

Ano IV

N.º 8 e 9

Agosto e Setembro de 1927



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

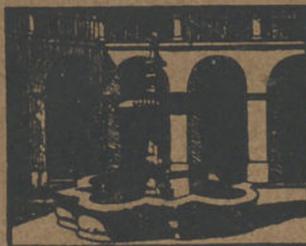
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CRYST.

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

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

S, Boulevard St-Martin Paris — R PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— GRANDE PODER NUTRITIVO

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.
— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescenças

— Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias: —

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B

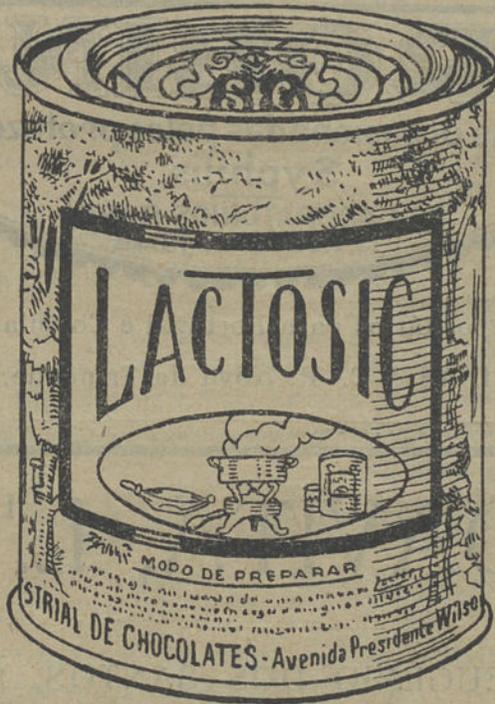
Est. 9

Tab. 1

N.^o 57

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 4748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilizações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

— AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.ª -Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina 'A B.,':

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicúria e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

A' VENDA nas farmácias em frascinhos de:

5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

25 c. c. = 500 » (» 50 »)

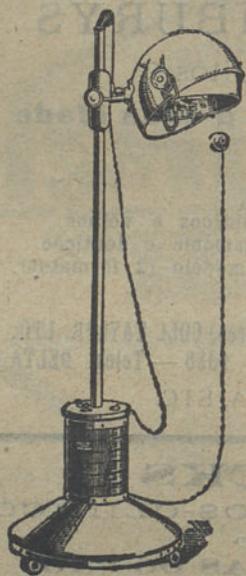
5 c. c. = 200 » (» 20 »)

Á VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA**

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd.—LONDON

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor Instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA



APARELHOS E INSTALAÇÕES COMPLETAS DE:
RAIOS X

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden

Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIEDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.

AMPOLAS para todos os fins.

PELICULAS «Maro» de dupla Emulsão.

EUBARYT para exames do Estômago, etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATOS TAVARES, LIMITADA

R. dos Fanqueiros, 218, 3.º — LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS DO RADIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO
DO
CANCRO E OUTROS TUMORES
PELO
RÁDIO
E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES
TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

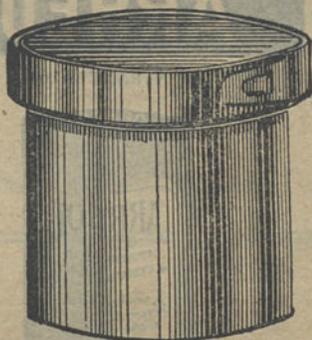
NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES



O tratamento eficaz e racional da pneumonia compreende a aplicação de calor húmido e contínuo, sob a forma de ANTIPHLOGISTINE, em toda a parede do toráx. A

Antiphlogistine
TRADE MARK

activa a circulação superficial. Pelas suas propriedades hicroscópicas, descongestivas e osmóticas acelera a eliminação das toxinas e, ao mesmo tempo, produz uma baixa favorável de temperatura. A super-actividade da circulação capilar alivia o coração fatigado de um afluxo abundante de sangue e tanto a dispneia como a cianose desaparecem rapidamente.

De um estado de grande prostração e infiltração, a doença passa a um bem estar, que muitas vezes indica o início da cura.

Pedir o folheto *O pulmão pneumónico*.

Milhares de médicos usam a Antiphlogistine no tratamento da pneumonia.

Enviem-se amostras e literatura grátis aos Ex.^{mos} Médicos.

Séde principal :

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.
NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATÓRIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos-Aires, Sydney, México City, Montreal, Florença.

Depositários em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & C.^a L.^{da}
Caes do Sodré, 8, 1.^o - LISBOA



Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

KOLA ASTIERC¹⁵ H²⁶ O

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia. Cistite. Piéelite.
Catarro vesical

ARHÉOL

GRANULADA



Antineurasténico, Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÉO-RIODINEC³ H⁶ O⁴ I₅ Na.

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44 % de Iodo

ACÇÃO**IMMEDIATA****INTENSA**

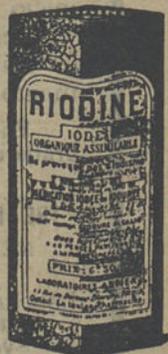
Em injeções intramusculares e intra-
venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares. Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares. Affecções respiratorias chronicas. Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças específicas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE(C¹⁸ H³³ O³)₃ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeições.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.^A — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Sarcoma primitivo da próstata</i> , por Alberto Gomes.....	pág. 355
<i>Sôbre o estado actual do tratamento fisioterápico da paralisia infantil</i> , por Francisco Formigal Luzes.....	» 367

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 397
--	-------

SARCOMA PRIMITIVO DA PRÓSTATA

POR

ALBERTO GOMES

Proust e Vian em 1907 (*Le sarcome de la prostate*, *Ann. des Mal. des Org. Gen.-urin.*, Vol XXV), conseguiram reunir 34 casos de sarcoma primitivo da próstata. Em 1922 F. Putzu, fez um estudo muito completo do quadro clínico da doença (*Un caso de sarcoma della prostata*, *Tumori-Roma*, Ano IX, F. II), e alcançou juntar mais 14 casos, elevando a um total de 48, o número de casos publicados.

No último trabalho de conjunto aparecido sobre o assunto, publicado em 1926 (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Vol. XLIII, n.º 3) Smith e Togerson num quadro sinótico, fazem a descrição detalhada dos 84 casos que encontram em toda a literatura médica.

Juntaremos o caso de Henry Bugbee publicado no *Journal of Urology* de Julho de 1926, muito provavelmente um leiomiomasarcoma, o caso de Marion, sarcoma de células fusiformes, publicado no *Journal d'Urologie* de Setembro de 1926 e este nosso caso, como veremos, também de células fusiformes o que eleva o número de casos publicados a 87.

A raridade da localização prostática do sarcoma e o erro de



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

diagnóstico a que nos arrastou, por coincidência idêntica nos três últimos casos apontados, justifica que o apresentemos a esta Associação.

M. R. de 34 anos empregado no Comércio.

Antecedentes hereditários sem interêsse.

Antecedentes pessoais — Blenorragia há 15 anos de que se curou êle próprio. Febre tifoide em 1914. Nega sífilis.

Em fins do mês de Agosto começou súbitamente a ter dificuldades na micção, jacto muito delgado, polaquiúria com intervalos de meia hora de dia e de noite e dores na região sacro-illaca direita. A disúria foi-se acentuando, urinando por fim gota a gota com violentas dores na região sagrada e no hipogastro. Há cinco dias retenção completa vindo ao Banco e depois à consulta de vias urinárias diariamente para ser algaliado. Chegaram a tirar-lhe dois litros de urina primeiro límpida e depois turva e fétida. Não refere corrimento uretral nos últimos tempos.

Desde o início da doença que começou a ter febre, com exasperações vesperais, fazendo de manhã 37, 37 décimos e à tarde 39, 40 graus com arrepios de frio. Emmagreceu rapidamente a-pesar-de ter algum apetite. Na consulta fizeram-lhe auto-sangue e proteínoterapia recolhendo por fim ao Serviço de Santo Alberto em 18 de Novembro de 1926.

Indivíduo muito emmagrecido, febril, 39 graus, em retenção completa. Urinas turvas muito purulentas. Próstata dolorosa, muito aumentada de volume, do tamanho de uma laranja, de superfície lisa, mole, renitente, consistência elástica dando a sensação de flutuação. Mucosa rectal túrgida e inflamada. Foi feito o tratamento e o diagnóstico de abcesso prostático o que se nos afigurou ser confirmado pelo pus cremoso abundante que depois do exame nos apareceu no meato e que hoje supomos viria de baixo fundo vesical e da uretra prostática pela intensa cistite purulenta que o doente apresentava, certamente secundária às algaliações sucessivas.

A análise da urina deu o resultado seguinte:

Volume, 2.250 c. c. — Densidade, 1.018 — Depósito, flocoso branco avermelhado, sangüíneo — Serina — Globulina, 1,200 gr. — Sedimento: Muitos leucocitos formando pus, hematias em abundância (muito sangue). — (a) Carlos Cruz.

Reacção de Wassermamm — Negativa (a) Celestino da Costa.

A temperatura decresce progressivamente; ao fim de quatro dias o doente estava apirético (fig. 1). Mantém-se assim outros quatro dias, começando então a temperatura de novo a aumentar com arrepios e exasperação vespéral

até que em 1 de Dezembro tendo a temperatura atingido na véspera 40 graus e dois décimos, resolvemos intervir.

Anestesia geral pelo éter. Incisão transversal no períneo, libertação do bulbo uretral, descolamento do recto. Vê-se a face posterior da próstata abaulada, saliente mas sem flutuação nítida.

A próstata é incisada lateralmente, de cada lado da linha média, saíndo em vez de pus uma substância mole, gelatinosa, de aspecto encefaloide, em grande quantidade. Suspeita-se a possibilidade de uma neoplasia o que nos é confirmado quando posteriormente recebemos o resultado do exame histopatológico: Sarcoma de pequenas células fusiformes. (a) H. Parreira.

Destruição dos septos existentes, esvaziamento de toda a massa, drenagem com dois tubos e sutura dos ângulos da ferida com crinas.

A bexiga estava em retenção com urina purulenta e fétida. Fica sem algália.

No dia seguinte a retenção mantém-se pelo que o doente fica em regimen

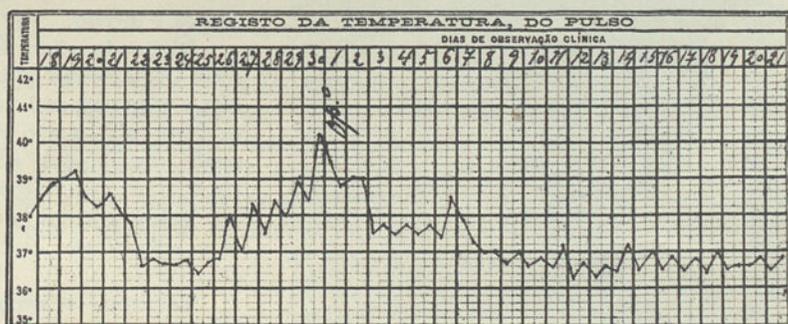


Fig. 1. - Gráfico da temperatura.

de algália permanente até ao dia 15 em que começa a urinar espontaneamente. Às 48 horas a temperatura está abaixo de 38° e ao fim de uma semana o doente está apirético.

Em 10 de Janeiro cessa a drenagem. A ferida está muito reduzida e o estado geral muito melhorado.

A cavidade da ferida enche-se depois de granulações fazendo saliência à superfície perineo. Ao toque rectal encontra-se acima do esfincter anal, na parede rectal anterior, uma massa mole de granulação facilmente sangrante que corresponde à invasão da parede rectal pelo tumor. Faz-se uma nova biopsia da granulação perineal cujo exame histopatológico confirma o resultado primeiramente obtido.

Duas semanas depois, a ferida operatória apresenta um contôrno circular, do tamanho de uma moeda de um escudo, de bordos cicatriciais descolados sôbre um fundo de granulações exuberantes, lisas, de superfície polida, de aspecto neoplásico característico. O períneo está abaulado. Micções espontâ-

neas. Não tem dores. Alimenta-se regularmente, está apirético, só às veses 37º e poucos décimos à tarde.

Levanta-se. Em 24 de Fevereiro começa a fazer aplicações de raios X ultrapenetrantes para o que vai pelo seu pé ao Consultório do Dr. Bénard Guedes.

Irradiações com o transformador Intensiv-Reform nas seguintes condições: 200.000 voltes, sob meio milímetro de cobre mais dois milímetros de alumínio à distância de 30 centímetros.

Dois campos largos de 18×24 centímetros, um anterior, outro posterior; dois campos mais estreitos de 10×18 centímetros, laterais, esquerdo e direito.

Dôses de 4.500 R. sobre cada campo anterior e posterior, de 3.000 R. sobre cada campo lateral, distribuídos por vinte dias sucessivos.

Dôse provável absorvida pelo tumor cerca de 4.000 R.

Terminou o tratamento em 10 de Março, com a indicação de voltar ao fim de seis semanas.

Alta em 14 de Março. Sente-se bem, mais gordo e boa côr. Tem apetite, evacua todos os dias, sem sangue. Micções fáceis, urinas quasi límpidas. Não tem

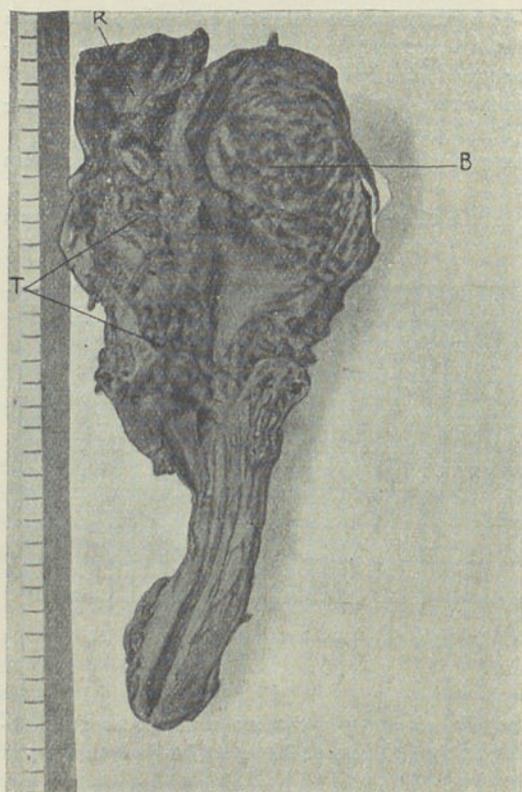


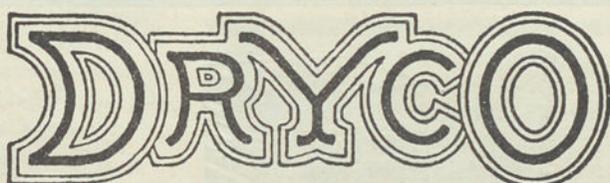
Fig. 2. - Neoplasia prostática.
T, tumor primitivo; B, bexiga; R, recto.

dores nem mesmo na marcha que ao principio era difícil e dolorosa. A ferida perineal está cicatrizada, o perfneo plano. Ao toque rectal encontra-se um plastron duro, de consistência fibrosa, de isquion a isquion só levemente saliente à esquerda.

As granulações sangrantes que existiam na parede anterior da ampola rectal desapareceram, encontrando-se somente uma depressão que admite a extremidade do index e que parece corresponder a uma perda de substância da parede rectal.

A CRIANÇA ANORMAL

que é mal alimentada e que não cresce normalmente corresponde rapidamente ao uso diário do



DRYCO é simplesmente o leite na sua forma mais nutritiva, a que as crianças se habituem com a maior facilidade, produzindo um número maior de calorías, visto que é mais facilmente assimilado. Nas afecções agudas, em que uma grande quantidade de alimento sobrecarrega a capacidade da criança, o uso do DRYCO é altamente benéfico, produzindo rápidas melhoras. O mais largo uso dêste leite pelos principais Pediátras de todo o mundo é a melhor garantia da sua eficácia, principalmente na regularisação de uma má nutrição.

Prescrevei sempre DRYCO
e obtereis magníficos resultados

The Dry Milk Company -15, Park Row-New York

(Instituição Internacional para o Estudo e Produção de Produtos de Leite Puro)

Para amostras e literatura dirigir-se aos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

BISMUTOSE



Adstringente intestinal e protector

De acção poderosa em todas as
doenças do tubo gastro-intestinal

Efeito garantido nas hipercloridrias

DOSES:

<i>para crianças: 1 a 2 gr. todas as horas</i>	} em poção, ou em mucilagem
<i>» adultos: 3 a 5 » » » »</i>	

*Prescreva-se: Caixas de 25 e de 50 gr.
Embalagem original «Kalle».*

.....
J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius"

.....
Representante - depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



Antes de decorridas as seis semanas marcadas para voltar ao tratamento pela Roentgenterapia, hospitaliza-se no Hospital de Santa Marta, no Serviço do Prof. Pulido Valente (23 de Abril).

Depois da saída do Serviço de Santo Alberto começou a ter dores violentas no hemitórax direito causando-lhe crises de dispnceia intensas.

Há cerca de um mês apareceu-lhe uma tumefacção na região dorsal do tórax, lado direito, que tem crescido rapidamente. Muita tosse, dispneia e expectoração abundante amarelo-esverdeada. O perineo na região operatória voltou a estar saliente mas indolor.

Sente-se fraco e não tem apetite.

Apresenta-se muito emmagrecido, sub-febril. No dorso, quasi a meia altura do hemitórax direito existe uma tumefacção oblonga, de maior eixo orientado no sentido das costelas, que se estende da coluna vertebral até cerca da linha axilar posterior e com uma largura máxima de dez centímetros, aproximadamente. É indolor, mal delimitada, de superfície lisa, consistência elástica, quasi flutuante. Aderente aos planos profundos, é livre da pele que apresenta coloração e aspecto normal. Não há aumento da temperatura local nem da rêde venosa.

O perineo está abaulado, apresentando a meio um tumor arredondado do tamanho de um ovo de galinha, de superfície lisa, consistência pastosa, indolor e aderente aos planos profundos. Ao toque rectal grande massa enchendo a cavidade pélvica.

Sinais de grande derrame no hemitórax direito. Á esquerda diminuição da sonoridade, das vibrações e do murmúrio vesicular.

