



Ano VI

N.º 10

Outubro de 1929

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**COQUELUCHE E TOSSE REBELDE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> 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 a 4 por dia produzem diurese **prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc.** Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

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

# RICINOSAL

**OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE**

Purgante eficaz e muito

\* agradável de tomar \*

Verdadeiro substituto do

\* oleo de ricino vulgar \*

|| INDICADO PARA ||

**CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS**

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — RUA NOVA DA TRINDADE,

LISBOA

Sala B

Est. 7

Tab. 1

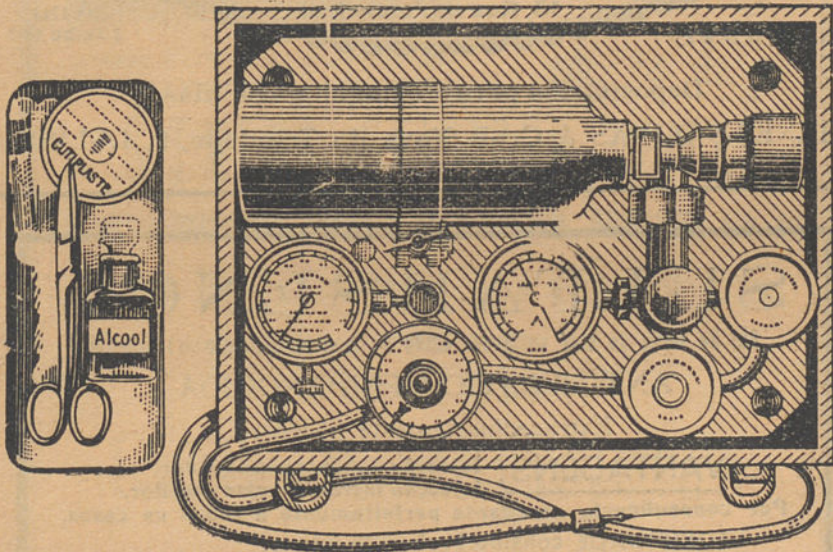
N.<sup>o</sup> 82

# Oxigenador do Dr. Lesieur

D A

## S. T É OXIGETT

É o unico aparelho que permite uma prática perfeita e segura na oxigenoterapia sub-cutânea  
É SIMPLES, ECONOMICO E PORTATIL



Dosea automaticamente, com todo o rigor  
o oxigénio injectado, depois de o purificar

Pedir todos os esclarecimentos e demonstrações aos representantes e depositários

# DAVITA, Limitada

Rua Eugenio dos Santos, 81

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 1933

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>-R. Nova da Trindade, 9, 1.º-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.**

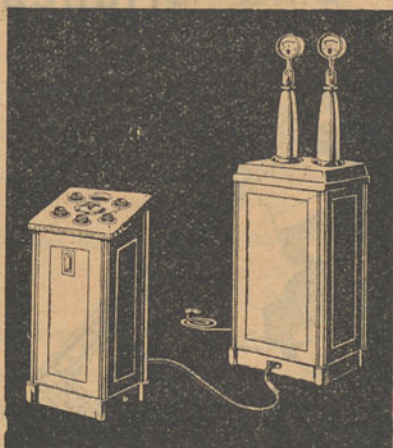
Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

**92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>

45, Rua Santa Justa, 2.º  
LISBOA



Os melhores  
aparelhos de  
**RAIOS X**  
E  
**Electromedicina**

APARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»  
Próprio para pequenos hospitais e consultório

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.<sup>da</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

**Gratidão de uma criança  
para com  
o seu  
médico**



Pelo completo desaparecimento de uma dyspnoea de Croup, ou de uma dôr intensa de angina, que vela pelo

aumento do alivio aproveitando tanto quanto possivel seguindo a Arte de Curar.

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

Aplicada tão quente quanto se possa suportar — imediatamente alivia a parte congestionada aumentando a circulação superficial diminuindo o afrouxamento do espasmo — deixa a respiração livre e conforta o pequenino doente, que não tem palavras para descrever o seu bem estar, mas patentea-o abertamente ao médico no seu sorriso grato e confiante.

Peçam amostras e prospectos á

**The Denver Chemical MFG. Co., New-York**

LABORATORIOS: — Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.**

S, Caes do Sodré, S

LISBOA

**ALIMENTOS****ESPECIALIDADES****A L L E N B U R Y S**

da fábrica ALLEN &amp; HANBURY'S, LTD., fundada em 1716

- N.º 1** — Lacteo, para recém-nascidos  
**N.º 2** — Lacteo, dos 3 aos 6 meses  
**N.º 3** — Maltado, depois dos 6 meses e adultos  
**Diet** — para dispepticos e velhos  
**Biscottos** — maltados, para o desmame  
**Farinha** — para diabéticos, etc.

