagnóstico. Só uma vez mostrou as imagens de calcificação características de tuberculose.

Dez casos eram bilaterais desde o início da doença. Os cinquenta e oito restantes eram unilaterais, quando observados pela primeira vez. Fizeram-se trinta e nove operações de epididimectomia. Houve catorze recidivas; em dezanove doentes houve mesmo necessidade de fazer a castração unilateral e nestes houve, ainda, recidivas no outro epidídimo em treze casos.

Em cinquenta e cinco casos foi possível precisar bem a sorte do testículo depois da epididimectomia; quarenta vezes o testículo mostrou-se capaz de funcionar, dez vezes houve que o extirpar secundariamente e cinco vezes houve atrofia nítida post-operatória.

Quanto à mortalidade, houve 31 % de mortes nos cinco primeiros anos, de afeção tuberculosa (pulmonar, renal ou granúlica). Por isso o A. insiste na necessidade que há que guardar estreito contacto médico com os operados de tuberculose genital e fazer seguir sempre a operação dum tratamento climatérico e dietético.

CARNEIRO DE MOURA.

Terapêutica actual da blenorragia feminina. (*Nuestra experiencia actual en la terapêutica de la blenorragia feminina*), por M. A. FREIRE e R. A. VALINOTI. — *El Dia Médico*. Buenos Aires. 20 de Novembro de 1939.

Os AA., trabalhando num dispensário de profilaxia e tratamento de doenças venéreas femininas, em Buenos Aires, com uma consulta diária de grande movimento, obtiveram, rapidamente, uma enorme estatística de blenorragia feminina. Ensaïaram inúmeros tratamentos e tiraram as seguintes conclusões :

O processo quimioterápico, pelas sulfamidás, é duma grande comodidade e pode ser aplicado a tôdas as fases da doença — estados agudos, subagudos e crónicos, e quando obtem a cura é num prazo relativamente curto. Igualmente é considerado isento de perigos.

A estatística das doentes tratadas por êste método deu : cura em 70 % dos casos, melhoras muito apreciáveis em 14 %, fracassos em 15 %.

A terapêutica pelos corantes básicos — fucsina básica — flavinas, um composto arseno-acridínico (Flavadina), deu resultados muito variáveis e sempre com uma percentagem de curas muito inferiores à da quimioterapia por via oral — (27 % de curas só).

O tratamento das metrites cervicais pelo cáustico de Filhós, pelo cloreto de zinco, nitrato de prata e ainda outros agentes químicos, é pelos autores considerado útil, dado que tais agentes são dum emprêgo fácil e sem perigos.

A técnica da electro-coagulação pelos métodos uni- ou bipolar, processo muito divulgado, foi usado especialmente nos casos crónicos de metrite com existência de gonococos nas secreções.

Consideram muito importante aumentar as defesas do organismo. Aconselham a vacinoterapia, específica ou não, em doses fortes e continuas. A preferência foi dada à vacina polimicrobiana Propidon, pela sua conhecida acção citológica e termogénea, a que associam o gluconato de cálcio para suavisar os sinais subjectivos das suas reacções.

CARNEIRO DE MOURA.

As supurações tíficas e paratíficas dos quistos de ovário. (*Les suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire*), por CH. DUNET e M. DARGENT. — *Lyon Chirurgical*. Tõmo XXXVI. N.º 5. 1940.

As supurações, pelo bacilo de Eberth, dos quistos de ovário, no decorrer da febre tifóide, podem aparecer em todos os periodos da sua evolução.

A maior incidência destas supurações, nas formas dermóides e multiloculares, pode explicar-se pela presença de tecido intestinal bem diferenciado, na composição dêstes tumores.

O bacilo de Eberth, ou o paratífico B. provocam colecções intraquísticas aderentes, friáveis, que provocam, conjuntamente com os sinais gerais da supuração, um rápido aumento de volume do tumor existente na pelve.

O diagnóstico pode portanto ser assim suspeitado, quando a existência da febre tifóide é conhecida.

É fácil de compreender como é praticamente impossível fazer o diagnóstico, quando se desconhece a existência da febre tifóide.

O prognóstico é relativamente favorável (duas mortes em quarenta e um casos) e a própria ruptura do quisto não é fatalmente mortal, desde que se possa realizar uma intervenção precoce.

O tratamento é a ovariectomia; muitas vezes se tem feito a simples marsupiliação em casos graves e muito urgentes.

Por outro lado a histerectomia pode ser aconselhada como operação completa de drenagem ampla em certos casos. É a única maneira de tirar sem dificuldade um quisto incluído no ligamento largo.

Emfim, a quistectomia tem que ser considerada como operação ideal quando a doente tem os dois ovários com quistos, com supuração unilateral, o que aliás é a regra.