Fígado grande, catorze centímetros na linha mamilar, duro, bosselado. Micções espontâneas, urina quasi límpida.

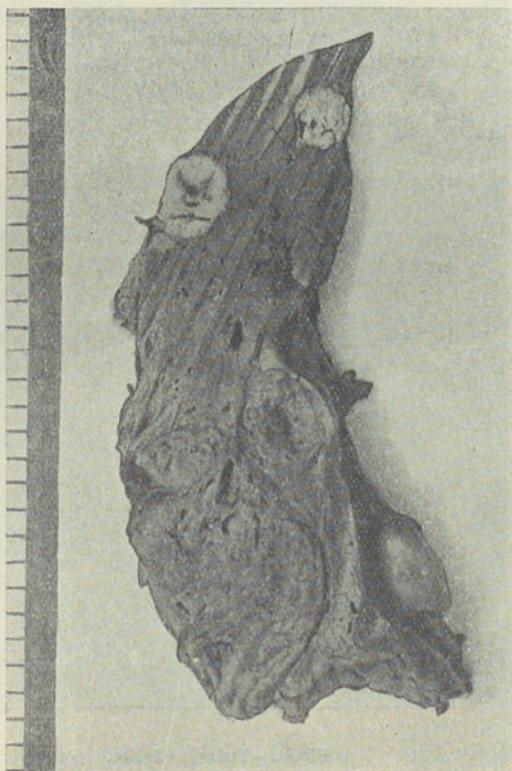


Fig. 3. — Fígado.
Metástases neoplásicas.

A análise da urina dá o seguinte resultado:

Volume não indicado, densidade 1.018, reacção alcalina, vestígios acentuados de albumina. No sedimento, muitos cristais de fosfato amoníaco-magnésico e granulações de fosfato tricálcico, algumas células de descamação e alguns glóbulos de pus.



Fig. 4. — Pulmão direito.
Metástases pulmonares e pleurais.

A análise de expectoração não revelou bacilos de Koch.

A análise de expectoração não revelou bacilos de Koch.

Morte em 10 de Maio, cerca de dez meses após o início da doença.

Do relatório da autópsia n.º 45 de 1927, feita em 12 de Maio, pelo Dr. Luis Simões Raposo, consta o seguinte:

Diagnóstico anatomo-patológico: Sarcoma fuso-celular da próstata, com invasão da parede anterior do recto. Cistite crónica hemorrágica. Ascite. Metástases neoplásicas peri-

toneais, no fígado, nos dois pulmões, pleura esquerda, gânglios do mediastino, gânglios dos hilos pulmonares, gânglios mesentéricos e na 8.ª costela direita (com fractura espontânea).

Do respectivo protocolo extraímos as seguintes descrições:

Cavidade peritoneal: Contém 1.000 c. c. de líquido citrino e transparente. Peritoneu com os vasos sanguíneos injectados, apresenta vários nódulos salientes, arredondados, amarelados e moles, esparsos pelo seu folheto parietal. O peritoneu que forra a pequena bacia está levantado por uma massa tumoral que enche todo o espaço compreendido entre o recto e a bexiga.

Esta grande massa tumoral é mole e amarelada na sua maior parte e de aspecto fascicular e maior dureza noutras regiões; adere a face anterior do recto que é invadido até à sua mucosa onde existe uma ulceração arredondada e estende-se desde este órgão até à face posterior da bexiga à qual adere também. Os ureteros penetram nesta massa antes da sua entrada na bexiga e fazem corpo com ela. As vesículas seminais mantêm-se independentes. Para cima a massa tumoral atinge o nível do estreito superior da bacia; para baixo rodeia a uretra, até ao início da região peniana, tornando saliente para o seu lume a uretra membranosa. A mucosa vesical, a-pesar-da invasão da túnica externa deste órgão pela massa do tumor, parece macroscopicamente normal (fig. 2).

Fígado: Pêso 2.550 gr. Volume grande. Bordos irregulares. Cápsula não espessa. Á superfície vêem-se alguns nódulos arredondados, moles, amarelos, salientes e de volume variável entre o de uma cereja e uma grande laranja. Grande parte do parenquima hepático está substituído por massas amarelas, moles, quasi difluentes, de aspecto tumoral, que correspondem tanto aos nódulos superficiais, como a outros profundos (fig. 3).

Pulmão esquerdo: Pêso 750 gr. Volume grande. Grandes e muito numerosos nódulos arredondados, moles, de aspecto fascicular, mas quasi difluentes, ocupam grande parte do órgão, entre restos do parenquima atelectasiado.

Orgãos do hilo: Gânglios muito aumentados de volume e de aspecto semelhante aos nódulos descritos.

Pulmão direito: Pêso 1.380 gr. Volume: como o do lado oposto. Nódulos maiores. Estructura do órgão normal quasi desaparecida (fig. 4).

Mediastino: Gânglios muito aumentados de volume, moles, homogêneos, amarelados.

Pleura esquerda: Um grande nódulo com o mesmo aspecto ocupa quasi toda a cúpula diafragmática.

Mesentério: Numerosos gânglios aumentados de volume, de cor e aspecto semelhantes aos nódulos descritos nos vários órgãos.

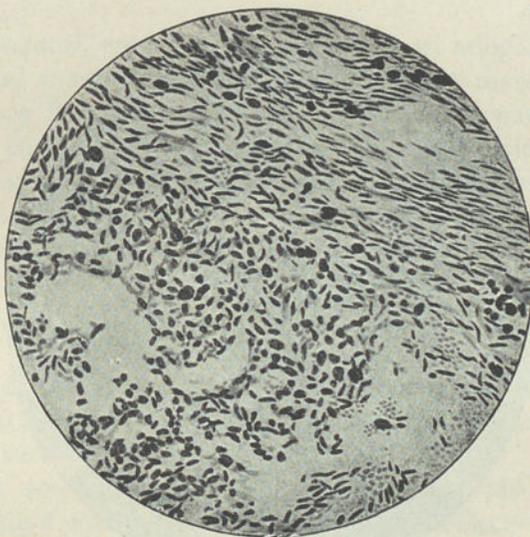


Fig. 5. — Aspecto microscópico do tumor primitivo.
Reichert. Oc. 2. Ob. 7 a.
Sarcoma fusiforme-celular.

A oitava costela direita apresentava-se fracturada na união do seu terço posterior com os dois terços anteriores. A região da solução de continuidade óssea é ocupada por uma massa tumoral, idêntica às já descritas e no seio da qual se notam dispersos alguns fragmentos ósseos.

A coluna vertebral não apresenta modificações patológicas macroscópicas.

EXAME HISTO-PATOLÓGICO: O tumor é constituído por duas zonas distintas. Uma apresenta pequenas células conjuntivas, fusiformes, separadas umas das outras, com raras fibras entre si.

Nas outras zonas é mais abundante a substância colagenea, que forma uma massa compacta com raras células neoplásicas. Poucas mitoses atípicas (Fig. 5). As metástases têm a mesma estrutura que o tumor principal. (Fig. 6).



Fig. 6. — Aspecto microscópico de metástase pulmonar.
Reichert. Oc. 2. Ob. 3.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO: Sarcoma de pequenas células fusiformes.

O sarcoma da próstata é uma neoplasia rara, de todas as idades.

Mais frequente na primeira década de que em

qualquer outra, aparece contudo em 60% dos casos, além dos 20 anos.

A estatística de Proust e Vian (*loco citato*), dá-nos a percentagem de 44% até aos 10 anos, 20% dos 10 anos aos 30, 7% dos 30 anos aos 50 e 20% além dos 50 ou seja muito frequente na infância e na adolescência, pouco frequente na velhice e raro na idade adulta.

O doente mais novo tinha 5 meses, o mais velho 73 anos.

O sarcoma prostático só excepcionalmente é secundário; há só quatro casos publicados de metástase prostática de sarcomas

primitivos localizados na vesícula seminal, cotovelo, corpos cavernosos e testículos.

O diagnóstico tem sido quasi sempre errôneo ou incompleto e a maior parte das vezes foi a intervenção cirúrgica, a autópsia e o exame histopatológico que o vieram esclarecer e confirmar.

No nosso caso os sinais clínicos levaram-nos a intervir supondo que se tratava de um abscesso prostático. Na idade adulta é o êrro mais freqüente contra o qual devemos estar prevenidos.

H. Bugbee (*loco citato*), em um doente de 40 anos, atingido de retenção completa, a febre e a pseudo-flutuação da massa prostática levaram-no a fazer uma uretrotomia externa (?), para drenar um abscesso, encontrando em lugar de pus, um tecido mole e friável que despejou com uma colher. Fez uma drenagem perineal que substituiu no dia seguinte por uma drenagem supra-púbica por cistostomia.

Na idade adulta, a diagnose diferencial deve fazer-se ainda com o quisto hidático, o quisto das vesículas seminais e a tuberculose prostática. Esta última é sempre secundária à tuberculose pulmonar ou associada a outras localizações uro-genitais e só difficilmente o aspecto local e a evolução se poderá assemelhar ao quadro clínico do sarcoma.

Depois da década 40-50 anos em que faz a sua aparição o carcinoma e o adenoma é com êles que teremos de estabelecer o diagnóstico. O carcinoma é duro, nodular com metástases ganglionares; o adenoma é de superfície lisa, consistência uniforme, quasi parenquimatosa. A evolução é muito lenta. A disúria apouca, em geral, o doente muito tempo antes dêle procurar o médico, ao contrário do que sucede no sarcoma em que o obstáculo à micção se estabelece súbitamente quando a neoplasia já tem atingido um tão grande volume que por vezes provoca também obstáculo à defecação.

Na creança, o diagnóstico tem menos difficuldade pela raridade de outras lesões prostáticas e pela freqüência do desenvolvimento das neoplasias conjuntivas.

Só a tuberculose que é raríssima ou o abscesso se prestam à confusão mas êste em muito menor grau pela integridade habitual da uretra infantil.

No caso de Marion, acima citado, uma creança de nove meses

foi operada com o diagnóstico de abscesso prostático secundário a lesões de impetigo muito extensas.

Tinha retenção de urina com distensão e micção por regorgitamento havia três semanas com uma temperatura de 38 graus. A imagem cistoscópica era idêntica à das bexigas distendidas dos prostáticos. Marion pela perineotomia em vez de pus encontrou uma massa esbranquiçada que no exame histopatológico se revelou ser um sarcoma de células fusiformes. A temperatura depois da operação subiu a 40 graus e a morte sobreveiu onze dias depois. Na autópsia não se encontraram metástases.

O nosso doente morreu cêrca de cinco meses depois de operado e dez meses depois do início da doença, com metástases múltiplas.

As metástases podem aparecer em todos os órgãos sendo mais freqüentes nos ossos (vértebras e costelas), e nos pulmões, no fígado e nos rins. Em 40% dos casos não foram encontradas metástases. São mais raras na creança possivelmente porque o crescimento rápido do tumor dá origem a complicações secundárias que produzem a morte antes de haver tempo de se formarem metástases. Aparecem muitas vezes precocemente, quatro meses e um mês depois do início dos sintomas.

Em 72% dos casos há invasão dos órgãos vizinhos, bexiga, recto, uretra e períneo, sendo notável que as vesículas e os canais deferentes a-pesar da sua proximidade são quasi sempre respeitados, como aconteceu no nosso caso.

As metástases são em regra mais freqüentes, quando existe esta invasão local extensa.

A evolução do tumor está em relação com a idade; o doente mais novo foi o que morreu mais cedo. A malignidade do sarcoma prostático como no sarcoma de qualquer outra localização está pois na razão inversa da idade do doente.

A diagnose clínica da natureza da neoplasia não se pode estabelecer em bases seguras. Só o exame histológico nos pode revelar a estrutura do sarcoma prostático que é de resto muito variável; encontram-se tumores de grandes e pequenas células redondas, de células fusiformes, de células polimorfas, linfosarcomas e sarcomas de tecidos múltiplos entre os quais têm sido descritos o rabdomiosarcoma, o leiomiosarcoma, o mixosarcoma, o angío, o adeno e o condrosarcoma. Os mais freqüentes

parecem ser os globocelulares 32⁰/₀, seguidos imediatamente pelos fusocelulares 18⁰/₀ dos casos.

A relação existente entre a estrutura do tumor e a idade, a evolução, a produção de metástases, a malignidade é pouco apreciável.

Os 87 casos conhecidos todos terminaram pela morte. Os globocelulares revelaram-se mais malignos pois que a duração dos doentes foi em média de cinco meses e quási todos morreram antes dos três meses ao passo que nos fusocelulares a média de duração foi de catorze meses.

Na criança onde predominam os sarcomas de células fusiformes a idade acelerando a evolução do neoplasma dá-lhe uma duração muito menor do que alguns sarcomas globo-celulares dos velhos que têm um desenvolvimento mais lento ficando nos limites da próstata durante muito tempo. Os menos malignos são os tumores mixtos, angio, rabdomio, e leiomiosarcomas.

O sarcoma prostático adquire em geral volumes notáveis, estendendo-se para o abdómen até acima do umbigo ou para o períneo, chegando a atingir o volume de uma cabeça de adulto. O exame pelo toque rectal revela sempre o tumor maior ou menor e só no caso de Bettoni (*Über einen eigenartigen Fall von Sarkom der Prostata, Zeitschr. f. Urol.* 1923) a próstata se apresentou ao exame médico de volume e consistência normal. O doente morreu rapidamente queixando-se de dor abdominal, náuseas, vômitos e colapso cardíaco, tendo-se encontrado na autópsia um pequeno sarcoma primitivo da próstata com grandes metástases no baço, rins, supra-renal esquerda e figado.

A neoplasia pode ter uma consistência dura ou dura nuns pontos e mole noutros, superfície irregular nodular mas na generalidade dos casos tem uma superfície lisa e consistência mole, pastosa, quási flutuante a ponto de se confundir com um quisto ou um abcesso.

A punção exploradora aconselhada por alguns autores deve ser posta de lado sempre que houver probabilidade de se tratar de um tumor maligno nos quais julgamos mesmo contraindicada a biopsia para a qual o argentino Astraldi descreveu uma técnica interessante pela punção com um trocarte especial através da mucosa rectal.

Toda a restante sintomatologia, do lado da bexiga ou do lado

do recto, disúria, retenção completa de urinas, obstrução total ou parcial, depende principalmente do volume do tumor e só em combinação com o resultado do exame pelo toque rectal poderá ter valor diagnóstico.

A dôr profunda da pelve, quando existe, independente da micção e da defecação, constante ou por crises, impedindo o sono e o repouso com irradiação para o sacro ou ao longo do sciático é um bom sinal de tumor maligno, porém, mais freqüente no carcinoma do que no sarcoma.

A hematúria apontada em alguns casos não tem grande valor diagnóstico.

Aparece por vários mecanismos, seja pela retenção, do mesmo modo que se manifesta no adenoma prostático, seja pela ulceração da mucosa uretral ou difusão do neoplasma à parede vesical.

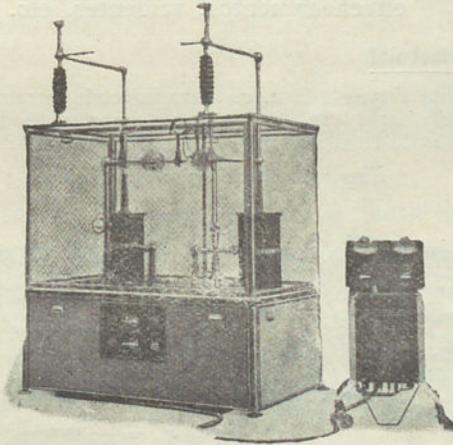
É rara a invasão da mucosa vesical ou rectal. No nosso caso a mucosa vesical estava indemne devendo a hematúria existente ser atribuída às lesões de cistite; a mucosa rectal porém foi invadida irrompendo o tumor na ampola rectal.

Julgamos os sarcomas prostáticos fóra do alcance da cirurgia. Mesmo no adulto e no velho onde a evolução é mais lenta e em casos de diagnóstico precoce, as extirpações mais largas da próstata e da bexiga com transplantação dos dois ureteres não evitam a recidiva a curto prazo ou metástase. Na criança tal audácia cirúrgica não será possível pela hemorragia e pelo choque provocado. Fora do alcance cirúrgico de resto já alguns cirurgiões têm pretendido colocar os sarcomas dos membros, excluídos os de mieloplaxes que hoje formam grupo à parte, pela freqüência da metástase por mais precoce que seja a amputação.

Dos meios físicos, curieterápia e roentgenterápia ultrapenetrante parece-me preferível esta última. O rádio tem de ser aplicado directamente na massa do tumor o que, pela abertura dos vasos facilitando a formação de metástases e pela grande destruição local, provocando uma enorme intoxicação, nos parece tratamento menos favorável e mais mutilante e incómodo para o doente, sem lhe dar maiores probabilidades de um resultado curativo que até hoje ainda se não conseguiu obter (1).

(1) Comunicação à Associação Portuguesa de Urologia, em 29 de Junho de 1927.

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS
INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



GERADOR ESTÁTICO PARA RADIODIAGNÓSTICO
E RADIOTERAPIA PROFUNDA

FORNECIMENTOS DE RÁDIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONÁRIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849

HEXETONA

(Metilisopropilciclohexenon em solução de salicilato de sódio.)

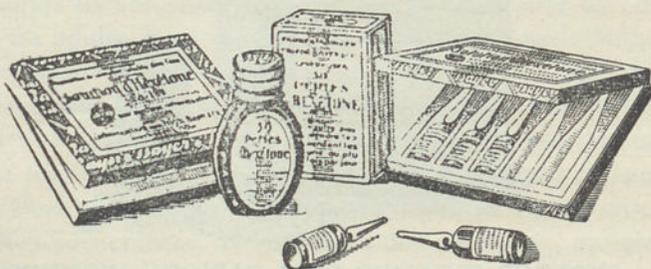
Preparado de cânfora solúvel na água

Medicamento indispensável como auxiliar
primordial em tôdas as moléstias inféciosas,
envenenamentos, acidentes, etc.

Forma comercial

Ampola *escura* (2,2 c. c.) para injeção intramuscular.
Ampola *azul* (1,2 c. c.) para emprêgo endovenoso.
Pérolas de Hexetona para a administração pela via oral.

Empacotamento original «Bayer».