- Oleo de Fig. de Bac.** — com malte (Eynol)  
**Parafina** — contra prisão de ventre  
**Extracto de Malte** — puro (Torch)  
**Pastilhas** — mentol, eucalipto, etc.  
**Biberons** — o melhor modelo  
**Sabonetes** — «Baby Soap», para peles finas

**Carne líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de ricino, etc.****APRECIADOS PELOS MÉDICOS  
PREFERIDOS PELA ÉLITE****Folhetos, tabélas e impressos aos Ex.<sup>mos</sup> clínicos****TERMÓMETROS****HICKS****GARANTIDOS****CLÍNICOS**

N.º 1, 2, 3 e 17

marca



registada

**GENUÍNOS**

prismáticos, UM ou MEIO MINUTO

**USADOS**pelo HOSPITAL DA MARINHA  
pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.**A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo**

**INSULINA 'A.B.'**  
 MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra á classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a de mais seguros e satisfatorios resultados.

**CARACTERÍSTICAS:**

Uniformidade das unidades. — Potencia e Inalterabilidade em qualquer clima. — Pureza e esterilidade completas. — Ausencia de proteínas que produzam reacção e portanto, dos seus desagradaveis efeitos

A acção da INSULINA . B. avalia-se por meio das mais completas provas fisiológicas e baseia-se na unidade convencionada e no produto-padrão

Cada lote antes de sair da fábrica é vistoriado pelo Conselho Britânico de Pesquisas médicas

**APROVADA:**

pelo III.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS

A de maior venda no país e A ÚNICA adquirida pela MISERICORDIA DE LISBOA

**Fornece-se em duas forças:**

20 UNIDADES POR C. C.  
 5 c. c. (frascinhos de 100 un. ou 10 doses)  
 25 c. c. (frascinhos de 500 un. ou 50 doses)  
 40 UNIDADES POR C. C.  
 5 c. c. (frascinhos de 200 un. ou 20 doses)  
 A disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

**FABRICANTES UNIDOS:****ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.**

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1386. Teleg. DELTA

# Hãmafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

*Deposítários:*

**Henrique Linker, .da — LISBOA**

Rua de D. Pedro V, 32-36

## HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

### RICO EM VITAMINAS

simple e composto com arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

**Resultados excelentes!**  
**Sabor agradável**

## SPETON

PASTILHAS  
ANTISEPTICAS  
E  
PROFILATICAS

O protector  
ideal para  
as mulheres

Conhecidas  
desde ha mais  
de 25 anos

Poderoso desinfectante  
vaginal



## GONOCIN

(Gonocidin)

Antiblenorrágico interno poderoso

Excelente desinfectante das  
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diuretico e anaphrodisiaco

Efeitos seguros em casos  
recentes e cronicos de  
gonorrea e cistite

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

Deposítarios exclusivos: Henrique Linker, L.<sup>a</sup>-Lisboa, R. D. Pedro V, 32-36



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Eduardo Coelho, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*,—Hospital Escolar de Santa Marta, 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<sup>o</sup>, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.



Sistema Philips  
Protecção Completa  
Máxima nitidez  
Facilima Centração  
Máximo Rendimento

**Sociedade Comercial Mattos Tavares, L.<sup>da</sup>**  
Rua dos Fanqueiros, 218, 3.º Dt.º - LISBOA

**DOUTOR**

Quando se trata de receitar a Valeriana tem por ventura receito de dar ao seu doente um medicamento de efeito desagradavel?

Nesse caso receite o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma acção tao eficaz quanto agradavel e homal-o.

Amostras á disposiçào dos Ex.<sup>mos</sup> Srs. Médicos.

Representante

**Larangeiras & Agostinho, L.<sup>da</sup>**

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.<sup>o</sup> LISBOA

## 2 novidades em vacinoterápia

Dupla superioridade

Acção directa sobre o micróbio  
Ausência de reacção febril . . .

# colitique

vacina curativa anti-colibacilar  
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa  
sob a forma bucal,  
a vacinação  
anti-colibacilar (1)



(1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais.