Este artigo, muito completo, termina transcrevendo, embora resumidamente, quarenta e uma observações, que foram aquelas que os AA. encontram na sua pesquisa bibliográfica.

CARNEIRO DE MOURA.

A luxação-fractura da articulação de Lisfranc. (*La luxación-fractura de la articulación de Lisfranc*), por MARCELO FITTE e IGNACIO GARACOTCHE.— *Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugia*. Tõmo XXIII. N.º 30. 1939.

A interlinha de Lisfranc, bem engrenada e sòlidamente reforçada por múltiplos ligamentos dorsais, inter-ósseos e plantares, é pouco sujeita a luxações, mesmo em presença de fortes traumatismos. Chegou mesmo a ser negada a sua possibilidade; não é verdade tal facto, mas continua a ser bastante rara. Já Malgagne dizia que a luxação externa não era possível sem fractura de segundo metatarso, ou então a sua luxação prévia para cima.

O A., depois de feita uma extensa pesquisa bibliográfica, considera à volta de duzentos o número de observações publicadas.

Nas velhas observações falava-se de luxações puras como sendo a forma habitual. Hoje, o emprêgo constante da radiografia revelou a freqüência de lesões ósseas, sendo absolutamente extraordinária a luxação que não seja acompanhada de fractura, que aparece, por ordem de freqüência, no primeiro cuneiforme, segundo metatarso, terceiro cuneiforme, segundo cuneiforme e primeiro metatarso. Podem ainda as fracturas ser mais extensas, e o A. apresenta uma observação em que existe um traço oblíquo no cubóide e outro no escafóide.

Por isso, dada a associação habitual de fracturas, justifica-se que o nome correcto seja luxação-fractura da articulação de Lisfranc.

A forma de produzir-se o traumatismo, que na época de Quenu, Kuss e Grtner, era sempre a queda do cavalo, em que o pé do cavaleiro era apertado de encontro ao solo, varia hoje, em que a vida moderna multiplicou as formas de actuação dos agentes traumatizantes.

Como tratamento, o A. expõe a redução manual, a redução cirúrgica a céu aberto e a tracção esquelética.

A redução manual é empregada nos casos em que não há fractura e precocemente pode permitir obter um certo resultado; todavia, na prática, o seu

fracasso é constante, dada a frequência habitual das fracturas e a pouca frequência com que se realiza a tentativa de redução imediata.

O A. ensaiou em todos os casos, que são numerosos, a redução manual, não obtendo qualquer resultado, considerando-o, por isso, um processo de resultados medíocres.

O tratamento cirúrgico, para quem não disponha de instrumental que a tracção esquelética exige, deve ser praticado se o estado dos tegumentos o permitir. A técnica consistirá em uma incisão transversal ao nível da interlinha e, passando através dos tendões dos extensores, pôr a descoberto as extremidades dos metatarsos luxados.

Se a luxação não é muito antiga, a redução obtem-se fácil nos três últimos metatarsos, já um pouco mais delicada no segundo. A imobilização final em gesso é indispensável para se evitar a reluxação. O A. tratou dêste modo três casos com resultados funcionais regulares.

A redução pela tracção pelo esqueleto é a maneira que, de acôrdo com a experiência do A., dá mais resultado, exigindo, sòmente, uma certa aparelhagem.

A tracção deve actuar em forma divergente: para trás através do calcâneo, para diante ao nível dos metatarsos. A introdução dum fio no calcâneo não oferece qualquer dificuldade, já o mesmo não sucedendo ao nível dos metatarsos.

É muito freqüente que estas fracturas-luxações sejam acompanhadas de feridas, geralmente situadas no dorso e no bordo externo do pé. Estas feridas, que são contusas, prejudicam, pela sua vizinhança, o sítio de penetração do fio metálico, e são, evidentemente, um risco de infecção. Por isso, em certas circunstâncias, será preferível usar a perfuração por um fio da polpa dos cinco dedos, solidarizados a um eixo transversal que, embora dando condições de tracção mais desfavoráveis, evita o perigo de infecção das feridas.

Quando estas não existem é preferível, evidentemente, a tracção, perfurando a extremidade distal dos cinco metatarsos.

A tracção ideal, depois de colocados os estribos, é dada pelo tractor bipolar de Finochietto, o qual, devido ao parafuso sem fim do seu eixo, permite separar dos ramos o que se deseja e no melhor ângulo.

Os AA. trataram por êste processo três doentes, apresentando um total de sete observações, o que dá um real valor ao seu trabalho.

Concluem afirmando que o melhor tratamento é a redução precoce por meio da extensão contínua trans-óssea divergente.

Os resultados funcionais são bons, mas constata-se a frequência da descalcificação óssea dos ossos do tarso e metatarso, mesmo nos casos de curta imobilização.