....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutisch Abteilung "Bayer-Meister Lucius,,"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



SÓBRE O ESTADO ACTUAL DO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DA PARALISIA INFANTIL

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Chefe do Serviço de Agentes Físicos do Hospital de Santa Marta

A poliomielite espinal infantil, que já desde há muito vem vitimando entre nós grande número de crianças, castigou-nos bastante menos no decorrer de 1926, para fazer uma intensa recrudescência nestes últimos meses. Tratando-se de uma afeção para o combate da qual, infelizmente, não dispomos de um grande arsenal terapêutico, achei oportuno trazer ao conhecimento dos leitores da «Lisboa Médica» o estado actual do seu tratamento.

Nestes últimos anos tem-se discutido muito, sobretudo em França, não só em congressos (Grenoble julho de 1925), como também em reuniões de sociedades científicas (Société Française d'Électrotherapie et Radiologie), as vantagens e inconvenientes do método de Bordier no tratamento da poliomielite espinal infantil.

Conta êste novo processo terapêutico grande número de adeptos, que, para o seguirem, abandonaram em absoluto os antigos métodos; há por outro lado electro-radiologistas que persistem em continuar tratando os seus doentes exclusivamente pela corrente galvânica, com a qual já desde há muitos anos veem obtendo bons resultados.

Em França tem-se ocupado principalmente do assunto o

Prof. H. Bordier de Lyon, que lançou as suas bases, e, entre outros, os eminentes electro-radiologistas Delherm, Laquerrière, Duhem, Bourguignon, etc..

Em Itália também são notáveis sobretudo os trabalhos de Bergamini, apresentados no Congresso de Radiologia e Ortopedia de Modéne (Junho de 1924), alguns casos isolados apontados por Ghilarducci, Serena e Sabatucci e os de Turano publicados nos Archives de Médecine des Enfants (Sept. 1925).

Ultimamente o trabalho de Giuliano Chizzola (Radiologia Médica, Março de 1927) encara o problema debaixo dos seus vários aspectos, terminando por apresentar uma estatística de 62 casos.

Entre nós não consta que o assunto já tenha sido abordado, nem mesmo conheço na literatura médica portuguesa a publicação de nenhum caso de paralisia infantil tratado por este processo.

Sem querer vêr, como muitos a princípio supuseram, solucionado com o método de Bordier o triste problema da polio-mielite espinal infantil, não quero porém no momento actual deixar de contribuir para o tornar conhecido dos clínicos portugueses, mostrando as conclusões a que cheguei, após 4 1/2 anos do seu emprêgo, e o que dele podemos esperar.

A paralisia infantil acarreta, a maioria das vezes, como todos sabemos, impotências funcionais mais ou menos consideráveis, que condenam os seus portadores, conforme o grau, desde a inacção quasi absoluta às pequenas incapacidades, que os impossibilitam apenas de executar determinados actos da vida.

Há ainda poucos anos, cêrca de 15 a 20, esta doença, que se apresenta com um carácter epidémico, era observada principalmente nos países de clima frio, tais como a Suécia, a Noruega e a América do Norte, sendo menos frequentes os casos observados em França, na Europa Central e entre nós.

Ultimamente porém, a percentagem de indivíduos vitimados nestes últimos países é muito maior, sendo contudo opinião geral de todos aqueles que teem a seu cargo o tratamento destes doentes que a entidade morbida se apresenta com um aspecto menos grave.

Durante muito tempo a terapêutica a empregar consistia apenas em antisepsia intestinal, balneação quente e massagens,

enquanto se aguardava pacientemente o regresso dos movimentos activos. Só então, às vezes um e dois meses depois do início da doença, se começava com o tratamento electroterápico, que consistia quasi sempre, pelo menos entre nós, no emprêgo de faradizações intensas com pequenas máquinas electro-magnéticas, feitas dum modo absolutamente empírico e ainda hoje infelizmente muito em uso na clínica de província.

Os resultados eram o mais desastrosos possível, pois não só não se combatia a atrofia e degenerescência musculares, como ainda pelo contrário, fatigando músculos já de si doentes, as apressava.

Mais tarde começou a empregar-se a corrente galvânica como agente terapêutico, mas também de uma maneira mais ou menos empírica, de modo que os resultados obtidos não foram muito mais animadores. Como para a corrente farádica, continuava persistindo a idea, não sei devida a quê, de que não se devia nunca iniciar o tratamento electroterápico antes de decorridos 1 a 2 meses do período agudo.

Autores houve porém que defenderam a idea de o iniciarem o mais precocemente possível e que, em vez de o praticarem duma maneira puramente empírica e sistematicamente sempre a mesma para todos os casos, só o faziam depois de terem procedido ao electro-diagnóstico dos músculos atingidos.

Dum tal exame cuidadosa e conscientemente feito ressalta a indicação de quais os músculos sôbre que temos que actuar e daqueles sôbre os quais nos devemos abster de intervir para evitarmos concorrer assim para o estabelecimento de atitudes viciosas ou deformações resultantes da galvanização ou faradização em massa de um segmento ou mesmo de todo um membro.

Além disso o electro-diagnóstico, quando possa ser praticado (pois em indivíduos muito novos é por vezes irrealizável) pode fornecer-nos ainda uma série de indicações, que reputo indispensáveis para conseguirmos os fins que nos propomos e que dizem respeito: 1.º à modalidade da corrente a empregar, galvânica ou farádica; 2.º à sua intensidade, que, quando muito pequena, é inefficaz e, quando muito elevada, prejudicial, concorrendo para a degenerescência; 3.º à escolha do polo a empregar como activo; habitualmente é o negativo, mas, em determinados casos, pode haver inversão da fórmula normal $NF > PF$ e ser então o positivo.

Isto é, ao contrário do que é normal, pode ser necessário empregar uma corrente de menor intensidade para excitar um músculo com o polo (+) do que com o (—) sinal de degenerescência; 4.º ao ponto ao nível do qual devemos colocar o electrodo activo para produzir a contracção, pois que, em determinados casos de degenerescência acentuada, é freqüente vermos um músculo ficar inexcitável ao nível do seu ponto motor, sendo-o contudo quando applicamos o electrodo no ponto de reunião das fibras musculares com as tendinosas (reacção longitudinal).

Uma vez determinados, pelo modo que acabo de descrever, quais os músculos a tratar, a modalidade da corrente a empregar, a sua intensidade, a escôlha do polo activo e o local ao nível do qual devemos colocar o electrodo, iniciar-se-há então o tratamento electroterápico, que duma maneira geral se pode resumir a:

1.º Galvanização o mais precoce possível das mássas musculares atingidas. Esta poderá ser feita com uma intensidade constante, mas, em minha opinião, os resultados são melhores quando, no decorrer da sessão, fazemos aumentar e diminuir lentamente a intensidade da corrente.

Como geralmente porém neste período os músculos não respondem às excitações galvânicas, o electrodiagnóstico não pode fornecer-nos indicações sôbre a intensidade e polaridade a empregar.

Temos por conseguinte que proceder um pouco ao acaso, não devendo nunca, em minha opinião, ultrapassar os 5 miliampéres; o polo a empregar como activo será então o (—).

2.º Quando, num período de regressão mais avançado, já obtemos contracções musculares como respôsta ás interrupções da corrente galvânica, é então o momento de iniciarmos a galvanização excito-motora individual ou por grupo de músculos que apresentem alterações semelhantes, para o que podemos empregar com grande vantagem o metrônomo interruptor, que nos permite obter correntes galvânicas ritmicamente interrompidas e com maior ou menor número de interrupções por minuto, segundo o nosso desejo.

Mais uma vez friso que a intensidade a empregar não deverá ser superior, nem inferior à indicada pelo electro-diagnóstico, como a mínima capaz de provocar a contracção muscular.

3.º Só decorridos alguns dias dêste tratamento devemos iniciar

a faradização, que começará por ser de interrupções lentas para terminar debaixo da forma tetanizante. Teremos porém sempre o cuidado, antes de o fazer, de verificar se os músculos que pretendemos tratar respondem francamente a esta corrente.

De tempos a tempos, no decorrer do tratamento, será vantajoso repetir o electrodiagnóstico para, dos resultados fornecidos, podermos concluir se devemos ou não alterar a nossa conduta.

Direi ainda que certos autores associam com vantagem ao tratamento descrito a galvanização total da medula, para o que colocam um dos polos na região cêrvico-dorsal e outro na lombosagrada. A escolha dos polos é aqui indiferente, porque fazem passar a corrente 10' no sentido ascendente e 10' no descendente.

A intensidade não deve exceder os 10 miliampéres.

É pela forma que acabo de descrever que venho praticando a electroterapia (galvanização e faradização) há cêrca de 12 anos nas poliomiélites espinaes anteriores; e é assim de resto, com pequenas variantes de autor para autor, que a tem praticado e praticam todos aqueles que conscienciosamente consagram a sua atenção ao tratamento desta doença e à frente dos quais devemos colocar os nomes de Duchenne e Erb.

Ao tratamento descrito associo a massagem que, para ser eficaz, deverá também ser bem conduzida, empregando manipulações excitantes para os músculos cuja contractilidade está diminuída ou abolida, calmantes para os que se encontrem contracturados e abstenho-nos de actuar sôbre os que se apresentem normais. A princípio porém, quando ainda nos é impossível fazer a distinção entre os músculos que devem ser massados duma ou doutra maneira, não perderemos contudo o nosso tempo e iniciaremos a massagem com uma petrissage pouco profunda de todo o membro, que terá a grande vantagem de despertar a contractilidade muscular e activar ou manter a circulação sanguínea.

Como complemento do tratamento fisioterápico empregado, recorro ainda à mecanoterapia lenta e progressivamente graduada, uma vez que os músculos sôbre que pretendemos actuar comecem a poder ser utilizados espontaneamente pelo doente.

Convém também não esquecer que os aparelhos ortopédicos, por vezes de uma extrema simplicidade, são no entanto em cer-

tos casos muito úteis, evitando umas vezes a criação de atitudes viciosas e deformações tão difíceis de combater; e outras corrigindo e compensando o que o tratamento fisioterápico não conseguiu curar.

Sem serem de entusiasmar os resultados obtidos, são contudo muito animadores, conduzindo mesmo bastantes vezes à cura completa.

A boa orientação do tratamento quineso-electroterápico cabe o mérito de ter reabilitado um processo que parecia querer cair no descrédito, ameaçando privar assim dos seus benefícios um grande número de indivíduos que na realidade com êle muito lucram.

Contudo, embora animadores como disse, os resultados não eram de molde a satisfazer pacientes e clínicos e por essa razão alguém houve, que tentou dar uma nova orientação ao tratamento fisioterápico desta doença.

Devêmo-la ao Prof. H. Bordier, que com êste fim começou praticando a radioterapia medular e a diatermia dos membros ou segmentos de membro atingidos.

A primeira notícia dos trabalhos de Bordier sôbre o assunto chega ao meu conhecimento através de um artigo do «Monde Médical» de 1 de Novembro de 1922, «La paralysie infantile est-elle guérissable?», sôbre o qual o meu colega Dr. Bénard Guedes me chama a atenção a propósito duma doente que constituiu o objecto da Obs. n.º 1 adiante apresentada.

Em face da ineficácia tantas vezes observada do tratamento fisioterápico, tal como eu até aí o praticava, resolvemos ensaiar na nossa doente o tratamento de Bordier.

Como porém era um método novo sôbre cujos resultados ainda pouco ou nada se conhecia e tendo presente a conclusão a que tinha chegado, que da precocidade do emprêgo do tratamento quineso-electroterápico dependiam os bons resultados obtidos, achei que não havia o direito de, obdecendo apenas ao interêsse de investigação científica, privar a nossa doente de utilizar um processo que, sem ser brilhante, era pelo menos útil em muitos casos, como o prova a experiência de largos anos do seu emprêgo.

Foi pois guiado pela idéa de beneficiar ao máximo os portadores desta triste enfermidade, que resolvi, de acôrdo com o meu

colega Dr. Bénard Guedes (1), instituir-lhes um tratamento que designei pela denominação de *método mixto* e que consiste na associação do método de Bordier propriamente dito ao tratamento quineso-electroterápico por mim já desde há muito empregado.

De resto Bordier também emprega a galvanização ritmada num período mais avançado da doença, quando já não existe hipotermia e quando a sintomatologia predominante é a atrofia muscular.

A minha técnica difere apenas da de Bordier em empregar logo desde início toda a terapêutica que julgo poder ser útil em tais casos.

A designação de *método mixto* foi-me sugerida por nele se encontrarem associadas a antiga e moderna terapêutica.

Recordaremos que a doença de Heine-Medin é uma doença infecciosa de localização sobretudo medular, devida, segundo Flexner e Nogughi, a um vírus filtrante não isolado. O estudo anátomo-patológico das medulas invadidas por este agente permite observar reacções inflamatórias banais do tecido conjuntivo intersticial, que prolifera grupando-se em torno das células nervosas doentes, invadindo-as e destruindo-as por um processo de neurofagia.

Sendo assim, compreende-se, dada a poderosa acção da radioterapia sobre as células novas que proliferam, que o seu emprêgo seja útil no tratamento desta afecção e tanto mais quanto mais precocemente empregado, isto é, enquanto existem apenas lesões inflamatórias (nos primeiros 20 dias da doença).

Em seguida entramos num segundo período com carácter destrutivo, que termina pela atrofia das células dos cornos anteriores da medula e em que a radioterapia não poderá ter uma acção tão benéfica.

Contudo, mesmo neste período da doença, haverá a meu ver vantagem em a praticar, tendo presente a teoria de Scherrington

(1) O Dr. Bénard Guedes tomou a seu cargo a radioterapia.

e Marie hoje admitida, de que as células motoras dum determinado músculo se encontram dispostas ao longo da medula a diferentes alturas e não todas reunidas num mesmo ponto. Poderá por conseguinte haver células em períodos diferentes de evolução patológica, dentre as quais algumas poderão ainda beneficiar com o tratamento e compensar, uma vez operada a sua regressão ao estado normal, a acção daquelas que tenham sido totalmente destruídas.

Foi baseado no que acabo de dizer e no brilhante resultado obtido em 1911 com o emprêgo da radioterapia num caso de atrofia muscular progressiva tipo Aran-Duchenne, que a Bordier surgiu a idéa de a empregar no tratamento da doença de Heine-Medin.

O seu método foi vivamente criticado, dizendo uns que a roentgenerapia não era de todo inofensiva para a medula e apontando outros numerosos insucessos.

Aos primeiros, respondeu com o resultado das suas experiências, que mostraram, com o exame microscópico de cortes feitos em medulas, que estas não apresentam a mais pequena alteração depois de irradiadas com doses consideradas therapeuticamente eficazes.

Os insucessos atribui-os a uma má técnica e depois de ter procedido a numerosas experiências, que consistiram em medir com o ionómetro de Solomon a percentagem de radiação que atravessa as vértebras sob diferentes incidências, estabeleceu uma técnica que reputa indispensável para se colherem bons resultados e que passo a descrever:

Faz-se uma série de aplicações, que consiste em 3 sessões praticadas em dias consecutivos: tratando-se duma paralisia do membro superior, a região a irradiar é a compreendida entre as 3.^a e a 6.^a vértebras cervicais; tratando-se do membro inferior, é a situada entre 11.^a dorsal e a 1.^a lombar, a que correspondem respectivamente as células motoras do plexo braquial e do lombo-sagrado.

Haverá sempre o cuidado de proteger com uma lâmina de chumbo ou com cautchú opaco a metade da medula que não pretendemos irradiar. Quando se trata de lesões bilaterais, irradiam-se as duas metades separadamente, protegendo sempre a outra para assim evitar que recebam doses duplas.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

Inventor o Prof. Serono, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.

Efeitos rapidissimos.

Em todas as idades

**: NENHUMA :
INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampou-
las duma vez em injecções dia-
rias de 10 cc.

**Não dá dor
nem reacção**

Muito empregadas em injec-
ções grandes mesmo nas Senho-
ras e até nas crianças.

PODE-SE APLICAR EM
GRANDES QUANTIDADES
E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,
nunca imitada.**

METRANODINA SERONO — Hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, can-
nabis indica.

IPOTENINA SERONO — A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

CARDIOLO SERONO — Extrato fluido bem titulado de estrofanço, noz vomica, cebola albarrã e lobe-
lia. E' um preparado de titulo constante.

VIROSAN SERONO — Oleato duplo de mercurio, colestrina e albotanina (via bucal).

UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados.

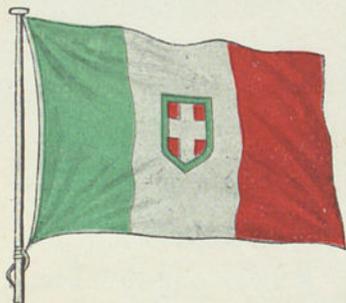
1 cc corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica
são levados á dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com soro fisiologico
para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —
REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —
(pituitaria) (baço) (mamaria)

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.

ASI SERONO



Arseniato de Ferro Solúvel Zambeletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado eletro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico Alimentar

Gotas — Injeções de 3 graus
COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

Iodarsoné Zambeletti

Peptonas arseno-iodadas com glicero-fosfatos de cálcio e de magnésio e princípios vegetais tónico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displástica, trófica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arseniaca.

INDICAÇÕES — Linfatismo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convalescência de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

O preparado que, tendo a suficiente dosagem de arsénio metálico (mgrs. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de ácido arsenioso), tem entre os seus similares a mais alta de iodo metálico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metálico e gr. 1 de extratos tónicos.

Ótimo sabor, sem vinho e admirável para crianças.

AMOSTRAS:

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno= Bromo= Tónicas Zambeletti

(INJEÇÕES)

FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO --VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciais com alteração da crase sanguínea. (Oligoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

Iodosan Zambeletti

(IODO SOLÚVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 o/o de iodo metaloídico colóide, separável, por diluição com água comum ou por contacto com secreções orgánicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluído em água comum constitui o mais ATIVO, o mais PRÁTICO, o mais AGRADÁVEL antiséptico e profilático

PARA

Gargarejos: — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.

Colutorios: — Na ESTOMATITE, na CARIE dentária, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.

Lavagens dos ouvidos e do nariz.