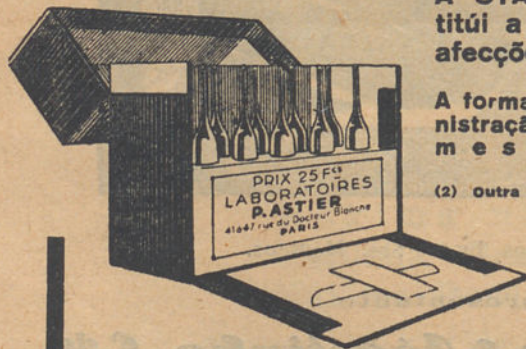
# stalysine

vacina curativa anti-estafilococica  
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constitúi a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais facil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



## Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras  
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue do Docteur Blanche — PARIS  
ou nos representantes para Portugal e Colónias  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9 — Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>O tratamento da pelada pela foto-sensibilização</i> , por Francisco Formigal Luzes .....	pág.	593
<i>A propósito de dois casos de anemia perniciosa</i> , por Mário Rosa ..	»	603
<i>Sobre um caso de doença de Basedow</i> , por Alberto de Carvalho ...	»	609

### Notas clínicas

<i>Tabagem duodenal</i> , por Manuel Joaquim Costa .....	»	614
--	---	-----

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	624
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	CXLIII

## O TRATAMENTO DA PELADA PELA FOTO-SENSIBILIZAÇÃO

POR

### ERRATAS DO N.º 9

Página 555, linha 9, em vez de *abdução* deve ler-se *adução*.

Página 558, linha 36, em vez de *e é certo* deve ler-se *se é certo*.

Página 558, linha 38, em vez de *impõem imediatamente* deve ler-se *impedem imediatamente*.

Página 559, linha 13, em vez de *êste não permita* deve ler-se *êste nos permita*.

Jersield utilizou a insenterapia no tratamento da pelada, tendo publicado em 1899 o resultado das primeiras curas obtidas em 7 casos de doentes portadores desta afecção. Mais tarde Forchammer e Sabouraud confirmaram a utilidade dêste processo terapêutico, que apresentava porém o grande inconveniente de carecer de sessões muito prolongadas, que eram não só incômodas como dispendiosas.

A descoberta da lâmpada de Kromayer, permitindo reduzir consideravelmente a duração das exposições, tornou mais prático êste método terapêutico, que adquiriu um notável desenvolvimento, graças aos trabalhos de Nagelchmidt, que apresentou 104 casos seguidos de cura. Outros após êle apresentaram

## 2 novidades em vacinoterápia

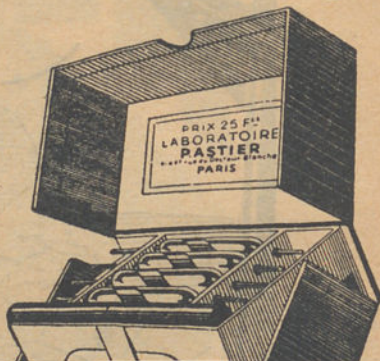
Dupla superioridade

Acção directa sobre o micróbio  
Ausência de reacção febril . . .

# colitique

vacina curativa anti-colibacillar  
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa  
sob a forma bucal,



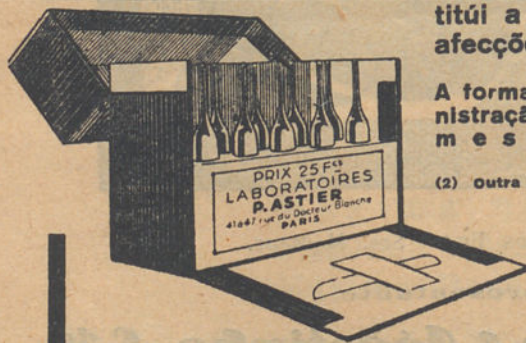
tituí a melhor terapeutica das  
afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais facil admi-  
nistração) pode usar-se com o  
mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre  
focos abertos.

### Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são  
ensaiadas com successo em  
muitos serviços dos Hospi-  
tais de Paris.



Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue do Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>O tratamento da pelada pela foto-sensibilização</i> , por Francisco Formigal Luzes.....	pág.	593
<i>A propósito de dois casos de anemia perniciosa</i> , por Mário Rosa..	»	603
<i>Sóbre um caso de doença de Basedow</i> , por Alberto de Carvalho...	»	609

### Notas clínicas

<i>Tubagem duodenal</i> , por Manuel Joaquim Costa.....	»	614
---	---	-----

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	624
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	CXLIII

## O TRATAMENTO DA PELADA PELA FOTO-SENSIBILIZAÇÃO

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Chefe do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar

Até a utilização dos «ultra-violeta» como agente terapêutico contra a pelada (*alopecia areata, area celsi*), o tratamento desta afecção representava para o clínico, a maioria das vezes, um insucesso. O seu emprêgo veio porém modificar profundamente a solução dêste problema e numerosos são os autores que consideram a pelada como uma das suas principais indicações.

Conhece-se desde há muito a acção excitante dos U. V. sôbre o crescimento dos cabelos, dos pelos e das unhas, facto observado pela primeira vez por Finsen em volta das zonas lúpicas, por êle tratadas com a lâmpada de arco. Baseado neste facto, Jersield utilizou a finsenterapia no tratamento da pelada, tendo publicado em 1899 o resultado das primeiras curas obtidas em 7 casos de doentes portadores desta afecção. Mais tarde Forchammer e Sabouraud confirmaram a utilidade dêste processo terapêutico, que apresentava porém o grande inconveniente de carecer de sessões muito prolongadas, que eram não só incômodas como dispendiosas.

A descoberta da lâmpada de Kromayer, permitindo reduzir consideravelmente a duração das exposições, tornou mais prático êste método terapêutico, que adquiriu um notável desenvolvimento, graças aos trabalhos de Nagelchmidt, que apresentou 104 casos seguidos de cura. Outros após êle apresentaram



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

estatísticas absolutamente favoráveis ao uso dêste processo, sendo uma das mais recentes a de Meyer baseada em 300 casos.

A par destas e de outras não menos brilhantes estatísticas apareceram casos de insucesso, que a meu ver são na sua maioria explicáveis por uma má técnica.

É hoje um facto assente por todos os actinologistas, que é indispensável, para se colherem bons resultados, o emprêgo de doses capazes de provocarem um intenso eritema, «epidermite actínica», que para muitos deverá ir mesmo até a vesiculação ou flictenização. Se porém a provocação dêste eritema é, na maioria dos casos, fácil de obter, outros há em que, mesmo recorrendo ao emprêgo da lâmpada de Kromayer com compressores de quartzo, ou ao aparelho de Finsen-Reyn, só o conseguimos com sessões prolongadíssimas, uma hora e mais. É o caso de todos os indivíduos actino resistentes, dos portadores de pelada acromatosa de Bazin, em que os tegumentos hipotónicos são brancos e lisos como o marfim, e das plâcas marginais, de todas as mais resistentes às várias modalidades terapêuticas.

Com o fim de tornar também eficaz a acção dos U. V. nos casos acima mencionados, Hubert Jausion em 1926, tendo em vista os trabalhos de Bizard e Marceron sôbre a actinoterapia pura no tratamento da alopecia areata; os de Marceron, Guillaume, Risler, Dufestel e Hickel sôbre a biofisiologia da sensibilização, e finalmente ainda o facto por êle observado do aparecimento de pigmentações e hipertricoses nos blenorragicos tratados pela «Gonacrine», empreendeu com Pasteur e Azam o tratamento dêstes doentes pela «Lumino-sensibilização».

Segundo Jausion a lumino-sensibilização é um fenómeno que, espontâneo ou provocado, expõe a acidentes de actinite um individuo medianamente receptivo, quando submetido a uma origem luminosa normalmente inofensiva. Isto é, a aparição ou introdução no organismo duma substância ordinariamente fluorescente, e em geral dotada de propriedades ópticas especiais, determina lesões de actinite condicionadas por uma maior transformação ou utilização das radiações luminosas correspondentes ao espectro de absorpção do corpo foto-sensibilizador. Êste fenómeno para Jausion, embora as autorizadas opiniões de Dufestel e Hickel, a que presta a justa homenagem, é proporcional ao grau de imbibição do corpo mucoso de Malpighi pela substância



sensibilizadora, tendo uma acção frenadora sôbre êle a coloração da camada córnea e sendo impedido de se realizar pela presença de certas substâncias (antifotocatalizadores), na sua grande maioria fenóis redutores.

Para Jausion, que é indubitavelmente quem mais a fundo tem estudado o assunto, são as radiações de menor comprimento de onda as mais eficazes, restringindo ao contrário os infra-vermelhos os fenómenos de actinite.

Daqui se depreende já a grande vantagem de utilizarmos uma origem fria de ultra-violeta para conseguirmos um óptimo de resultados.