CARNEIRO DE MOURA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Lisboa

Para os cargos de assistentes extraordinários das cadeiras de Farmacologia, Bacteriologia e Parasitologia, e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, contrataram-se, respectivamente, os Drs. Francisco José de Carvalho Ferreira Crespo, Manuel Mendes Silva e Mário Granada Afonso.

Hospitais

Civis de Lisboa

Para comemorar o cinquentenário da criação do internato médico pelo então enfermeiro-mor Dr. João Ferraz de Macedo, nomeou-se uma comissão composta pelos Drs. : Prof. Moreira Júnior, Craveiro Lopes, Prof. Augusto de Vasconcelos, Lôbo Alves, João Pais de Vasconcelos, Henrique von Bonhorst, Azevedo Gomes, Alberto Mac-Bride, Prof. Cancela de Abreu, Mário Carmona, Augusto Lamas, Eugénio de Miranda Rodrigues e Fernando Pais de Vasconcelos.

— Tomaram posse dos cargos de médicos dos Hospitais Civis de Lisboa os Drs. Xavier Morato, Jacinto de Bettencourt e Carlos Gomes de Oliveira.

Militar Principal

Abriu-se concurso para provimento do lugar de especialista de dermatologia e sifilografia dêste Hospital.

De Nova Lisboa

Elaborou-se o ante-projecto do hospital a criar pròximamente em Nova Lisboa, o qual comportará mais de oitocentos doentes.

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Durante o ano de 1939, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana prestou os seguintes serviços oficiais :

Serviço de difteria. — Análises bacteriológicas de exsudados faringeos, 19.063; doentes entrados durante o ano, 1.282; dias de hospitalização, 14.736; vacinações gratuitas, 49.

Serviço da raiva. — Consultas, 2.862; pessoas tratadas, 1.588; injeções de vacina anti-rábica, 28.756; animais recebidos para diagnóstico da raiva, 287.

Serviço da tuberculose. — Pesquisas do bacilo de Koch na expectoração, 1.324.

Diagnóstico da peste murina. — Ratos examinados, 291.

Análises bacteriológicas de águas de abastecimento, 8.

Material fornecido a diversos laboratórios. — Culturas de bactérias, 359; meios de cultura, tubos, 4.287; recipientes fornecidos para remessa de produtos, 850; animais de experiência fornecidos a diversos laboratórios, 62.

Soros e vacinas fornecidos. — Sêro anti-diftérico (250 U. A. por cc.) ampolas de 10 cc., 25.090; sêro anti-diftérico (850 U. A. por cc.) ampolas de 10 cc., 2.132; sêro anti-meningocócico, ampolas de 10 cc., 346; sêro normal, frascos de 10 cc., 365; vacina anti-diftérica (anatoxina de Ramon) doses, 3.372; vacina anti-rábica preparada, cc. 224.320; vacina anti-rábica fornecida aos Dispensários, cc. 86.100; vacina B. C. G. (Calmette-Guérin) doses, 267; verificação de soros estrangeiros, lotes, 137.

Instituto de Medicina Legal

Os serviços prestados pelo Instituto de Medicina Legal durante o ano de 1939 foram os seguintes:

Pareceres do Conselho Médico-Legal, 2.107. Processos organizados na secretaria, 1.530. Documentos entrados, 12.288.

Efectuaram-se 13.419 exames, dos quais: 11.792 na clínica médico-legal, 991 na secção de tanatologia e 636 no laboratório.

Os primeiros abrangem 11.375 indivíduos vítimas de crimes contra a segurança das pessoas e 417 vítimas de crimes contra a honestidade. O número de exames de crimes contra a segurança das pessoas examinadas nas residências e nos hospitais foi de 700, sendo 534 de homens e 166 de mulheres.

Na secção de tanatologia efectuaram-se 815 autópsias de adultos, 164 de recém-nascidos e 12 exumações.

Os 636 exames efectuados nos laboratórios compreendem: 84 bacterioscópicos em casos de suspeita de contágio de moléstia, 29 em visceras, 150 de ligas de moedas, 5 de sangue, 35 químicos diversos, 96 em instrumentos de crime, 75 em documentos, 4 em impressões digitais, 53 em roupas, 6 diversos, 2 em ossos, e 97 em valores falsificados, assim distribuídos: 83 em moedas, 1 em notas, 3 de lotarias, 2 em cheques e 8 em estampilhas fiscais.

Organizaram-se 1.272 verbetes relativos aos casos sujeitos a exame de laboratório.

Na secretaria do Instituto entraram 11.460 documentos, saíram 5.547 e organizaram-se 1.982 verbetes, o que, somado com os 1.272 dos exames de laboratório, dá a totalidade de 3.254.