Irrigações: — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de Iodo em todas as suas aplicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJEÇÃO ANTIASMÁTICA ZAMBELETTI

A ampola fixa-se a uma distância tal que o anticatodo diste 15 centímetros da região a irradiar e de modo que os raios incidam perpendicularmente às lâminas vertebraes, que no homem tem uma orientação diferente conforme as regiões. Uma perpendicular a esta lâmina na região cervical faz com o plano das apófises espinhosas um ângulo de 25° e na região dorso-lombar um de 30° ; portanto deve-se colocar o plano de simetria da ampola segundo os ângulos indicados conforme a região sôbre que vamos actuar.

Interpõe-se um filtro de alumínio de 5 milímetros de espessura.

A dose é de 3 unidades de Bordier ou seja aproximadamente 4 H.

Após uma série de sessões deixa-se actuar a dose absorvida durante um mês e só então se recomeça uma nova série.

Foi empregando a técnica descrita, que Bordier obteve os excelentes resultados, que constam das suas várias publicações sôbre o assunto.

Com o fim de fornecer ao membro atrofiado e em hipotermia o calôr necessário para a bôa nutrição dos tecidos e particularmente do muscular e para fazer terminar o espasmo vascular, que se opõem à sua irrigação, emprega, com enorme vantagem sôbre todos os outros processos de aquecimento (meias de lã, hidroterapia quente, banhos de areia, banhos de luz, ar quente, etc.), a diatermia, que, levando o calôr à intimidade dos tecidos, produz ao mesmo tempo uma maior actividade circulatória, collocando assim as massas musculares em melhores condições de reagirem à excitação eléctrica.

Facto comprovativo do que acabo de dizer são as modificações apreciáveis da R. D. observados no sentido melhoria, quando fazemos o exame após uma sessão de diatermia a doentes com hipotermia acentuada.

As perturbações tróficas melhoram progressiva e rapidamente com a diatermoterapia.

Tratando-se de um membro inferior, um dos polos é ligado a uma placa de estanho que se coloca sob o pé, de modo a fazer uma bôa adaptação e o outro a uma placa um pouco maior collocada sob a nádega correspondente. Para o membro superior coloca-se uma placa debaixo da mão e outra na espádua.

A intensidade deve ir lentamente aumentando, não devendo

porém exceder os 500 miliampères, que por vezes são já difficilmente suportados. Consigo porém atingir ampéragens mais elevadas empregando a diatermia intermitente, para o que me sirvo com ótimos resultados do pulsador de Bucky.

É conveniente, principalmente em crianças de tenra idade, que não sabem queixar-se ou que o fazem indevidamente, vigiar com atenção a temperatura das regiões dos membros onde a secção é menor (punho e terço inferior da perna), ao nível das quais se dá uma maior concentração das linhas de fluxo. A não observância dêste cuidado, assim como a fixação das placas com ligaduras de cautchú, que dificultam a circulação, podem-nos levar à destruição, por electrocoagulação mais ou menos profunda, das partes moles, estando mesmo descritos casos em que foi necessário proceder à amputação de segmentos do membro tratado.

Êste facto não constitui de modo nenhum uma contra-indicação do método, como muitos pretendem, pois, uma vez observados os cuidados descritos, nada há a recear.

Na experiênciã de alguns anos, apenas uma vez observámos a formação de uma pequena flictena ao nível da face anterior da tíbio-társica, num doente em que a placa era mantida com uma ligadura de borracha que fazia algumas circulares em volta do terço inferior da perna e que evidentemente dificultava a circulação sanguínea, já de si bastante comprometida.

Em resumo, entendo que o tratamento da poliomielite infantil deve consistir no seguinte:

Radioterapia medular, que deverá ser praticada, conforme disse, o mais precocemente possível, isto é, terminado o período febril, em séries de 3 sessões seguidas com intervalos de 30 dias. No praso que decorre entre 2 séries de applicações radioterápicas pratico a massagem; a diatermia, o número de vezes necessário para se obter uma temperatura normal do membro e a galvanização e faradização, conforme as indicações fornecidas pelo electro-diagnóstico, a que associo por vezes os eflúvios de alta-freqüência, segundo a técnica de Zimmern.

Êste tratamento deverá continuar-se enquanto o doente acusa melhoras, devendo, quando o seu estado se apresente estacionário, ser intercalado de pequenos períodos de repouso de 1 a 2 meses, durante os quais nada se fará.

Como tratamento complementar emprego a mecanoterapia e utilizo os aparelhos ortopédicos.

É seguindo a norma que acima deixo estabelecida que foram tratados os doentes cujas observações a seguir publico o mais resumidamente possível.

Observação n.º 1 (Série A, n.º 16).

M. R. L. 27 meses—Dezembro de 1922.

Adoeceu há um mês com vômitos, febre intensa e acentuadas perturbações intestinais. Dias depois impossibilidade de mexer o membro inferior esquerdo.

Diagnosticada uma paralisia infantil, iniciou imediatamente a radioterapia, à qual associa mais tarde electroterapia e massagens.

Nesta altura havia atrofia generalizada a todo o membro, mas mais acentuada no grupo antero-lateral da perna. Hipotermia acentuada.

Impossibilidade de fazer os movimentos de extensão do pé e dedos. Cai ao andar.

R. D. total no domínio do tibial anterior e sciático popliteo externo.

Experimentou melhoras desde o primeiro ciclo do método mixto, que prossegui com intermitências maiores ou menores até Novembro de 1923.

Ao abandonar o tratamento por se ter retirado de Lisboa conseguia fazer a extensão do pé e dedos e parecia querer esboçar-se a contração dos peroneais.

A atrofia não progrediu e a hipotermia era sensivelmente menor. Marcha claudicando, mas não cai.

Observação n.º 2 (Série A, n.º 103).

A. C. M. 7 anos—Outubro de 1923.

Após intensas perturbações gastro-intestinais e movimento febril acentuado, que duraram cerca de 6 dias, aparece com paralisia dos quatro membros, dos músculos da nuca e massa dorso-lombar.

Faz uso de hidroterapia quente, tendo ao fim de 60 dias recuperado apenas alguns movimentos das mãos. Inicia então tratamento mixto acompanhado de banhos de luz (luz vulgar), com o fim de acalmar as vivas dores de que o doente se queixava.

Aparecem melhoras logo após a primeira série de aplicações, melhoras que se acentuaram a pouco e pouco durante os 4 meses seguintes, em que foi prosseguido o tratamento.

Bronco-pneumonia, morte.

A doente tinha recuperado por completo os movimentos dos membros superiores e conseguido manter os inferiores em abdução, quando com os joelhos flectidos e os pés apoiados no leito,

Mantinha-se sentada desamparada e com a cabeça em posição quasi normal.

Observação n.º 3 (Série A, n.º 122).

A. B. A. F. 14 meses — Outubro de 1923.

Adoece súbitamente com diarreia, grande abatimento, sonolência e temperaturas elevadas. Decorridos alguns dias, a criança parece estar bem, mas não consegue andar, o que já fazia. Arrasta o membro inferior esquerdo, mexendo-o contudo para todos os lados. Ligeira atrofia muscular e hipotermia.

Começa o tratamento mixto 4 semanas após o início da doença; tendo melhorado logo no decorrer do 1.º ciclo, apresenta-se completamente curado decorridos 3 meses, durante os quais foi forçado a interromper o tratamento por ter tido uma bronquite.

Volto a observar o doente alguns meses depois, não apresentando a mais ligeira alteração do membro lesado.

Observação n.º 4 (Série A, n.º 177).

A. J. L. 7 meses — Setembro de 1923.

Adoece com diarreia e febre. Três dias depois paralisa completa do membro inferior esquerdo.

É imediatamente irradiado segundo a técnica de Bordier. A mãe nota que após a primeira irradiação a criança esboçou movimentos de flexão da coxa. Após a segunda irradiação inicia tratamento mixto, que continua durante 7 meses, sem obter a mais ligeira melhora.

A atrofia muscular que já existia manteve-se, não havendo também nenhuma alteração a notar no resultado do electrodiagnóstico.

Mais tarde, decorridos respectivamente 1 e 2 anos, volto de novo a tratar o pequeno doente, que se mantém sempre no mesmo estado.

Observação n.º 5 (Série A, n.º 184).

J. M. S. V. 11 meses — Dezembro de 1923.

Em Outubro de 1923 adoece com diarreia e febre, que lhe passou decorridos alguns dias. Ultimamente os pais notaram que a criança volta o pé esquerdo para fora, arrastando-o quando dá alguns passos. Faz mal a extensão do pé. Atrofia generalizada a todo o membro, mas mais acentuada ao nível dos músculos da região antero-externa da perna. Ligeira hipotermia. Não há R. D.

Tem alta 4 meses depois de iniciado o tratamento mixto; apresentava apenas uma ligeira atrofia muscular.

Durante o período de tratamento houve uma interrupção de algumas semanas, motivada por difteria.

Observação n.º 6 (Série A, n.º 189).

J. J. M. G. 14 meses—Novembro de 1923.

A 1 de Novembro adoeceu; muita febre e grande prostração. Não houve perturbações gastro-intestinais. Dias depois paralisia completa do membro inferior esquerdo, que apresenta acentuada hipotermia.

Faz uma sessão de radioterapia a 9 de Novembro e outra a 11 de Dezembro, tendo começado a reaparecer movimentos activos após a 1.ª sessão.

É-me enviado a 18 de Dezembro com atrofia acentuada dos músculos da região externa da perna. Pé varus. Grande claudicação e quedas frequentes. R. D. parcial. Hipotermia muito pouco acentuada.

Tratamento mixto até Maio de 1924, tendo tido alta curado.

Apenas ligeira atrofia muscular.

Observação n.º 7. (Série A, n.º 273).

A. A. T. 14 meses—Fevereiro de 1924.

Há cerca de 20 dias, após diarreia durante 48 horas com ligeiro movimento febril, a criança deixa de andar, conseguindo no entanto encolher o membro inferior esquerdo; o direito não meche. Hipotermia.

É diagnosticada pelo colega Dr. Leite Lage paralisia infantil.

A 11 de Fevereiro inicia tratamento mixto.

Alta a 11 de Abril, completamente curada.

Observação n.º 8. (Série A, n.º 320).

M. L. 3 anos.—Março de 1924.

Adoeceu há 5 meses com diarreia, temperaturas elevadas e fortes dores ao longo da coluna. Decorridos alguns dias, impossibilidade absoluta de mover o membro inferior esquerdo. Como tratamento fez então balneação quente e pontas de fogo.

Actualmente consegue andar atirando com o membro para a frente com um ligeiro movimento de báscula da bacia. Faz no entanto uma ligeira flexão da côxa.

R. D. total. Hipotermia acentuada e atrofia muscular generalizada.

Trata-se de Março a Junho, tendo feito apenas dois ciclos de tratamento. O seu estado era absolutamente o mesmo e por êsse motivo foi-lhe dada alta.

Observação n.º 9. (Série A, n.º 412).

M. L. Z. 18 meses—Maio de 1924.

Há quatro meses, sem qualquer sintomatologia, os pais notam uma atrofia muscular do membro inferior esquerdo. Ainda não consegue andar e, sempre que se apoia nesta perna, flecte-a involuntariamente. Hipoe excitabilidade galvânica. Hipotermia.

Trata-se até Outubro de 1924, mas de um modo bastante irregular, por a doente habitar fóra de Lisboa.

Ao ter alta anda normalmente, não havendo nem hipotermia, nem diferença de volume das massas musculares. A excitabilidade galvânica é normal.

Observação n. 10 — (Série A, n.º 413).

A. P. 19 meses — Junho de 1924.

Adoece há um mês com diarreia, vômitos, temperaturas elevadas e grande abatimento. Perde o andar, não tendo fôrça no membro inferior esquerdo para se manter de pé.

Faz com o médico da sua terra faradizações e banhos quentes, não melhorando.

Presentemente atrofia muscular generalizada a todo o membro, mas mais acentuada ao nível da perna. Hipotermia. Apenas se esboçam alguns movimentos de flexão da coxa.

R. D. total do tibial anterior e parcial dos restantes.

Trata-se até Janeiro de 1925 com intermitências motivadas por dermatose generalizada a todo a corpo.

Logo após o 1.º ciclo, melhoras, tendo alta em Janeiro com ligeira atrofia muscular e pé valgus pouco acentuado, facilmente corrigível com pequena prótese.

Observo de novo a doente em Março de 1926. O membro tem-se desenvolvido regularmente e anda grandes distâncias sem dificuldade ou cansaço.

Observação n.º 11 — (Série A, n.º 415).

I. A. C. 18 meses — Junho de 1924.

Adoece há 8 dias com grande prostração e temperaturas elevadas. Ontem a mãe notou que a criança não andava e que mesmo apoiada não se mantinha de pé.

Quando sentado cai para o lado. Apenas tem movimentos activos nos dedos dos pés.

Faz apenas dois ciclos do método mixto, tendo pouco a pouco recuperado todos os movimentos activos. Anda sózinho. Desaparece a hipotermia, que apresentava a princípio.

Ligeiro *genum recurvatum*.

Ausentou-se sem completar o tratamento.

Observação n.º 12 — (Série A, n.º 420).

V. P. C., 14 meses — Junho de 1924.

Há cerca de 1 mês intervenção por osteomielite do ante-braço esquerdo. Dias depois a criança não consegue andar, caindo com grande facilidade e

freqüência. Move bem ambos os membros inferiores, sendo porém à esquerda os movimentos um pouco mais preguiçosos e havendo atrofia muscular generalizada a todo o membro inferior esquerdo com ligeira hipotermia.

É diagnosticado pelo colega Dr. Leite Lage, poliomielite espinhal infantil.

Faz apenas um ciclo, encontrando-se quasi bem. Não cai ao andar e a hipotermia desapareceu. Existe contudo um certo grau de atrofia.

Observação n.º 13 — (Série A, n.º 455).

A. A. Q., 3 anos — Julho de 1924.

Há 15 dias adoece com grande abatimento e elevação térmica considerável.

Três dias depois tetraplegia. Cabeça pendente. — R. D. completa. Hipotermia.

Faz tratamento segundo o método mixto. Faz apenas 2 ciclos. Recupera todos os movimentos dos membros superiores e pescoço, começando a esboçarem-se alguns dos inferiores.

É forçado a retirar-se súbitamente para a provincia.

Ignoro seqüência.

Observação n.º 14 — (Série A, n.º 500).

A. A. C. S., 3 1/2 anos — Outubro de 1924.

Há cerca de 20 dias adoece com vômitos, diarrrea e acentuada elevação térmica. Quatro dias depois impossibilidade absoluta de executar o mais pequeno movimento com os membros inferiores. Os músculos dorsais e da nuca estão também profundamente tocados, não conseguindo o doente manter-se sentado com a cabeça direita.

R. D. completa e hipotermia dos membros inferiores.

Fez 10 ciclos completos do método mixto, conseguindo apenas uns ligeiros movimentos de adução dos membros e de extensão de alguns dedos.

A hipotermia apenas diminuiu.

Acentuada atrofia muscular.

Mantem-se sentado com a cabeça em posição normal.

Engatinhando, desloca-se para todos os lados.

Observado recentemente o doente, noto que o estado é o mesmo, andando apoiado com aparelhos de prótese que se fixam à cintura.

Observação n.º 15 — (Série A, n.º 545).

A. A., 4 meses — Outubro de 1924.

Há 20 dias, após 48 horas de acentuada elevação térmica, paralisia total do membro superior esquerdo. Acentuada hipotermia.

O electrodiagnóstico, que foi extremamente difícil de executar, devido à

pouca idade da criança, revelou uma hipoexcitabilidade galvânica e farádica acentuada.

Faz 6 ciclos de tratamento mixto, tendo recuperado por completo todos os movimentos, excepto a abdução, que ainda não é perfeita, conseguindo no entanto fazer um ângulo de 55°.

É obrigado a retirar-se para a província. Não torno a ter notícias do doente.

Observação n.º 16 — (Série A, n.º 560).

E. S. M., 14 meses — Novembro de 1924.

Adoece há 15 dias com grande movimento febril e abatimento. Dois dias depois paralisa completa de todos os membros, músculos da nuca e do dorso.

Ao consultar-me, já se esboçavam alguns movimentos dos membros inferiores e do superior direito. O superior esquerdo mantém-se inerte. A cabeça pendendo para a frente, com o queixo apoiado no peito. Não consegue manter-se de pé. Hipotermia acentuada. Não foi possível proceder a electro-diagnóstico.

Trata-se até Janeiro de 1925, fazendo 3 ciclos de tratamento pelo método mixto.

Resultado: Recupera em absoluto os movimentos dos membros inferiores e do superior direito. Anda bem. O membro superior esquerdo mantém-se pendente ao longo do corpo, conseguindo apenas executar a flexão dos dedos.

Observação n.º 17 — (Série A, n.º 570).

A. G., 3 anos — Novembro de 1924.

Há 16 dias adoece com prisão de ventre e muita febre, acabrunhado e doendo-se quando o pretendem deslocar. Tetraplegia.

Fez banhos quentes com sal, tendo recuperado a mobilidade dos membros inferiores e superior direito, nos quais tem porém muito pouca força, não conseguindo andar.

O superior esquerdo mantém-se inerte e tem acentuada hipotermia. Não há sinais de R. D.

Fez 3 ciclos completos do método mixto, tendo recuperado por completo os movimentos perdidos.

Anda sem cair e sem hesitações.

Observação n.º 18 — (Série A, n.º 574).

A. R. M., 10 meses — Novembro de 1924.

Há 2 meses forte diarreia e acentuado movimento febril a que se seguiu paralisa do membro inferior esquerdo.

Banhos quentes e massagem, tendo recuperado os movimentos activos.

Vacina antipioyénica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegráficos: **«Antipio»**

FORMULA — Estreptococo piogénico, estafilococo piogénico aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — E' eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abscessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., com acção tambem preventiva.

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influenza, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diarias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

E' garantida a sua inocuidade.

Nos casos gravissimos o Medico devera recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc. e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Medico.

Polivacina antipioyénica Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alterando com a VACINA CURATIVA.

Sôro-vacina Bruschetti

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

Vacina curativa Bruschetti

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antipioyénica (para as formas bacilosas).

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraquecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

Vacina antigonocócica Bruschetti

(Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegráficos: **«Antigono»**

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de germens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo, Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite blenorragica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diarias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampólas), alternadas em alguns casos com instilações uretraes de vacina (1 ampóla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mês depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

FORMULA — Associação de soro normal de cavalo e adrenalina (Soro equino adrenalínico). — Ampólas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofilias etc.).