Com o fim de mostrar a eficácia da lumino-sensibilização no tratamento dos casos de alopecia areata mais rebeldes, destaquei do meu arquivo apenas a observação n.º 963 — série B, por me parecer ser de todas a mais demonstrativa, deixando de lado todos os restantes casos, que constituem uma série, bastante vulgar e sem interêsse, de actinoterapia pura ou associada a outros métodos terapêuticos, de que me ocuparei mais adiante.

Trata-se duma pequena de 10 anos, M. E. N., que dá entrada no meu Serviço, por indicação do meu colega Dr. Sá Penela, a 23-IV-927, com placas de alopecia areata dispersas por todo o coiro cabeludo e cuja localização se pode observar nas fig. I e II.

Esta doente tinha feito durante bastante tempo aplicações locais de tintura de iodo sem êxito.

Como as placas fôsem extensas e numerosas, empreguei como origem actínica uma lâmpada de Bach, tendo chegado a fazer sessões de 40' à distância de 0<sup>m</sup>,20:

Apesar destas elevadas doses, não consegui nunca provocar eritema que pudesse ser considerado eficaz.

Resolvi então fazer uso da lâmpada de Kromayer, conseguindo dêste modo produzir um eritema mais intenso, mas sem contudo atingir a flictenização. A doente tratou-se com esta técnica até princípios de Agosto, não conseguindo obter mais do que uma penugem alourada, que não crescia nem se via engrossar. Foi rapada por mais de uma vez, e procedeu se a novas irradiações sem melhores resultados.

De acôrdo com o meu colega Dr. Sá Penela, e por sua sugestão, resolvi então proceder à sensibilização da doente por meio de injeções de gonacrine (clorometilato de diamino-acridina),

que administrei por via endovenosa em dias alternados, meia hora antes da irradiação, na dose de 3 c. c. de soluto aquoso a 2 0/0.

No fim duma série de 12 injeções, que não provocaram o mais pequeno acidente ou perturbação, a doente apresentava a cabeça completamente coberta de cabelo de côr e aspecto normais, que pouco a pouco foi crescendo cobrindo por completo as placas, como se vê nas fig. III e IV.

Em Março de 1928 a doente volta de novo ao meu Serviço com pequenas placas de alopecia. Recomeça o tratamento pela lumino-sensibilização.

Faz apenas três sessões, não tendo voltado a ter notícias suas.

A escolha dêste caso, que põe bem em evidência e eficácia do método, foi-me sugerida por se tratar duma doente com extensas lesões, actino-resistente, pois tinha sem êxito ensaiado as grandes doses de U. V., e com lesões marginais que são, como disse, consideradas as mais rebeldes.

#### ESCOLHA DA SUBSTANCIA SENSIBILIZADORA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO

Vejamos primeiramente qual a substância sensibilizadora que devemos empregar.

A eosina foi, ao que parece, a primeira a ser utilizada com êste fim por Gyorgy e Gottlieb no tratamento do raquitismo, o que lhes foi sugerido pelos accidentes de foto-sensibilização observados em 26 epiléticos a quem Prime administrava, com fim curativo, a eosina em doses progressivamente crescentes, chegando a atingir 3<sup>o</sup>,50 diários. Esta substância era administrada *per os*, sendo porém excessivamente irritante para o aparelho gastro-intestinal. Por êsse motivo passou a recorrer-se à via endovenosa, que a breve trecho teve também de ser abandonada, por se observarem fortes fenómenos de *shock*, que se traduziam por náuseas e cefaleia intensas.

Apareceram então os trabalhos de Jausion e outros a que já fiz referência, tendo dêles resultado a introdução em actinologia da gonacrine como sensibilizador.

Esta substância que se encontra no comércio em ampolas de 5 c. c. (soluto a 2 0/0), é administrada na dose de 1,5 c. c., dia sim dia não, por via endovenosa.

«O alto grau de pureza quanto às bacterias e a completa isenção de organismos infecciosos no leite seco, são um factor de grande importância para estender o seu raio de utilidade prática na alimentação infantil».

(G. C. Supplee, Ph. D.  
E. M. Bixby, M. S.  
Bainbridge, N. Y. E. U.)



Tambem se recomenda muito em particular para a alimentação das crianças prematuras e para aquelas cujo estômago não tolere outros alimentos. Esta é a prova mais rigorosa a que se pode sujeitar um alimento da qualidade do DRYCO.