Na secção de fotografia efectuaram-se 833 negativos, 5.584 positivos, 11 radiografias e colaram-se 1.124 esquemas e 2.256 fichas.

No arquivo dactiloscópico deram entrada 6.556 boletins dactiloscópicos de pessoas examinadas pela primeira vez. O número de pessoas examinadas no Instituto, desde a organização dêste serviço, atingiu até o fim de 1939 a totalidade de 176.055. Enviaram-se 6.556 boletins ao Arquivo Geral do Registo Criminal e Policial. Dos 815 adultos autopsiados no Necrotério, 75 já tinham sido examinados em vida. Pelo arquivo dactiloscópico foi possível determinar a identidade de 4 cadáveres de indivíduos desconhecidos.

* * *

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 20 de Fevereiro da Sociedade das Ciências Médicas, apresentaram-se as comunicações que seguem :

Dr.^a D. Georgina de Andrade Gil — «Celulite abdomino-pélvica».

Dr. Vergílio de Moraes — «Apoplexia visceral — Duas observações pessoais».

* * *

Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa

Na sessão do dia 7 de Março da nova Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, apresentaram-se as seguintes comunicações :

Dr. Armando Luzes — «Tratamento cirúrgico dos abscessos subfrénicos — A via infrapleural»

Prof. João Maia Loureiro — «Demonstração de um método para conservação prolongada dos meios de cultura».

Dr. Abel da Cunha — «Doença de Gaucher».

* * *

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reünio-se a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, que aprovou a realização, no Pôrto, de 27 a 30 de Junho próximo, dos «Dias estomatológicos», a que concorrerão unicamente médicos. Nomeou-se delegado da Sociedade junto da comissão organizadora, o Dr. Paúl.

O Dr. Pereira Varela fez uma comunicação sobre «Relações da Estomatologia com a Obstetrícia».

O Dr. Paúl apresentou um trabalho intitulado : «Á volta da terapêutica das osteomielites dos maxilares».



Ordem dos Médicos

Presidida pelo Prof. Egas Moniz, realizou-se, no dia 17 de Fevereiro, uma reunião da Assembleia Geral da Ordem dos Médicos para eleger o bastonário e a mesa da Assembleia Geral.

Para o cargo de bastonário elegeu-se o Prof. António Flores, professor de neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, e para a mesa da Assembleia Geral elegeram-se os Drs. Castro Caldas, presidente; Prof. Afonso Guimarães, vice-presidente; Ranito Baltasar e Formosinho Sanches, secretários.

— O Conselho Regional da Secção de Lisboa da Ordem dos Médicos faz público que, no uso da faculdade que lhe confere o artigo 59.º e seu parágrafo único do Compromisso Deontológico, aprovado em 6 de Agosto de 1939, não se opõe a que qualquer inscrito concorra ao lugar de médico da Santa Casa da Misericórdia de Évora, a-fim-de não interromper tão importante serviço público.

Esta comunicação não implica, porém, parecer favorável, por isso que este Conselho Regional só poderá pronunciar-se, definitivamente, depois de julgado nos tribunais o recurso interposto por um dos seus inscritos que se considerou lesado.

Reserva-se assim este Conselho Regional o direito de, na altura própria, ter no caso a intervenção que o citado artigo prescreve.

— Faz-se público que, a-fim-de se elaborar o cadastro das viúvas e órfãos de médicos que necessitem provadamente de auxílio financeiro do Conselho Regional de Lisboa, pede-se aos interessados o favor de se inscreverem na sede dêste Conselho — Avenida da Liberdade, 65, 1.º — das 10 às 18 horas, até ao dia 30 de Abril p. f.

Saúde das colonias

A-fim-de exercer uma comissão de serviço em Moçambique, nomeou-se o tenente-médico Dr. Augusto França Martins.

Necrologia

Faleceram: em Monção, o Dr. António Joaquim Gonçalves de Figueiredo; nas Caldas da Rainha, o Dr. António Martins Pereira; em Alcácer do Sal, o Dr. Augusto Martins Gonçalves; no Pôrto, o Dr. Amílcar Augusto Queiroz de Sousa; em Lisboa, o Dr. José Augusto de Figueiredo Rocha; e, em Rio Maior, o Dr. Augusto César da Silva Ferreira, delegado à Assembleia Geral da Ordem dos Médicos.





PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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



Sulfana

WANDER

O novo produto, cujo corpo activo é a amida do ácido sulfanilico, ou paraminofenilsulfamida, para tratamento de todas as infecções

**estreptocólicas,
estafilocólicas,
meningocólicas
e colibacilares**

Tubo de 20 comprimidos contendo cada 0,30 grs. de paraminofenilsulfamida a Esc. 28\$00.

DR. A. WANDER S. A. — BERNE

Únicos Concessionários em Portugal

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

RUA DOS CORREIROS, 41-2.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º