USO — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutânea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampóla de 2 cc. de ANTIANAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Também temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Soro pneumo-diférico optoquinado. Ampólas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

USO — De duas a quatro ampólas no primeiro dia em injeção subcutânea, e duas ampólas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampóla de 2 cc de ANTIANAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROterapia — MADRID
DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTE

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

FORMULA — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contém 250 milhões de germens por centímetro cúbico. Caixas de 5 ampólas de 2 cc.

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — **Como curativa:** uma injeção subcutânea de dois em dois dias, começando por 1/2 cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

Como preventiva: bastarão tres injeções de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

Atosferin "Ibys"

FORMULA — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Caixas de 5 ampólas de 5 cc.

Ha também a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

USO — Injeção intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampóla pela ordem da numeração que tem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras, e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

OBSERVAÇÕES — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

IMPORTANTE — *Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.*

Soro Antitetânico "Ibys" — Soro Antidiférico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

Hipotermia e atrofia de todo o membro. Não consegue manter-se de pé apoiado, o que já fazia.

Inicia tratamento, experimentando logo sensíveis melhoras após o 1.º ciclo. Faz mais dois, um pouco irregularmente, tendo continuado a acentuarem-se as melhoras.

Em Março abandonou o tratamento, já se mantendo de pé apoiado e dando alguns passos.

Observação n.º 19 — (Série A, n.º 622).

J. A. T., 3 anos — Janeiro de 1925.

Criança com raquitismo acentuado.

Em Setembro diarreia, vómitos, muitas dores pelo corpo e temperaturas elevadas. Tetraplegia.

Com banhos quentes e massagens consegue recuperar a mobilidade activa, contudo, ao andar, cái muito, arrastando a perna esquerda, que apresenta atrofia muscular e hipotermia.

Faz um total de 4 ciclos de tratamento, tendo alta em Maio, andando melhor. A temperatura do membro é normal. A atrofia é menor e a criança não cái ao andar.

Fez simultaneamente aplicações de R. U. V. sendo o seu estado geral melhor.

Observação n.º 20 — (Série A, n.º 626).

F. G., 20 meses — Dezembro de 1924.

Aos 4 meses diarreia e muita febre, a que se seguiu impossibilidade absoluta de se mover.

Balneação quente. A pouco e pouco recupera os movimentos do pescoço e membros superiores. Os inferiores mantêm-se inertes. R. D. total. Grande atrofia muscular e hipotermia.

Fez 2 ciclos sem melhoras, tendo alta em Fevereiro de 1925.

Observação n.º 21 — (Série A, n.º 642).

F. G., 9 meses — Janeiro de 1925.

Há 3 meses, estando de perfeita saúde, acorda uma manhã com o membro inferior esquerdo imóvel.

Fez banhos quentes e electroterapia, tendo recuperado a mobilidade activa. Pé varus. Atrofia muscular. Existe R. D. total.

Faz apenas um ciclo sem melhoras. Ausenta-se de Lisboa.

Observação n.º 22 — (Série A, n.º 725).

G. P., 17 meses — Março de 1925.

Há 5 meses prisão de ventre, grande abatimento e elevação térmica acentuada. Paralisia dos quatro membros, músculos da nuca e dorso.

Recupera pouco a pouco e espontaneamente a mobilidade normal, excepto para o inferior direito, no qual se esboçam apenas a adução e abdução da coxa.

Faz 3 ciclos de tratamento, tendo alta em Junho sem melhoras.

Convém notar que, devido a habitar na província, cada ciclo era apenas constituído pela sessão de radioterapia e 3 a 4 dias de diatermia e galvanização.

Observação n.º 23 — (Série A, n.º 767).

R. C., 10 meses — Abril de 1925.

Há 6 meses movimento febril intenso, a que se seguiu paralisia de ambos os membros inferiores.

Faz banhos quentes com os quais melhora um pouco, conseguindo executar alguns movimentos com o membro inferior esquerdo. O direito mantém-se enerte. R. D. completa à direita. À esquerda não existe.

Hipotermia e atrofia muscular bilaterais, mas mais acentuadas à direita. Faz dois ciclos de tratamento. Melhora do lado esquerdo, a ponto de se poder considerar curado. À direita permanece no mesmo estado.

Observação n.º 24 — (Série A, n.º 848).

M. H. C. M., 14 meses — Abril de 1925.

Há 8 dias diarreia, febre e grande abatimento. Paralisia dos músculos da nuca e do membro inferior direito, que se conserva imóvel e apresenta acentuada hipotermia.

Não há sinais de R. D.

Apenas um ciclo de tratamento, melhorando sensivelmente desde o seu início.

Desaparece a hipotermia e a criança consegue andar apoiada com o pé em ligeiro valgus.

Observação n.º 25 — (Série A, n.º 863).

A. L. A. S., 18 meses — Junho de 1925.

Há 8 dias, diarreia, dores em ambos os membros, temperatura elevada. Impotência funcional absoluta do membro inferior esquerdo. Hipotermia. R. D. completa.

Faz 5 ciclos completos, tendo recuperado a mobilidade activa normal, exceptuando a rotação interna do pé.

Estado geral mau. Suspende a radioterapia e continua a electroterapia.

Tem mais força. Ligeira atrofia muscular e encurtamento do membro. Pequena prótese para corrigir pé valgus pouco acentuado.

Observação n.º 26 — (Série A, n.º 938).

A. P. A., 7 anos — Agosto de 1925.

Há 15 dias de cama com grande depressão, febre e diarreia. Ao levantar-se, notam que arrastam ambos os pés, principalmente o direito, que roda um pouco para fóra. Em decúbito dorsal não consegue levantar os pés do leito com os joelhos em extensão.

Não há hipotermia, nem R. D.

Faz 5 ciclos completos e por fim apenas electroterapia e massagem.

Tem alta em Março, curado.

Anda bem e corre.

Observação n.º 27 — (Série A, n.º 975).

M. O. S. C., 3 anos — Outubro de 1925.

Há 2 meses diarreia, vômitos e muita febre. Quatro dias depois nota-se que o membro inferior direito está absolutamente inerte.

Faz banhos quentes sem melhoras.

R. D. completa, atrofia muscular acentuada. Hipotermia.

Faz 5 ciclos completos de método mixto e nos últimos meses apenas electroterapia e massagens.

Tem alta em Junho, andando apenas com ligeira claudicação motivada por pé valgus pouco acentuado, corrigido por pequena prótese (palmilha)

Observação n.º 28 — (Série A, n.º 987).

P. S., 2 anos — Novembro de 1925.

Há 8 meses diarreia, vômitos e febre elevada, a que se segue impossibilidade de mover o membro inferior direito. Hipotermia. R. D. completa. Êste doente faz 3 ciclos, conseguindo andar normalmente, com ligeiríssimo pé valgus. Não há hipotermia.

Não repito o electrodiagnóstico.

Observação n.º 29 — (Série B, n.º 19).

L. A. C. P., 16 meses — Dezembro de 1925.

Após 3 dias de diarreia, vômitos e febre, os pais notam que a criança não move bem os membros inferiores. No dia imediato não se mantém de pé. O tronco e a cabeça não se mantêm direitos e os olhos não abrem completamente.

Hipotermia. Não se fez electrodiagnóstico por apresentar dermatose generalizada.

Cura completa no decorrer do primeiro ciclo.

Observação n.º 30 — (Série B, n.º 20).

S. S., 2 anos — Dezembro de 1925.

Há 3 meses diarreia, vômitos e temperaturas elevadas. Dias depois nota-se paralisia de ambos os membros inferiores.

Fez balneação quente, recuperando alguns movimentos (flexão das coxas e extensão da perna direita). Os dedos mantêm-se imóveis. R. D. completa no domínio do crural esquerdo e parcial para ambos os sciáticos poplites externos.

Não consegue manter-se de pé.

Hipotermia e côr cianótica dos membros.

Faz 4 ciclos completos de método mixto, andando amparado e tendo mobilidade activa normal.

Observação n.º 31 — (Série B, n.º 215).

N. A. D. B. E., 27 meses — Março de 1926.

Adoece em dezembro de 1925, com febre, diarreia e vômitos. A seguir aparece uma paralisia generalizada a todo o corpo.

Faz banhos quentes e fricções diversas com as quais vai recuperando todos os movimentos, excepto os do domínio do deltóide direito, que se apresenta bastante reduzido de volume e com R. D. total.

Embora não creia na eficácia do tratamento, inicia-o a instâncias da família, em Março, tendo feito 4 ciclos.

Consegue apenas afastar um pouco o braço do corpo e levar a mão à cabeça. A atrofia não é tão acentuada.

Observação n.º 32 — (Série B, n.º 188).

E. J., 15 meses — Março de 1926.

Após alguns dias de vômitos e acentuada elevação térmica, paralisia total do membro superior esquerdo e do deltóide direito.

Por não poder permanecer em Lisboa, em cada ciclo faz apenas a sessão de radioterapia e algumas sessões de electroterapia.

Tem 3 ciclos, tendo logo, no decorrer do primeiro, começado a melhorar. O membro superior esquerdo apresenta-se actualmente normal; mas o direito mantêm-se estacionário.

Observação n.º 33 — (Série B, n.º 179).

A. P. R., 2 anos — Março de 1926.

Adoeceu aos 6 meses, com muita febre, vômitos e diarreia, a que se seguiu paralisia completa do membro inferior esquerdo.

Faz balneoterapia quente e galvanização no serviço de Neurologia do Hospital Escolar. Melhora até há quatro meses, sendo desde então estacionário o seu estado.

Hipotermia acentuada. Atrofia muscular generalizada.

Flecte a coxa sôbre a bacia, não tendo movimentos activos da perna e pé. Consegue andar amparado, atirando com o membro.

R. D. total dos músculos da perna.

Iniciou logo tratamento mixto, tendo completado 4 ciclos.

A hipotermia é menor. Esboçam-se movimentos do pé e perna, andando só, com mais facilidade e sem cair.

Observação n.º 34 — (Série A, n.º 996).

H. C., 18 meses — Outubro de 1925.

Adoece a 10 de Outubro, com febre, diarreia e vômitos. Dias depois, nota-se paralisia completa do membro inferior esquerdo. Hipotermia. Impossibilidade de se manter de pé.

Inicia tratamento pelo método mixto a 19 de Outubro.

Tem completos 3 ciclos.

Menor hipotermia. Mexe os dedos e flecte o pé. Flecte a côxa, que se encontra em ligeira rotação externa. Não tem movimentos de flexão e extensão do joelho. Anda com auxílio de prótese, que lho mantém fixo em extensão

Observação n.º 35 — (Série B, n.º 20).

S. S. 2 anos — Dezembro de 1925.

Há 3 meses adoece com vômitos, grande prostração, muitas dôres e temperatura elevada. Uma semana após o início da doença, os pais notaram que não mexia os membros inferiores.

Faz balneoterapia quente, recuperando alguns movimentos, mas não se mantendo de pé. Consegue flectir as côxas sôbre a bacia. A extensão da perna é possível apenas à direita. Não se esboça o mais pequeno movimento dos pés ou dedos.

Hipotermia acentuada, com côr cianótica dos membros.

R. D. total no domínio do crural esquerdo, não a havendo à direita. R. D. parcial para os sciáticos-popliteus externos, mais acentuada à direita.

Tratamento: 4 ciclos completos. Desaparece a hipotermia e côr cianótica. Consegue todos os movimentos dos membros lesados, andando desamparado.

É obrigado a retirar-se súbitamente para a província, razão porque não posso repetir o electrodiagnóstico.

Observação n.º 36 — (A. C. d.º 237).

D. V. G. 2 anos — Abril de 1926.

Adoece há 10 meses com muita febre e sem perturbações gastro-intestinais. Dias depois paralisia completa do membro inferior esquerdo, que se apresenta atrofiado, sendo mais acentuada esta atrofia nos músculos da perna.

Apenas esboça os movimentos de flexão da côxa. Hipotermia acentuada.

Faz dois ciclos completos de tratamento, nos quais faltou a diatermia porque se tratava dum doente da consulta hospitalar, onde não há a aparelhagem necessária.

Consegue executar alguns movimentos do pé e dedos; mantém-se de pé e consegue dar alguns passos, o que até aqui era de todo impossível.

Observação n.º 37 — (Série B, n.º 357).

A. L. N. 2 1/2 anos — Junho de 1926.

Há cerca de 1 ano adoece com convulsões, diarreia, grande prostração e muita febre.

Decorridos alguns dias, paralisia do membro inferior esquerdo, músculos dorsais e da nuca.

Inicia pouco depois galvanização no serviço de Neurologia do Hospital Escolar, tratamento que tem continuado até agora, tendo recuperado a tonicidade normal dos músculos da nuca e dorso. Quanto ao membro inferior: hipotermia acentuada, atrofia muscular generalizada e apenas ligeiros movimentos dos dedos. Mantém-se de pé apoiado.

Tratamento: apenas um ciclo de método mixto, tendo a seguir desaparecido. Apesar disso experimenta melhoras, que se traduzem por maior amplitude no movimento dos dedos, movimento da tíbio-társica, diminuição da hipotermia e possibilidade de dar alguns passos apoiado.

Observação n.º 38 — (Série B, n.º 22).

F. A. C. L. 2 anos — Dezembro de 1925.

Há 3 meses adoece com grande sonolência, vômitos, diarreia e acentuada elevação térmica. Paralisia do membro inferior direito.

Balneoterapia quente, sem resultado. Actualmente hipotermia e atrofia de todo o membro, mais acentuada ao nível da perna.

Impossível a extensão e rotação externa do pé. Não foi possível proceder ao electrodiagnóstico.

Tratamento: Método mixto, 3 ciclos sem melhoras apreciáveis.

Observação n.º 39 — (Série B, n.º 638).

L. B. 18 meses — Dezembro de 1926.

Há cerca de 8 dias teve febre durante 24 horas, decorridas as quais notam que a criança não mexe bem o membro inferior esquerdo e tem o pé inerte. Perde o andar.

Ao nono dia de doença inicia tratamento misto, esboçando-se 48 horas depois sensíveis melhoras, que consistem em ter recuperado todos os movimentos activos do pé e dedos. Ao 20.º dia anda.

Adoece com gripe e na convalescença apresenta-se com menos fôrça no membro lesado e com ligeiro valgus.

O eléctrodiagnóstico não revela R. D. do tibial anterior.

A galvanização é praticada sòmente ao nível dêste músculo.

No fim do 3.º ciclo estava curado, necessitando apenas um ligeiro contra-forte na bota para manter o pé. Anda sem claudicação e não cai.

Observação n.º 40 — (Série B, n.º 723).

M. da E., 2 anos — Dezembro de 1926.

Adoeceu há cerca de 6 meses com febre, vômitos e diarreia, a que se seguiu paraplegia.

Ao iniciar o tratamento pelo método mixto havia impotência funcional absoluta de ambos os membros, com acentuada hipotermia.

Faz 2 ciclos e logo no decorrer do primeiro se esboçam movimentos de flexão dos dedos e de adução e abdução das coxas.

No decorrer do 2.º ciclo as melhoras acentuam-se, mas é obrigada a retirar-se para terra por falta de meios.

Observação n.º 41 — (Série C, n.º 19).

M. I. L., 2 1/2 anos — Maio de 1927.

Há 48 horas a mãe notou que a criança claudica ligeiramente à direita. Nota-se um certo grau de atrofia de todo o membro, que se encontra em hipotermia. Ao andar, o pé coloca-se em rotação externa. Mobilidade activa normal.

Não houve perturbações gastro-intestinais, nem febre.

Tratamento: 2 ciclos completos do método mixto, no decorrer dos quais fez uma interrupção de 15 dias, por ter tido tosse convulsa.

Ao ter alta, não apresentava atrofia e a criança corria normalmente. Não se notava hipotermia.

Observação n.º 42 — (Série C, n.º 31).

R. M. S. D., 16 meses — Maio de 1927.

Há 4 dias, diarreia e acentuado movimento febril durante 48 horas. Perde o andar. Apenas ligeiros movimentos activos no decúbito dorsal. Não há hipotermia.

Tratamento: 2 ciclos de método mixto. Recupera em absoluto a mobilidade activa, correndo só toda a casa.

Observação n.º 43 — (Série C, n.º 48).

M. C. M. A., 4 anos — Maio de 1927.

Adoece há 3 anos com febre, não apresentando perturbações gastro-intestinais. Decorridos 3 dias deixa de ter temperaturas e apresenta tetraplegia acompanhada de paralisia dos músculos do pescôço e dores lombares.

É transportado ao colo, executando apenas alguns movimentos dos membros inferiores e do superior direito.

Logo que se iniciou o tratamento pelo método mixto os fenómenos de regressão começaram a manifestar-se, conseguindo a criança, ao terminar o 1.º ciclo, andar só e executar todos os movimentos, excepto os que dependem do deltoide esquerdo.

Um electrodiagnóstico não revelou R. D. dêste músculo.

A criança encontra-se ainda em tratamento, devendo brevemente iniciar o seu 3.º ciclo.

Esboçam-se já movimentos de abdução, propulsão e retropulsão do braço esquerdo.

Observação n.º 44 — (Série C, n.º 170).

J. J. M. B., 3 anos — Julho de 1927.

Há 30 dias bastante febre e diarreia que durou 3 dias. A criança ficou muito acabrunhada e assim permaneceu durante bastantes dias.

Ao levantar-se, a mãe nota que coxeia da perna direita, que estava diminuída de volume.

Actualmente anda com claudicação ligeira e tem hipotonia muscular. Atrofia generalizada. Hipotermia.

Inicia tratamento há uma semana, sendo a claudicação quasi nula e conseguindo correr, o que não fazia.

(Continúa em tratamento).

Estas observações fazem parte dum total de 97 doentes vítimas da poliomielite espinal infantil, que passaram pelas minhas mãos no período de quatro anos e meio, que decorre de Dezembro de 1922 a Julho de 1927.

Porém, dêstes 97 doentes apenas 52 tinham probabilidades de melhorar com o método descrito, sendo os restantes na sua maioria casos antigos com lesões anátomo-patológicas já constituídas, que com êle nada beneficiariam.