---

**The Dry Milk Company**

15, PARK ROW - NEW YORK

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

Depositários para Portugal e Colónias

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

R. Nova da Trindade 9.-1.º - LISBOA

*Schering*

# ATOPHAN

Remedio soberano contra o REUMATISMO  
e GOTA poderoso eliminador do ácido úrico

## Indicações:

Afecções reumáticas e gotas—Reumatismo articular  
agudo e crónico—Lumbago, ciática e nevralgias —  
Diatese úrica e gôta em todos os estados

O Atophan, fabricado sob a direcção do seu  
inventor, carece de todas as desvantagens  
do tratamento pelo ácido salicilico. Com o  
seu emprego evitam-se com grande segu-  
rança as complicações cardíacas. Os efeitos  
analgésidos e antiphlogísticos que acompa-  
nham a acção causal do Atophan proporcio-  
nam quasi immediato alívio aos enfermos.

Embalagem original: tubos com 20 comprimidos de  $\frac{1}{2}$  gr.  
Para a applicação parenteral do Atophan:

## **ATOPHANYL**

indicado especialmente nos casos reb ldes.

Para injeções intravenosas: Caixas com 5 ampolas de 10 c. c.

Para injeções intramusculares: Caixas com 5 ampolas de 5 c. c.



SCHERING KAHLBAUM A. G.  
BERLIM

Pedir amostras e literatura ao representante:

*Schering, Limitada* — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7.

Da sua administração não resulta o mais ligeiro inconveniente para o organismo; citando Jausion o caso duma doente a quem fez mais de 200 injeções, sem que tenha sentido a mais pequena perturbação.

A confirmar o que acabo de dizer vem o facto de nenhum acidente ter sido observado no Dispensário de Dermo-Venerologia do Val de Grace, onde nos últimos três anos foram praticadas cerca de 55:000 injeções de gonacrine.

Os doentes a quem se injecta esta substância apenas sentem um ligeiro estado nauseoso, que não chega mesmo a produzir-se se a injeção fôr dada lentamente.

Jausion, após estudos cuidadosamente feitos, concluiu a supremacia dum novo foto-sensibilizador, que tem empregado ultimamente com grande êxito na dose de 3 c. c., por via endovenosa, dia sim dia não. A sua fórmula é a que se segue:

Gonacrine . . . . .	10 <sup>gr</sup>
Azul de metilene . . . . .	1 <sup>gr</sup>
Água destilada q. b. p. <sup>a</sup> . . . . .	500 <sup>cc</sup>

à qual associa às vezes a piridina.

Devido à sua extrema causticidade, estas substâncias devem ser de preferência administradas por via endovenosa, tendo porém o máximo cuidado em evitar o mais pequeno extravasamento no tecido celular sub-cutâneo. A via gástrica é em absoluto para rejeitar, não só pela razão exposta, como também por a mistura com o suco gástrico transformar uma parte da substância ingerida, diminuindo assim consideravelmente a sua actividade.

Há quem tenha pretendido recorrer ao emprêgo de pomadas em que estejam incorporadas estas substâncias sensibilizadoras; mas nada se consegue dèste modo, o que não nos deve causar surpresa tendo em vista o facto bem demonstrado por Guillaume: que é condição indispensável, para a realização dos fenómenos de foto-sensibilização, a impregnação do corpo de Malpighi pela substância sensibilizadora.

Embora porém a via endovenosa seja a única que convém utilizar, em certos casos de doentes muito pusilânimes somos forçados a recorrer a outros processos de administração, que não são contudo isentos dos inconvenientes já apontados,

É assim que podemos empregar qualquer das duas fórmulas que se seguem :

Gonacrine.....	5 <sup>gr</sup>
Azul de metilene .....	2 <sup>gr</sup> ,50
Eosina .....	10 <sup>gr</sup>
Pó de beladona.....	2 <sup>gr</sup> ,50

para 50 hóstias — 1 a 2 por dia de manhã.

Extracto de beladona .....	0 <sup>gr</sup> ,01
Gonacrine .....	0 <sup>gr</sup> ,10
Azul de metilene .....	0 <sup>gr</sup> ,05
Eosina.....	0 <sup>gr</sup> ,20

Manteiga de cacau q. b. para um supositório um de manhã e por dia.

Outras substâncias podem ser associadas à gonacrine como auxiliares da sua acção foto-dinâmica. Estão neste caso a adrenalina, a pilocarpina e a tiroxina.

Além dos foto-sensibilizadores já apontados, citarei ainda entre muitos outros: o azul de Nilo, o violeta de genciana, o rosa de Bengala (diclorotetraiodo-fluorescena), o petróleo, a quinina, o vermelho de Magdala, a uranina, etc., etc., tudo substâncias sobre as quais não se possui ainda experiência terapêutica.

O Prof. Pausset sugeriu a Jausion o emprêgo, como sensibilizador, dum derivado da clorofila, que êle pensa ensaiar dentro em breve.

Contudo, de todas estas substâncias, praticamente, no momento actual é a gonacrine aquela que deve merecer a nossa preferência, já pela sua inocuidade, já pela facilidade de a obtermos no comércio, preparada e doseada segundo as necessidades habituais.

Uma vez assente como via óptima a endovenosa, e escolhida a substância fotocalizadora, vejamos qual o momento mais indicado para procedermos à sua introdução no organismo.

Duma maneira geral, as injeções foto-sensibilizadoras devem ser feitas 15 a 30 minutos antes da irradiação, por êste período corresponder, aproximadamente, ao máximo de fixação, pelo corpo mucoso de Malpighi,



Empregando as hóstias ou os supositórios, a irradiação deverá apenas ser feita uma hora depois da sua administração.

A sensibilização cresce após as primeiras injeções, para se tornar estacionária logo que a maior concentração de impregnação do corpo de Malpighi foi atingida. Daí por diante as novas doses administradas vão apenas compensar a eliminação da substância sensibilizadora.

### TÉCNICA DE IRRADIAÇÃO

Uma vez escolhida a substância sensibilizadora e dito qual o modo de a administrar, vejamos como proceder à irradiação.

Começaremos por escolher a origem actínica.

Conforme já atrás frisámos, são as radiações de curto comprimento de onda as que mais convêm para o caso em questão. Devemos, por conseguinte, preferir a qualquer outra a lâmpada de vapor de mercúrio, que nos fornece um espectro mais extenso para o lado da zona correspondente a estas radiações (U. V. entre 2.600 e 1.200 Å.).

Como, porém, temos vantagem em utilizar uma origem fria, isto é, uma origem que nos forneça apenas radiações actínicas e cujo espectro seja, em absoluto, isento de radiações térmicas, devemos empregar, de preferência a qualquer outra, a lâmpada de Kromayer, em que uma corrente de água circulante elimina todas as radiações caloríficas, ou a de Dufestel e Duflôt em que o arrefecimento é feito por uma corrente de ar.

Tanto uma como outra podem ser empregadas ao contacto com a região a tratar.

Quando, porém, não disponhamos de qualquer destas lâmpadas, poderemos empregar uma lâmpada vulgar de vapor de mercúrio, fazendo uso do diafragma para localizarmos o feixe de radiação.

Antes de procedermos à irradiação devemos fazer o desengorduramento da região, para o que podemos utilizar o éter sulfúrico. Peyri aconselha a pintar com uma solução iodada a 10 % as placas de alopecia, atribuindo ao iodo nascente sob a acção dos U. V. um forte poder bactericida.

As doses não podem ser fixadas por números exactos, porque variam de indivíduo para indivíduo, e para o mesmo indivíduo

com a lâmpada empregada e sua idade; pois é um facto do conhecimento de todos que as lâmpadas de vapor de mercúrio, à medida que o número de horas de trabalho aumenta, sofrem uma diminuição do seu poder actínico, devido à formação de óxidos vários que tornam o quartzo menos transparente.

¿ Como proceder, pois, para determinar o tempo de exposição necessário, para provocar aquilo que Saidman designou por S. E. (3) (*seuil d'érythème vesiculeux*) e que é considerado indispensável para se obterem bons resultados no tratamento da pelada?

Utilizando o seu «*Test sensitométrico automático*», que consiste num quadrante metálico circular, no qual estão abertos 18 orifícios, de forma diversa e que indica para cada um deles o tempo de exposição correspondente. Estes orifícios são automaticamente tapados por um outro sector, que é pôsto em movimento por um sistema de relojoaria. Uma vez aplicado o aparelho sôbre o ventre ou sôbre o dorso do doente, expõe-se êste à acção da origem actínica que pretendemos empregar. Algumas horas depois aparecerão, na pele, marcas vermelhas da forma de algarismos, indicando o respectivo tempo de exposição.