Dos 52 em que empreguei o tratamento em questão, só nos 44, cujas observações publico, êle foi seguido, conforme as nossas indicações e durante o tempo julgado necessário para avaliar da sua eficácia.

Dos resultados obtidos nos restantes 8 nada podêmos concluir, pois alguns houve, que apenas fizeram uma parte do tratamento,

Schering

INSULINA

INSULINA-SCHERING:

é apresentada num frasco e em estado sólido para COMODA preparação das soluções na ocasião.

INSULINA-SCHERING:

é conservável indefinidamente antes da sua dissolução e depois de dissolvida conserva-se activa e eficaz durante cerca de três meses.

INSULINA-SCHERING:

vende-se ao melhor preço do país nas principais farmácias.

Chemische Fabrik auf Actien
(VORM. E. SCHERING.)
BERLIM

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

SCHERING, Limitada, LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

PULMO SERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHE E DO SARAMPO.

MODO DE USAL-O Uma colher das de café de manhã e de noite.

Laboratorios A BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

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

Insostituivel como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afecções Intestinais. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^{as} — MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^{as}
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

Ex.^{mo} Sr.

C. A. Glade

Rua Victor Gordon, 7

Lisboa

julgando a família a outra inútil, e outros ainda o abandonaram logo no seu início.

A grande maioria, 29, é constituída por crianças com menos de 2 anos, sendo apenas os restantes 15 de idade superior a 2 e inferior a 8.

Entre nós parece, por conseguinte, continuarem a ser os indivíduos de tenra idade os mais freqüentemedte atingidos, não aparecendo, como últimamente em França, casos freqüentes na adolescência.

Passando um rápido exame às nossas observações, notamos que a localização preferida é o membro inferior, 26 casos ou seja mais de 60 %, havendo ainda entre êstes uma grande predilecção de localização pelo inferior esquerdo.

Apenas em 2 casos, um à esquerda, outro à direita, se localizou exclusivamente ao membro superior.

As localizações bilaterais também figuram em pequeno número, uma vez apenas para os membros superiores e 9 para os inferiores.

Invasões mais extensas, que podemos designar por generalizadas, 6.

O tratamento dêstes doentes variou muito de duração e os factores que principalmente concorreram para isso foram não só a diferença de gravidade das lesões de que eram portadores, como também a regularidade e persistência com que o seguiram.

A grande maioria (27), obteve o máximo de resultados entre 1 e 3 meses de tratamento, a que corresponde igual número de ciclos rádio-diatermo-electroterápicos; 11 ao fim de 5 meses; e apenas para 4 tentámos um tratamento mais longo, que só uma vez atingiu 10 meses.

Dois dos doentes continuam ainda em tratamento.

A maioria dos casos (30), foi observada nos anos de 1924 e 1925, cabendo respectivamente 17 e 13 cada um dêles.

Pertencem a 1926 apenas 3 casos.

O desejo de publicar quanto antes êste trabalho não nos permite reunir já o grande número de doentes, que últimamente têm chegado às nossas mãos e dos quais apenas publicamos 4 observações, por os restantes se encontrarem ainda numa altura do seu tratamento em que não podemos tirar conclusões seguras sôbre qual será o seu estado final.

Vejam os agora o que se pode obter com o método por nós empregado.

Resumindo, diremos que destes 44 doentes: 6 se mantiveram no mesmo estado; 17 melhoraram apreciavelmente e 21 se curaram. Ou seja, respectivamente: 13,6% de insucessos; 38,6% melhorados e 47,8% curados.

Para que possa ressaltar bem o verdadeiro valor daquilo que conseguimos, procurarei mostrar tanto quanto possível o critério que segui para a classificação dos casos e analisarei rapidamente e dum modo geral as condições um pouco diferentes em que foram tratados os doentes, que constituem cada um dos 3 grupos em que os dividi.

Começarei por dizer que, entre os 21 doentes considerados como curados, alguns há (observações n.^{os} 10, 11, 24, 25, 27, e 43), que não o estão em sentido absoluto da palavra, pois ficaram com pequenos reliquats, por vezes localizados apenas a um determinado músculo, de que resultaram incapacidades funcionais mínimas, que facilmente foram corrigidas, ou melhor, compensadas por pequenas próteses.

A diminuição de capacidade funcional desses doentes é porém tão pequena, que não hesitei em os classificar como curados.

Os restantes que figuram neste grupo podem dividir-se em duas categorias:

Uma delas compreende as observações n.^{os} 3, 5, 7, 9, 12, 18, 41 e 44, que dizem respeito a doentes com lesões ligeiras, já em via de regressão, que ignorávamos até onde se faria, sem a intervenção do tratamento ministrado;

A outra compreende finalmente as observações n.^{os} 6, 17, 26, 28, 29, 35 e 42, de doentes com lesões mais graves, em que pouco ou nada se podia esperar da regressão espontânea, nalguns mesmo auxiliada pela hidroterapia quente e massagem; dentre eles ressaltam sobretudo os resultados colhidos naqueles cujas observações têm os números 28, 35 e 42, que apresentavam lesões bastante extensas.

Dos 17 doentes que experimentaram melhoras, poderemos considerar separadamente aqueles cujas observações têm os n.^{os} 2, 14, 19, 23, 31, 33, 37 e 40, em que estas melhoras foram ligeiras, e aqueles cujas observações têm os n.^{os} 1, 13, 15, 16,

30, 32, 34, 36 e 39, em que foram bastante sensíveis, podendo alguns dêles, com o auxílio de próteses ou à custa de compensações musculares (supléances) desempenhar os actos mais usuais da vida normal.

Devo frisar que a maioria dêstes doentes já tinha ensaiado sem êxito terapêutica vária, havendo mesmo dois (observações n.ºs 33 e 37), que tinham feito durante bastantes meses tratamento eléctrico no serviço de Neurologia do Hospital Escolar, com que a princípio melhoraram, sendo depois estacionário o seu estado.

A-pesar disso, comtudo, ainda algumas melhoras obtiveram.

Os 6 casos cuja análise nos resta fazer constituem na realidade insucessos, pois, se alguns houve que foram tratados tardiamente, com um pelo menos não aconteceu isso, (observação n.º 4). Foi-nos confiado nos primeiros dias de doença e, a-pesar-de tratado com o máximo interêsse durante um período bastante longo, nada obtivemos.

Em minha opinião, da precocidade da nossa intervenção dependem muito os resultados obtidos.

Para corroborar o que afirmo, basta fazer um rápido exame às observações; delas se depreende:

1.º Que dos doentes curados apenas houve um, (observação n.º 9), que começou o seu tratamento 4 meses após o início da doença. Todos os outros o começaram dentro dum praso mais curto, tendo-o a maioria iniciado dentro dos primeiros dias. Os que começaram um pouco mais tarde, foram aqueles em que se estava já operando a regressão expontânea;

2.º Que dos melhorados apenas 4 o iniciaram nos primeiros dias, tendo-o a maioria começado decorridos pelo menos 1 a 2 meses. Além disso, as melhoras foram tanto mais apreciáveis, quanto menor foi o período que decorreu entre o começo da doença e o início do tratamento;

3.º Que daqueles em que se constatou o insucesso da terapêutica aconselhada, apenas um a iniciou logo após ter adoecido, tendo os restantes pelo menos já mais de 2 meses de doença.

Que concluir dos resultados obtidos?

Que está solucionado êste grave problema?

De modo nenhum, pois embora bons os resultados, não me

parecem tanto de entusiasmar, como os que vejo descritos na literatura francesa e italiana; a não ser, que os autores que se têm ocupado do assunto se tenham limitado a publicar casos em que o êxito do método mais sobresáia.

Eu preferi porém tirar as minhas conclusões de tôda uma série de casos bastante diferentes, não só quanto a localização, como também quanto a intensidade de lesões e período de evolução da doença.

Todos os trabalhos que conheço, excepção feita para o de Giuliano Chizzola (*La Radiologia Médica*, Março de 1927), que tira conclusões de 65 doentes tratados pela rádio-diatermo-electroterapia e que só há pouco me chegou às mãos, limitam-se a um número de casos muito mais restrito.

H. Bordier, a quem devemos as suas bases, tem publicado por vários vezes pequenas séries de casos; Bergamini relatou 15 observações; Ghilarducci, num trabalho feito no Instituto Radiológico de Roma, 13; outros raramente ultrapassam êste número.

Não tenho infelizmente estatística pessoal, nem conheço outras donde possa tirar conclusões precisas sôbre a percentagem de curas, melhorias e insucessos pelo antigo método electroterápico; posso contudo afirmar que, mesmo praticando-o cuidadosamente e não dum modo empírico, nos doentes que tratei durante os 6 anos consecutivos que precederam a época em que comecei a empregar o método mixto, nunca colhi resultados tão animadores como com êle.

É com verdadeira satisfação que, ao terminar a leitura do artigo de Chizzola, único, como digo, que tira conclusões dum maior número de casos do que eu, vejo serem em tudo semelhantes às suas as conclusões a que cheguei.

Resumindo, o método por nós seguido permite-nos obter resultados, que até hoje ainda não foram excedidos por qualquer outro e por isso, se bem que não vejamos, com a introdução dêle na terapêutica, arrumado êste problema, entendo que, dispondo de tão fracos meios para curar os portadores desta triste enfermidade, o devemos empregar sistematicamente em todos os casos e o mais precocemente possível.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — H. BORDIER — *Diathermie et diathermothérapie*, 2.^e ed., pág. 451 e segs. Paris, 1925.
- 2 — H. BORDIER — La paralysie infantile est-elle guérissable? — *Monde Médicale*, n.º 136, 1922.
- 3 — H. BORDIER — Ce que donnent la diathermie et la radiothérapie dans la paralysie infantile — *Monde Médicale*, n.º 637, 1923.
- 4 — H. BORDIER — La radiothérapie associée à la diathermie dans la paralysie infantile — *Monde Médicale*, n.º 667, 1925.
- 5 — H. BORDIER — La paralysie et son traitement par la radio-diathermothérapie — *Monde Médicale*, n.º 674, 1925.
- 6 — H. BORDIER — Le traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie seule ou associée à la diathermie. Paris, 1925.
- 7 — H. BORDIER — Radiothérapie et diathermie dans la paralysie infantile — *Archives d'Électricité Médicale*, n.º 510, 1925.
- 8 — DELHERM ET LAQUERRIÈRE — Sur quelques points du traitement de la paralysie infantile. Rapport au Congrès de l'A. F. A. S., Congrès de Grenoble, Juillet — Août, 1925 — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo IX, n.º 7, 1925.
- 9 — DELHERM ET LAQUERRIÈRE — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Janvier, 1914.
- 10 — A. ZIMMERN — Quelques réflexions sur le traitement de la paralysie infantile — *Journal de Radiologie et Electrologie*, tome IX. n.º 12, 1925.
- 11 — PAUL DUHEM — Les différentes méthodes physiothérapeutiques employées dans le traitement de la paralysie spinale de l'enfance — *Bulletin Officiel de la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*, n.º 9, 33.^e année, 1925.
- 12 — MARCO BERGAMINI — Sur la nouvelle thérapeutique de la paralysie infantile — *Monde Médicale*, n.º 696, 1926.
- 13 — MARCO BERGAMINI — *Archives de Médecine des Enfants*, Sept. 1903.
- 14 — L. TURANO — *La Pediatria*, pág. 1081 e segs., 1924.
- 15 — H. BORDIER — Congrès de l'Assoc. Française pour l'Avancement des Sciences, Bordeaux, 1923.
- 16 — H. BORDIER — *Le Scalpel*, de Bruxelles, Sept. et Octobre, 1923.
- 17 — H. BORDIER — *Presse Médicale*, n.º 38, 1924.
- 18 — H. BORDIER — *Presse Médicale*, n.º 48, 1925.
- 19 — H. BORDIER — *Archives d'Elec. Médicale*, 1911, T. II, pág. 461.
- 20 — H. BORDIER — Comptes rendus de l'Académie des Sciences, Février, 1925.
- 21 — L. TURANO — *Archives de Médecine des Enfants*, Sept. 1925.
- 22 — MARCO BERGAMINI — Congrès Régional de Radiologie et d'Orthopédie, Modène, Juin, 1924.
- 23 — J. Y V. GARCIA DONATO — *Manual de Diatermia*, pág. 192, 1922.
- 24 — DELHERM ET LAQUERRIÈRE — *Electrologie*, pág. 184 e segs. 1921.
- 25 — A. ZIMMERN ET P. PERAL — *Electrodiagnostique de Guerre*, 1917.
- 26 — ALBERT WEIL — *Electrothérapie et electrodiagnostic*, pág. 240 e segs., 1916.

- 27 — NOGIER — *Électrothérapie*, pág. 323, 1917.
- 28 — E. CASTEX — *Électricité Médicale*, pág. 362 e segs., pág. 456 e segs. 1916.
- 29 — TOUSEY — *Médical Electricity and Röntgen Rays*, 1915.
- 30 — A. ZIMMERN — *Éléments d'Electrothérapie Clinique*, pág. 145 e segs. 1906.
- 31 — C. BOURGUIGNON — *La Chronaxie chez l'homme*, 1923.
- 32 — A. CODIVILLA — *Scriti Medici*.
- 33 — DRAGON — *Massage des membres*.
- 34 — A. S. WEBER — *Traité de la Massothérapie*.
- 35 — RENÉ MESNARD — *Kinésithérapie orthopédique*, Fasc. VII — *La rééducation motrice* — R. Hirschberg, 1912.
- 36 — A. WIDE — *Manuel de Gymnastique Médicale et Orthopédique Suédoise*, pág. 225 e segs. 1913.
- 37 — J. TINEL — *Pédiatrie*, Tomo II, pág. 671 e segs. 1923.
- 38 — L. OMBRÉDANNE — *Précis Clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile*, 1925.
- 39 — JULIANO CHIZZOLA — *Sul moderno trattamento della poliomielite anterior acuta con radio-diatermo-electroterapia* — *La Radiologia Medica*, Marzo 1927.
- 40 — LAQUERRIÈRE E LEHMANN — *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, N.º Avril 1927.
- 41 — H. BORDIER — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, N.º Avril 1927.

Revista dos Jornais de Medicina

Contribuição casuística para a cura das cavernas por meio do pneumotorax artificial. (*Kasuistischer Beitrag zur Kavernenheilung durch künstlichen Pneumothorax*), por A. BAER — *Wien. Klin. Woch.*, n.º 3, 1927.

As histórias clínicas e os exames radiológicos apresentados pelo A. mostram que por meio do pneumotorax artificial é possível a cura de cavernas num espaço de tempo relativamente curto. Por esta razão o A. aconselha o uso do pneumotorax artificial como processo terapêutico de escolha nos casos de cavernas em que não haja contra indicações. O resultado é tanto melhor quanto mais precocemente se adopta esta terapêutica.

F. FONSECA.

Sobre a influência do quinino no metabolismo diabético (*Ueber den Einfluss des Chinins auf den diabetischen Stoffwechsel*).

O quinino tem a propriedade de baixar o açúcar e os corpos acetônicos do sangue. Actua de modo semelhante à insulina sem que com esta possua qualquer parentesco químico.

F. FONSECA.

A reacção dos líquidos tissulares do organismo nas afecções gástricas (*Die Gewebsflüssigkeitsreaktion des Organismus bei Magenaffektionen*), por I. GAVRILA — *Wien. Klin. Woch.*, n.º 30, 1927.

A reacção actual do meio interno dos doentes com úlcera gástrica foi pesquisada por Bálint. Nas suas pesquisas êsse autor determinou o ph do sangue e a resistência da urina para a alcalinização. Nos 22 casos observados Bálint encontrou em 9 o ph do sangue abaixo do limite inferior ao normal, em 11 entre o limite inferior e a média normal e em 2 acima da média normal.

Administrou aos doentes em jejum 20 c. c. por via intravenosa duma solução a 8 por cento de bicarbonato de sódio e avaliou a reacção da urina antes e duas horas depois da injeção, verificando que enquanto nos indivíduos sãos submetidos a êste exame a urina se torna alcalina, nos ulcerados de estômago permanece ácida, ou mostra uma muito leve tendência para a reacção alcalina. Baseado nas suas observações Bálint conclui que os doentes com úlcera gástrica têm acidose (?) dos líquidos tissulares do organismo e que essa acidose desempenha o papel mais importante na patogênese da úlcera.

Gavrila repetiu as experiências de Bálint e determinou além disso nos

seus doentes a reserva alcalina do plasma visto que esta última pode mostrar melhor a tendência para a acidose ou alcalose.

O A. chegou à conclusão que os doentes com úlcera gástrica têm o ph do sangue normal, reserva alcalina do plasma normal e que a alcalinização da urina decorre de modo idêntico ao dos indivíduos normais. Nos casos de estenosa benigna observa-se uma alcalose manifesta.

F. FONSECA.

A lipase suprarrenal, seu comportamento em relação aos tóxicos e sua importância clínica (*Die Nebennierenlipase, ihr Verhalten gegen die Gifte und ihre Klinische Bedeutung*), por M. TSCHEBOKSAROW e S. MALKIN — *Klin. Woch.*, n.º 31, 1927.

A lipase suprarrenal é resistente à estricnina, quinina, cocaína, tártaro emético, salicilato de sódio, extracto de beladona e toxina diftérica, e sensível ao atoxil e hidrato de cloral. Este comportamento torna-a diferenciável das outras lipases orgânicas. É possível a avaliação de lipase suprarrenal no sangue (dos doentes com lesões das cápsulas) para fins de diagnóstico.

F. FONSECA.

Contribuição para o tratamento das anemias (*Beitrag zur Behandlung der Anämien*) — *Die Ther. der Gegenwart*, n.º 8, 1927.

O A. chega à conclusão de que com os preparados coloidais de ferro, especialmente com o Arsenelektroferrol, se obtém em geral melhores resultados no tratamento das anemias do que com os outros preparados de ferro e arsénio ensaiados pelo autor. Por esta razão não devemos esquecer estes preparados no tratamento das anemias e particularmente no da anemia perniciosa.

F. FONSECA.

A terapêutica lacto-iodada (*Die Jodmilchtherapie*), por K. ELSBACH e O. BESELIN — *Die Ther. der Gegenwart*, n.º 8, 1927.

Os AA., depois de descreverem o modo de preparação do leite iodado e as doses usadas, chegam às seguintes conclusões:

1.º Com a terapêutica lacto-iodada podemos administrar durante meses e sem malefícios grandes doses de iodo.

AGULHAS DE PLATINA E NIQUEL SERINGAS DE CRISTAL

((G A L L I A))

(MARQUE DÉPOSÉE)

ARTIGOS DE QUALIDADE GARANTIDA
E DE ALTA PRECISÃO. FORNECIMENTOS
PARA FARMÁCIAS, MÉDICOS,
POLICLINICAS E HOSPITAIS.

Société A. VINCENT, L.^{da} — R. Ivens, 56 — LISBOA
Telefone Central 1858 — End. Telegr. AVINCENT - LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

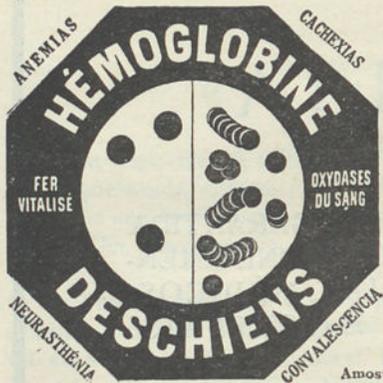
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangué total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{la}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^{ie}, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.



2.^a A terapêutica lacteo-iodada melhora de maneira nítida as afecções tuberculosas, principalmente as da infância.

3.^a A mesma terapêutica dá bons resultados quando aplicada nas bronquites crônicas e ozena.

F. FONSECA.

Novas concepções sobre a patogênese da dor ciática (*New conceptions in the pathogenesis of sciatic pain*), por V. PUTTI—*The Lancet*, n.º 5419, 1927.

O A., depois de tratar da natureza e patologia das nevralgias ciáticas, da anatomia da coluna lombar em relação com a ciática, das alterações das articulações intervertebrais e foramina, das manifestações clínicas da ciática e do tratamento científico da ciática, chega às seguintes conclusões:

A dôr ciática é sintomática de artrite vertebral excepto nos raros casos em que é um sintoma de nevrite de natureza específica.

A ciática é uma nevralgia causada por alterações patológicas dos buracos intervertebrais e especialmente das articulações intervertebrais. Por outras palavras é um sintoma de neurodocite e lombartrite.

Os termos ciática reumatismal e idiopática devem ser substituídos pelos mais precisos de ciática artrítica e vertebral.

Para tratar a ciática é necessário tratar a artrite.

O tratamento da artrite intervertebral baseia-se nos mesmos princípios que o tratamento das outras artrites de origem não específica isto é, hipermia activa é imobilização. Quando estes dois métodos são ineficazes, será necessário recorrer à resecção das articulações doentes.

F. FONSECA.

Resultados clínicos do tratamento da diabetes com a sintalina. (*Poli-klinische Erfahrungen über die Behandlung Zuckerkranker mit Synthalin*), por K. GRASSHEIN e H. PETOW—*Klin. Woch.*, n.º 35, 1927.

Os AA. chegam às seguintes conclusões:

1.º Com a sintalina é possível fazer desaparecer o açúcar da urina em casos de diabetes de média gravidade sujeitos a dieta adequada.

2.º Ha casos de diabetes ligeira refractários à sintalina.

3.º A sintalina nos casos graves não tem influência alguma sobre a glicosuria.

4.º A glicemia só em poucos casos atingiu os limites normais e quando em alguns casos a sintalina fez desaparecer a glicosuria, a glicemia manteve-se apesar disso elevada, noutros casos a glicemia mostra grandes oscila-

ções apesar de o doente conservar a mesma dieta e o mesmo tratamento pela sintalina.

A vantagem de se poder fornecer uma maior alimentação aos doentes com o auxílio da sintalina é acompanhada de sintomas tóxicos (vômitos, diarreia, etc.) que chegam a prejudicar o estado geral do doente. Estes sintomas tóxicos conseguem evitar-se por vezes com o Pankreasdispert.

Em nenhum dos casos tratados houve aumento de pêso.

A sintalina será um importante medicamento na prática clínica quando se conseguir um preparado que não dê sintomas tóxicos.

F. FONSECA.

A acção das injecções intravenosas sobre a forma do estômago. (*Die Wirkung intravenöser Injektionen auf das Magenbild*), por W. UNVERRICHT e E. FREUDE—*Klin. Woch*, n.º 35, 1927.

É possível actuar sobre a forma e movimentos do estômago tanto no sentido positivo como negativo com injecções intravenosas. Estas injecções têm o valor diagnóstico pela reacção do estômago (o estômago hipertónico não mostra qualquer alteração) no que diz respeito à sua posição e forma, por outro lado permitem o conhecimento de doenças (estenose orgânica ou funcional do piloro). Permitem sobre o ponto de vista terapêutico diminuir o tempo de esvaziamento do estômago e fazer desaparecer assim os sintomas devidos a um longo esvaziamento.

F. FONSECA.

As plaquetas sanguíneas e o prognóstico das afecções puerperais sépticas (*Les plaquettes sanguines et le pronostic des affections puerpérales septiques*), por S. TÉOUMINE—*Gynécologie et Obstétrique*, n.º 6. T. XV. 1927.

O A. chega ás seguintes conclusões:

1.ª A quantidade de plaquetas sangüíneas no decurso das afecções sépticas puerperais sofre fluctuações determinadas, regulares

2.ª Estas fluctuações reflectem provávelmente as relações entre as fôrças de defêsa do organismo e a agressividade da infecção. Por êsse motivo podem servir de base para o prognóstico.

3.ª O aumento da quantidade de plaquetas traduz, ao que parece, o domínio das fôrças de defêsa do organismo; a sua diminuição traduz o inverso.

4.ª Nos casos favoráveis a quantidade das plaquetas sangüíneas varia em largos limites (no material estudado de 47.000 a 604.000), mas, para o fim do processo, atinge sempre limites normais ou ultrapassa-os um pouco.

5.ª Nos casos mortais a amplitude das fluctuações da quantidade das plaquetas sangüíneas é também muito extensa (de 39.000 a 371.000), mas no

maior número dos casos (em 9 de 11), as variações das plaquetas não ultrapassam 200.000 e para o fim do processo diminuem ainda.

6.^a Cada aumento de número das plaquetas tem um significado favorável, mas para que permita um prognóstico bom é necessário que a quantidade das plaquetas atinja o normal e aí se mantenha ou o ultrapasse.

7.^a Cada queda das plaquetas abaixo do normal tem significado desfavorável, mas o prognóstico fatal só se pode fazer quando essa queda progride para baixo do normal.

8.^a É preciso considerar como normais as variações do número das plaquetas entre 300.000 e 400.000 por mm.³

9.^a O exame do quadro apresentado pelo A., mostra a ausência de paralelismo entre as plaquetas dum lado e os globulos rubros e brancos doutro.

F. FONSECA.

Malefícios cardiovasculares e urémia no coma diabético (*Cardiovasculäre Schädignugen und urämie beim Coma diabeticum*), por L. DINKIN — *Klin. Woch.*, n.º 28. 1927.

Á morte no coma diabético, ou em alguns casos mesmo depois de afastado este, por insuficiência cardíaca e circulatória associam-se manifestações urémicas. Num pequeno número de casos as alterações cardiovasculares sobrevêm precòcemente de forma que a morte sucede sem o aparecimento de sintomas urémicos e outros característicos do coma diabético. A retenção das substâncias azotadas é provavelmente devida também a uma perturbação do metabolismo intermediário dos albuminoides visto que em certos casos as lesões anatómicas do rim são insignificantes.

F. FONSECA.

A propósito das salpingites unilaterais (*A propos des salpingites unilatérales*), por E. DESMAREST e D. CVITANOVITCK — *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 6. T. XV. 1927.

A salpingite milateral existe, mas é muito mais rara do que o indicam as estatísticas dos autores. A maior parte das vezes apresenta-se sob a forma de salpingite ou de ovarite supurada, consecutiva a uma infecção post-abortum; neste caso a anamnese e sobretudo a leucocitose são elementos importantes para o diagnóstico diferencial com o hematocélio.

Nas salpingites de evolução lenta a bilateralidade constitue a regra; nestes casos as lesões dum lado podem ser mínimas em relação às do lado oposto, mas há sempre lesões bilaterais.

As salpingites tuberculosas são sempre bilaterais.

F. FONSECA.

O *salyrgan* como fármaco do emmagrecimento. (*Salyrgan als Entfettungsmittel*), por W. BEHRENS.—*Die Therapie der Gegenwart*, Setembro de 1927.

É já bem conhecida a acção diurética do *salyrgan*. Ultimamente, Molnar mostrou que êste medicamento pode também ser empregado no tratamento da obesidade.

As relações existentes entre o metabolismo das gorduras, por um lado; e, por outro, o metabolismo do cloreto de sódio e da água, fazem com que um aumento de diureze provoque emmagrecimento.

O A. relata os bons efeitos do *salyrgan* na cura do emagrecimento em 20 casos.

Pode-se começar com injecções intravenosas de $\frac{1}{2}$ c. c. e subir até 2 c. c. dadas com intervalo de uma semana.

E. COELHO.

Angina pectoris (Angina de peito), por KÜLBS. — *Klin. Wochenschrift*, n.º 20, 1927.

O A. insiste sôbre o conceito da angina de peito, com o fim de procurar resolver as dificuldades do diagnóstico diferencial, e de determinar o mecanismo da produção da angina. A dor, acompanhada de sensações de morte e de opressão intensa, é de todos os sintomas clínicos o que mais se destaca. Pode aparecer com um esforço físico, com uma excitação psíquica, ou espontâneamente durante a noite. A dor está também em relação com o estado de enchimento do estômago, e sobrevém amiudadas vezes depois da refeição principal. O acesso pode aparecer igualmente com uma corrente de ar ou com uma sensação de frio.

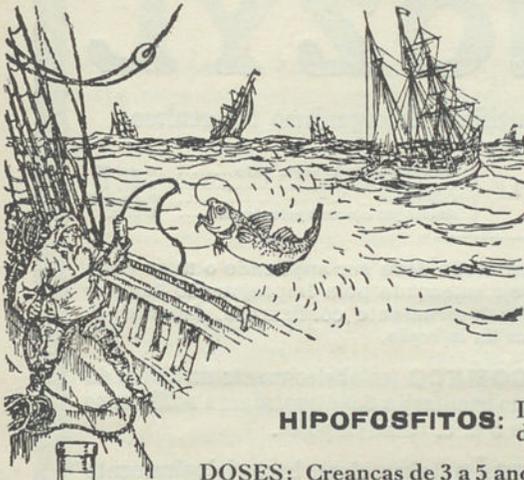
Sabe-se, demais, que esta dor apresenta localização e irradiações típicas, sob o ponto de vista anatómico. Na maioria dos casos encontram-se alterações degenerativas ou luéticas das coronárias ou do ramo ascendente da aorta. O facto, em si, da intervenção da aorta ou das coronárias na patogenia da angina, tem sido um motivo de discussão constante entre os cardiologistas, constituindo, na realidade, um problema de significado secundário para o clínico.

As dores localizadas no esterno, que aparecem durante o esforço e que são devidas exclusivamente a lesões aorticas, não têm nada que ver com a angina de peito; são as chamadas aortalgias. Actualmente, para a mór parte dos casos de angina é preciso admitir-se uma lesão anatómica das coronárias.

O A. supõe que estas lesões anatómicas se podem encontrar já estabelecidas em indivíduos novos.

O conceito de Wenckebach, segundo o qual a angina de peito é uma dor aortica independente das coronárias, não é admitido por Romberg. Por outro lado, uma aurícula intensamente dilatada pode, de um modo puramente mecânico, comprimir um vaso coronário e desencadear um acesso de angina.

A dor anginosa pode irradiar, como é sabido, para a omoplata esquerda



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tíbidabo 3
BARCELONA

Preparada com:

**EXTRACTO DE OLEO DE
FIGADO DE BACALHAU.
EXTRACTO DE MALTA.**

HIPOFOSFITOS: De manganeseo, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina, e de extriquinina.

DOSES: Creanças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de caté por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos de três a quatro colheres grandes ao dia.

TEM UM SABOR AGRADÁVEL. NÃO PRODUZ TRANSTORNOS DIGESTIVOS

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular
OLEO DE FIGADO DE BACALHAU NO VERÃO

Outras especialidades: **TÔNICO SALVE:** Reconstituente do sistema nervoso.
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescroluloso.

Depositários gerais para Portugal: **COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE L.^{DA}**
Rua Primeiro de Dezembro - LISBOA

AGE-VACCIGON

PRATA COLOIDAL COM VACCIGON (Vacina antigonococica)

Recente descoberta científica que permitiu reunir num só específico a *prata coloidal* e a *vacina antigonococica*, na sua nova preparação evitando qualquer ataque violento sobre a albumina bacterial. O melhor e mais enérgico específico para tratamento das *prostatites blenorragicas*, *cistites*, *epidemites*, *doenças uterinas* e das *articulações e blenorragia uretral*.

Preparação do INSTITUTO SEROTHERAPICO DE DRESDE

Depositários gerais: **CORREIA & VICENTE, L.^{DA}**
LISBOA - PORTO

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada:

Cinnamato de benzylo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameacado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl é de 5 c. c. (uma empôla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculosas bacteriologicamente confirmadas) dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

1627

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ia}, Pharmac. de 1^{ra} cl. Fornecedores dos Hospitais, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

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 (Rho dia)

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

ELECTR = Hg (Mercurio)

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

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

N. B. — O ELECTRARGOL é egua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Scio, Pleuresia, Cystites, etc.)

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

Cancro, Tuberculose, Doencas infecciosas.

ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

Tratamento do Cancro.

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

Tratamento do Syndroma anemico.

COLLOTHIOL (Enxofre)

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

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

IOGLYSOL (Complexo iodo-glyogenio)

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

Curas tardada e iodurada

ELECTROMANGANOL (Manganéz)

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

Affecções estaphylococcicas.

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

ou direita, para os braços, para a faringe ou para o queixo. É preciso ter em conta que a dor aparece também exclusivamente localizada no epigastro.

É freqüente a transição da angina para a asma cardíaca, por meio de uma insuficiência progressiva do coração, com fenómenos de estase e edemas. A tensão arterial desce, então, com o desaparecimento dos acessos anginos.

O A. refere um caso dêste tipo. Tratava-se de um grande fumador, no qual os acessos de angina de peito foram suprimidos com uma injeção paravertebral de eucaina; todavia, substituindo o acesso de angor, apareceram noutros territórios vasculares perturbações de tipo espasmódico tão intensos que a influência favorável da eucaina foi anulada pelos sintomas vasculares, que provocaram uma insuficiência cardíaca mortal.

Esta observação, de uma grande importância sob o ponto de vista diagnóstico e terapêutico, mostra que só são susceptíveis de tratamento cirúrgico aqueles anginosos que, não somente o coração mas também o sistema vascular, estão isentos de grandes lesões. Por outro lado, êste caso demonstra que na angina de peito existe, além disso, uma predisposição geral para os espasmos da musculatura lisa, podendo alternar freqüentemente nestes doentes a claudicação intermitente e o angor.

A coincidência da angina e dos fenómenos vasomotores de tipo espasmódico foi descrita por Gurschman. Êste A. insiste na importância que é preciso conceder a estas relações quando se intenta o tratamento cirúrgico da angina do peito.

Na angina de peito aguda, a investigação anatómica demonstra freqüentemente a existência de uma embolia nos vasos coronários; entretanto, um simples espasmo pode produzir uma insuficiência cardíaca aguda que conduza à morte em alguns minutos.

O tipo crônico é, pelo contrário, muito variável, segundo as alterações orgânicas existentes no coração e no sistema vascular, pois que a angina se pode combinar com toda a espécie de lesões valvulares, miocárdicas ou vasculares.

O prognóstico depende destas alterações orgânicas e especialmente do estado do coração. É particularmente grave quando se encontra uma combinação do síndrome com a asma cardíaca, com o pulso alternante ou com a respiração de Cheyne-Stokes. O carácter e a freqüência dos acessos têm também influência no prognóstico.

Relativamente ao diagnóstico diferencial, devemos distinguir, primeiro, a asma cardíaca e a neurose do coração. A primeira tem a dispneia por sintoma fundamental. Na dispragia intermitente intestinal, a dor, de pequena duração, produz-se à volta do umbigo, e existe associada ao meteorismo. É muito freqüente, nestes casos, fazer-se o diagnóstico de aneurisma abdominal da aorta.

As crises tabéticas, as embolias—tão freqüentes em todos os tipos de doenças cardíacas—podem distinguir-se facilmente do angor. Será preciso, finalmente, ter em conta, a nevralgia intercostal, a pleurisia diafragmática, a perfuração da úlcera gastrointestinal e as cólicas biliares ou renais.

O tratamento médico não colheu nenhum elemento novo nos últimos anos. O medicamento heroico continua sendo a trinitina e os nítritos. Os in-

gleses apregoam a utilidade do hidrato de cloral. O A. chama a atenção para os perigos da morfina em injeções sub-cutâneas. Refere cinco casos, nos quais sobreveio em poucos minutos um edemà pulmonar mortal, depois da injeção sub-cutânea de 1-2 centigramas de morfina associada à cafeína.

A diatermia actua sobre a doença de um modo passageiro. Segundo o A. merece ensaiar-se em todos os casos.

Nos anginosos hipertensos, o A. aconselha a sangria.

Em todos os casos de sífilis convém evidentemente ensaiar o tratamento específico, tendo em conta o estado geral do doente.

O A. tentou em sete casos as injeções paravertebrais com uma solução de eucaina a 1 0/0. Não obteve resultados satisfatórios.

Relativamente à intervenção cirúrgica, o A. não tem experiência pessoal

E. COELHO.

O tratamento dos edemas cardiacos. (*Die Behandlung der kardialen Oedems*), por A. SCHOTT. — *Klin. Wochenschrift*, n.º 29, 1927.

O doente é mantido em repouso, em regimen restricto de sal e de líquidos; o melhor regime é o de Karell. O leite será dado em pequenas quantidades e frio. A quantidade total nas 24 horas deve ser de 800 c. c. até 2.500, progressivamente. Juntar-se há a esta dieta um pão.

Os banhos carbogazosos estão contra-indicados nas infecções agudas, embolias, escleroses das coronárias e na insuficiência cardíaca grave.

Em casos de média gravidade, pode dar-se a dedaleira, sob a fórmula de, p. e., pó de folhas de dedaleira titulada, 3 × 0,1 gr. por dia, como dose inicial. Se há perturbações dispépticas, esta será dada em supositório ou em clister.

Em casos agudos, empregar-se há a estrofantina em injeções intravenosas de 1/4-1/3 de mgr., em doses diárias de 1/2 mgr.

A scila actua de modo idêntico ao da dedaleira: 0,3 gr. × 3 por dia (dose máxima intravenosa — 1 c. c.).

Quando a dedaleira não é eficaz, empregamos a diuretina (salicilato de sódio e teobromina) na dose de 1,5-2 gr. por dia, podendo atingir a dose de 3-4 gr. por dia; ou teacilon, 0,5 × 3 por dia, até 4 gramas, ou eufilina, 0,5 a 1 gr. por dia, *per os*, podendo também empregar-se em injeção intramuscular (0,48 gr. em 10 c. c. de água destilada). Também se podem dar injeções de digipurato, strofantina e salyrgan.

A teofilina (teocina) na dose de 0,1 gr. × 2 a 3, *per rectum*, actua enèrgicamente. *Per os* provoca, em regra, perturbações gástricas acentuadas.

A cafeína tem uma acção muito fraca.

Um dos mais enèrgicos diuréticos é o novasurol, na dose de 0,5-1 c. c. de uma solução a 10 0/0 e em injeção intravenosa ou intramuscular, com intervalos de 5 dias. Nas descompensações cardíacas graves é necessário *digitali-*

zar primeiro os doentes. Aquele fármaco está contraindicado quando há febre, na adinamia, na glomerulonefrite aguda e na enterite.

Na degenerescência miocárdica, a tiroidina, na dose de 0,1 a 0,3 gr. \times 3 por dia dá bons resultados.

É conveniente ensaiar a ureia em grandes doses (30 a 50 gr. por dia, ou mais), quando a outra terapêutica não actua.

Dos diuréticos salinos o que o A. aconselha é o sol. de acetato de potássio.

E. COELHO.

Sobre o tratamento da incontinência urinária nas mulheres. (*Zur Therapie der Incontinentia urinae des Weibes*), por L. CASPIER. — *D. Med. Woch.*, n.º 29, 1927.

O A. aconselha a cauterização do esfíncter da bexiga ou aplicações de diatermia por meio de uma sonda intravesical. A melhor técnica consiste em fazer as aplicações sem anestesia geral, empregando apenas a cocaína como anestésico local, ou a anestesia sagrada.

Certamente que esta terapêutica não deve ser aplicada nos casos em que a incontinência é devida a perturbações nervosas centrais ou nos casos que demandam a intervenção cirúrgica — fístulas da bexiga, da uretra, prolapso uterino, etc.

E. COELHO.

Dois casos de neuroramisectomia por crises gástricas do tabes, por JEAN VERBRUGGE E LUDO VAN BOGAERT (Antuerpia) — *Lyon Chirurgical*, t.º XXIV, n.º 1. Jan.-Fev. 1927.

As radicotomias posteriores no tratamento da crise gástrica do tabes estão postas de parte por graves e por não evitarem recidivas. Outras intervenções (Guleke, Sicard, van Gehuchten, etc.) tiveram o mesmo insucesso.

As algias tabéticas têm três tipos:

- 1.º — Dôr de tipo radicular.
- 2.º — Dôr de tipo simpatalgico (dôr parietal).
- 3.º — Dôr do tipo simpatalgico visceral (dôr profunda).

Cada uma delas tem particularidades semiológicas e evolutivas específicas e corresponde a fibras determinadas; as algias radiculares à raiz posterior, as algias simpatalgicas parietais à destruição de fibras simpáticas da raiz posterior e anterior, a dôr gástrica à lesão das vias do simpático visceral.

Uma operação fisiológica deve atingir todos estes elementos em condições de traumatismo operatório mínimo.

É realizável segundo as directrises anatómicas seguintes: a abertura do

espaço paravertebral «sub-transversário», por uma intervenção pouco mutilante, põe a nú as duas raízes fundidas num nervo intercostal e o ramo comunicante na visinhança imediata da sua coalescência com o nervo.

Foi o prof. Leriche quem sugeriu aos AA. a ramisectomia dorsal no tratamento das crises gástricas do tabes.

A técnica que os autores uzaram e de que apresentam observações, foi inspirada na precedentemente descrita por Gaza.

É colocado o doente em posição ventral, horizontal, uma almofada sob a parte inferior do torax. As apofises dorsais são cuidadosamente marcadas. Se esta marcação oferecer qualquer dificuldade pela nutrição do doente, não nos devemos inquietar porque mais tarde, uma vez feita a incisão, poder-se há facilmente reconhecer com o dedo, através da ferida, as características das últimas vértebras dorsais.

A apofise transversa da décima segunda dorsal está consideravelmente modificada nas suas dimensões e na sua constituição anatómica.

Em lugar de formar, na parte externa da vértebra, a longa saliência horizontal que caracteriza as vértebras supra-jacentes, está como atrofiada e, na realidade, está reduzida a uma espécie de tubérculo mais ou menos saliente.

Por outro lado, apresenta na sua parte externa e posterior duas pequenas saliências iguais aos dois tubérculos mamilar e acessório das vértebras lombares. Em quasi todos os individuos a atrofia da apofise transversa é já muito nítida na undécima vértebra dorsal.

O campo operatório está desinfectado. Incisam-se sucessivamente, a três centímetros para fóra das apofises espinhosas, a aponevrose do grande dorsal, as fibras do rebordo inferior do trapézio, o grande dorsal e as fibras superiores do pequeno dentado posterior e inferior. O conjuncto destes músculos está retraído e apercebem-se as apofises transversas nas quais se vêem inserir numerosas fibras do longo dorsal, fibras dos pequenos músculos que constituem o transverso espinhoso e as dos intertransversais.

As apofises transversas são cuidadosamente limpas, primeiro com a tesoura, depois com a rugina. Cortâmo-las então com a pinça-goiva tão perto das lâminas vertebraes quanto possível e destacam-se das suas inserções costais. Este tempo operatório produz uma certa hemorragia, proveniente do corte dos ramos posteriores das intercostais, hemorragia que só importa por dificultar as manobras ulteriores. O melhor é após cada secção duma apofise transversal, tamponar o espaço deixado com um tampão sêco ou embebido em hemostyl, e seguir ás apofises supra e sub-jacentes.

O tempo seguinte consiste em procurar o nervo intercostal. Gaza insiste na dissecação minuciosa do ramo muscular dorsal do nervo intercostal, que servirá de guia para abordar o nervo intercostal propriamente dito e em seguida o ramo comunicante. Em vez desta complicação recomendam os AA. antes umas sessões de prática no cadáver. E é dispensável. Para encontrar o nervo intercostal, secciona-se a aponevrose do músculo intercostal externo e penetra-se assim no espaço situado entre os dois músculos intercostais interno e externo no qual se encontra, misturado com um pouco de gordura e de tecido conjunctivo lasso, o nervo intercostal com os seus vasos. Liberta-se com um estilete e prende-se com um gancho. O tempo que se segue é o de pro-

curar o ramo comunicante que é a razão de ser da intervenção. Para êste efeito, o nervo intercostal deve ser levemente esticado; e dizem «levemente» porque está provado abundantemente com o arrancamento de raízes posteriores preconizados por Franck que uma tracção forte nas raízes medulares pode provocar lesões sérias na medula.

Limpando cuidadosamente com o estilete o nervo intercostal, descobre-se o ou os ramos comunicantes e muitas vezes o gânglio espinal e a extremidade externa das raízes medulares. Aconselham a que não se toque com o estilete senão os tecidos que se vêem; existem um pouco para cá do foramen vertebral algumas venulas e duas artérias, ramos espinhais da artéria intercostas que é aborrecido vêr sangrar, para comodidade da procura dos ramos comunicantes.

Secciona-se em seguida o ramo comunicante e reseca-se o fragmento do nervo intercostal que o compreende.

Pontos separados de cutgut ajustando as massas musculares e sutura da pele segundo as preferências de cada um.

MENEZES.

Cura radical dos quistos sebaceos pelo xilol, pelo Dr. E. W. SULDEY (Bordéus) — *Gaz. Hebd. Sc. Méd. de Bordeaux*, n.º 2. Fev. 1927.

O A. indica no seu trabalho a conveniência de tratar os quistos sebaceos com xilol, pois o emprêgo dêste producto permite obter a desapareição radical dos quistos.

Cloreto de etilo local e asepsia rigorosa.

a) puncionar a bolsa com o escalpelo (incisão de 1 cm. apròximadamente).
 b) com uma seringa, prèviamente cheia de xilol, introduzido o canhão no orificio da punção, injectar desde algumas gotas até 1 ou 2 cm. cúbicos dêsse líquido, segundo o volume do tumor, coaptando bem a seringa e os lábios da incisão, afim de evitar qualquer refluxo do líquido injectado.

c) esperar 2 a 3 minutos.

d) tirar a seringa; espremer cuidadosamente a bolsa para a vasar completamente.

e) injectar novamente algumas gotas de xilol para completar bem a limpeza.

f) penso compressivo, quente e húmido.

A reacção inflamatória bastante forte, posto-que sem ocasionar mais do que uma dor muito suportável (que as applicações quentes acalmam), dura de dois a quatro dias apròximadamente, durante os quais se vigiará o doente, pois é preciso evitar a cicatrização precoce do orificio de punção e favorecer a saída do exsudado sero-sangüinolento misturado com os resíduos da parede osteatogénica que distenderiam a bolsa.

Deve manter-se um tratamento compressivo sêco, durante oito ou doze dias, depois dos quais as paredes do quisto se uniram, a pele retraíu-se e volta a tomar o aspecto normal. Não fica sinal algum.

O A. diz ter tratado muitos casos de quistos cebaceos, alguns dos quais excediam o volume de uma tangerina e datavam de 20 e 30 anos. Nunca viu complicações ou recidivas.

MENEZES.

Sobre um novo tipo de anastomose gastro-duodenal em seguida a gastrectomia, no caso de mesocolon curto (*Sur un nouveau type, etc.*), por R. LERICHE — *Lyon Chirurgical*, tomo XXIV, n.º 1. Jan.-Fev. 1927.

Às vezes sucede que o meso-colon em vez ser formado por uma grande cortina fluctuante está reduzido a uma curta prega peritonal, cheia de vasos, sem um pequeno espaço livre, não vascularizado. O cólon nêsse caso está fixado sólidamente à parede abdominal posterior e não é mobilisável. Se em tais casos há necessidade de fazer uma gastro-enterostomia não se pode atravessar o meso-cólon nem fazer uma anastomose posterior.

Dois casos recentes fizeram o A. tomar a iniciativa de anastomosar a terceira porção do duodeno com a face posterior do estômago. Teóricamente, o meso-cólon deixa por debaixo de si a terceira porção do duodeno.

Praticamente, pôde o A. descobrir com facilidade, por cima do meso-cólon, uma fascia de aderência préduodeno-pancreática, cobrindo a terceira porção na visinhança do ângulo duodeno-jejunal sobre a cavidade posterior. No seu primeiro caso, pôde sem dificuldade pôr a nu a parte da terceira porção do duodeno compreendida entre a artéria mesenterica superior e o ângulo duodeno-jejunal. Anastomosou-a com a face posterior do estômago. Resultado funcional esplêndido.

No segundo caso, a terceira porção do duodeno não era visível na cavidade posterior, o peritoneu mesocolico, espessado, transformado em cordão, contra a parede posterior, nada deixa ver. Por outro lado, a segunda porção do duodeno via-se quási por inteiro e estava perfeitamente livre. Escolheu um ponto que lhe pareceu infra-vateriano e fez aí uma anastomose gastro-duodenal. Resultado anatómico e funcional excelente.

Êstes dois casos mostram que a anastomose do estômago com a segunda ou com a terceira porção do duodeno é absolutamente possível nos casos em que a anastomose gastro-jejunal não pode ser executada.

O A. prova depois que na bibliografia anatómica e na operatória estão citados casos de alterações anatómicas como as encontradas nos seus dois casos.

MENEZES.

Plasmoterapia nas ascites tuberculosas, pelo DR. MARTIN GONZÁLEZ-ALVA-REZ — *La Pediatria Española*. ANO XVI. N.º 176.

O A. tratou três casos de crianças com tuberculose peritoneal com derrame, pelo processo imprópriamente chamado da autoseroterapia e ficou surprehendido com os resultados rápidos e felizes que alcançou.

Não foi só a desapareição da ascite, o que já significaria muito, mas a melhora rápida de todo o quadro clínico (desaparição da febre e da anemia, aumento de pêso, volta do apetite, etc.), pelo que respeita ao estado geral e pelo que respeita aos sintomas locais (desaparição da circulação suplementar, do perímetro ventral e do enfarto hepático e bom funcionamento intestinal), o que equivale a uma cura.

Uma das crianças estava em estado de caquexia, que o A. descreve. Prescreveu-lhe repouso absoluto, óleo canforado, pouco leite, sopa de arroz e uma poção de tanigenio. Quatro dias depois decidiu puncionar o derrame ascítico e extraiu 20 c. c. de líquido amarelado citrino, dos quais injectou subcutâneamente 5 c. c. numa coxa. Seis dias depois, já com melhor estado geral da criança, repetiu a punção e injectou outros 5 c. c. Mais seis dias depois, com um estado satisfatório do doente, fez a terceira punção e a injeção correspondente, e ao fim de igual praso, estando a criança em franca melhora, intentou nova punção sem conseguir líquido; desistiu de continuar a plasmoterapia, deu-lhe uma alimentação mais abundante e variada, e injeções de cacodilato e remineralização.

Três meses mais tarde, a criança tinha alta, curada completamente.

Segundo o próprio A. confessa, durante muito tempo não acreditou no método e hoje conclue que a técnica de então era defeituosa. Operava as crianças no consultório, ali eram puncionadas e injectadas e de ali iam para casa dos pais onde comiam com os caprichos das crianças doentes e amimadas, e onde não mantinham um repouso absoluto.

Para o A. o complemento da plasmoterapia é o repouso absoluto, sem o qual a reabsorção dos derrames é dificultada. Muito mais tratando-se dum processo de origem fímica, em que sabemos que o movimento põe em circulação uma quantidade de toxinas que são bastantes para produzir a piremia, o enfraquecimento e a anemia caquetizante dos tuberculosos.

A plasmoterapia, nome mais próprio para o processo que contra razões fundamentais se tem chamado autoseroterapia, tem alguns anos de existência e foi muito usado e ainda é nos pleuríticos.

Audivert e Mouges aproveitaram-no para o peritoneu, fixando a técnica, que é a acima descrita, intervalando as punções e seqüentes injeções de dez a doze dias, até à desapareição completa do derrame.

O método não tem inconvenientes.

MENEZES.

Estudo do metabolismo hidrocarbonado em um caso de diabetes renal
(*Etude du métabolisme hydrocarboné dans un cas de diabète renal*), por
GOVAERTS, LÉMORT E M.^{LE} VAN DEN EECKHOUDT — *Pres. Med.*, 18 de Junho
de 1927.

Em um caso de diabetes renal cuja história clínica figura no artigo, os AA. estudam os caracteres da glicosúria e da acetonúria, as variações da glicémia, do quociente respiratório e do metabolismo basal após a ingestão de

glicose, os efeitos do trabalho muscular sobre o quociente respiratório e sobre o metabolismo, os efeitos da administração simultânea de glicose e insulina e concluem:

A glicosúria permanece elevada a-pesar-de uma hipoglicémia extrema. A glicosúria é nitidamente influenciada pela alimentação.

Existe uma acetonúria acentuada quando os hidratos de carbone não ultrapassam 150 gr. (com 40 gr. de proteínas e 90 gr. de gorduras), que se agrava pelo jejum e que desaparece quando o regime alimentar é rico em feculentos.

A insulina não produz qualquer elevação no limiar renal da glicose.

A pituitrina não produz modificações no débito da glicose urinária.

A adrenalina produz uma reacção hiperglicémica muito nítida.

Após a injeção de 100 gr. de glicose o quociente respiratório é pouco aumentado não obstante um aumento no metabolismo análogo ao que se produz, nas mesmas condições, no indivíduo normal.

MORAIS DAVID.

Paragem rápida das hemorragias genitais da mulher por meio das injeções de soluto concentrado de citrato de sódio. (*Arrêt rapide des hemorrhagies génitales de la femme par les injections de solution concentrée de citrate de soude*), por TZOVARU e MAVRODIN.—*Pres. Med.*, 10, Agosto, 1927.

A hemorragia é um sintoma da maior frequência em afecções ginecológicas de tipos diversíssimos e que carece a miudo de intervenção médica urgente.

Dos inúmeros medicamentos em uso em tais emergências os AA. consideram como o mais enérgico, de todos, o citrato de sódio em injeção intramuscular ou intra-venosa e em soluto concentrado — soluto a 30 % em doses de 10 a 30 c. c. repetidas 2 a 3 vezes nos casos mais rebeldes.

A formula preconizada pelos autores é:

Citrato de sódio	30 gr.
Cloreto de magnésio	10 »
Água	100 »

Ainda segundo a prática dos autores a acção hemostática do citrato de sódio é bastante marcada em hemorragias de causa variadíssima e este é o mais seguro de todos os medicamentos empregados para tal fim.

A injeção tem de ser feita com muita lentidão de forma a evitar quanto possível os sintomas desagradáveis que provoca.

Se bem que sejam multiplas as versões com que se pretende explicar o mecanismo de acção de citrato de sódio nenhuma delas parece ser suficiente.

MORAIS DAVID.

LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS
a base de Fermentos Lacticos seleccionados. Saes biliares, Agar-agar e Naphthol phtaleina.

Tratamento Biologico
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**
AFFECÇÕES DO FIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratorios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

OPOTERAPIA VEGETAL Os Energétènes BYLA

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



*Tratamento completo das doenças do figado
e dos sindromas derivativos-*

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bills
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 180 gr
de água fervida
quenté.
Crianças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay, (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: **GIMENEZ-SALINAS & C.^a** Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves e C.^{ia}*
(Irmãos) pelos productos Wander.

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves Berne

A. Almeida

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.
ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;
CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.
MALTOSAN, sopa de malte
Keller;
NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^{ia} (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o - LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.^o