Verificamos qual foi a dose necessária e suficiente para produzir o S. E. (3) e será esta a que devemos empregar para tratar o nosso doente. Dêste modo evitamos o emprego duma dose insuficiente, a que se poderia seguir uma pigmentação que se oporia à formação do eritema vesiculoso mesmo com doses elevadas.

Como adjuvante da actinoterapia no tratamento da alopecia areata emprega Thedering os raios X em dose excitante ( $1/2$  a 1 H.) contentando se com doses de U. V. capazes de produzirem apenas um eritema moderado.

Saidman associa, sempre, à actinoterapia a faiscação de alta frequência.

Sempre que não há contra-indicação submeto os meus doentes, além da irradiação local, a irradiações gerais com lâmpada de vapor de mercúrio, técnica que me tem dado os melhores resultados.

Um caso da minha estatística é bem demonstrativo dêste facto.

Tratava-se duma doente com numerosas manchas de alopecia, que cediam com relativa facilidade à actinoterapia local pura, mas que, em breve, eram substituídas por outras de localização



vária. Êste estado manteve-se durante meses, e a doente só obteve cura completa e durável após ter praticado, simultâneamente, irradiações gerais. A cura fez-se acompanhar duma melhora considerável do estado geral da doente, que aumentou consideravelmente de pêso.

Devo frisar que se tratava duma rapariga que nessa altura tinha sido pela primeira vez menstruada, e que apresentava acentuadas perturbações endocrínicas.

Uma vez cobertas de cabelo, de aspecto normal, as placas de alopecia, deverá prosseguir-se ainda por mais algum tempo o tratamento pela foto-sensibilização, de modo a consolidar os resultados obtidos e a evitar as recaídas.

Geralmente, após as primeiras irradiações, aparece um cabelo alourado, fino e sêco, que deverá ser rapado à navalha antes de se proceder a nova irradiação.

O cabelo com êste aspecto não é susceptível dum desenvolvimento normal.

É a alopecia areata, de todas as modalidades de alopecia, aquela que mais lucra com os R. U. V.

Bons resultados se têm, também, colhido nas alopecias difusas.

Das seborreicas são, sobretudo, favoravelmente influenciadas as que se apresentam com manifestações intensas de eczema seborreico. As que se fazem acompanhar de pouca caspa são as que mais resistem à actinoterapia. As consecutivas a aplicações de R. X. melhoram quando a radiodermite é recente; as cicatríciais reagem mediocremente.

A sensibilização em actinoterapia tem tido, até agora, um campo de acção muito limitado e a sua generalização será, a meu ver, um facto, quando se descubra um produto que, sendo de fácil administração, não acarrete prejuízos para o organismo.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — DR. FRANZ NAGELSCHEIDT. — La Héliothérapie de la Alopecia (tradução do original alemão). 1923.
- 2 — DR.<sup>A</sup> SOFIA QUINTINO. — A Finsenterapia na alopecia areata (comunicação à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa). 1924.
- 3 — DRs. L. BIZARD e L. MARCERON. — La lumière en thérapeutique. Pág. 191. 1926.

- 4 — DRS. J. AMIARD e H. DAUSSET. — L'ultra-violet, la lumière, etc. Pág. 80. 1926.
- 5 — DRS. ELEONOR e W. KERR RUSSEL. — Ultra-Violet Radiation and Actinotherapy. Pág. 296 e seguintes. 1927.
- 6 — DR. A. C. GUILLAUME. — Les radiations lumineuses en physiologie. Pág. 307 e seguintes. 1927.
- 7 — DR. A. C. GUILLAUME. — La physique et la physiologie générales des phénomènes de photo-sensibilisation et leurs rapports avec la pathologie générale. — Revue d'Actinologie, pág. 5. Janeiro, Março. 1927.
- 8 — DRS. H. JAUSION, A. PECKER e R. J. VENDEL. — Sensibilisation et désensibilisation thérapeutique à la lumière. — Revue d'Actinologie, pág. 349. Outubro, Dezembro. 1927.
- 9 — DRS. MARCERON e J. IMBERT. — Un cas d'érythème morbiliforme observé au cours d'un traitement pour injections intraveineuses de jaune d'acridine. — Bulletin de la Société de Dermatologie et de Siphiligraphie, n.º 3. Novembro. 1927.
- 10 — DR. J. SAIDMAN. — Les rayons Ultra-violet en thérapeutique (2.ª edição), pág. 670. 1928.
- 11 — DR. L. G. DUFESTEL. — Ultra-violet et chaleur radiant. Pág. 163. 1928.
- 12 — DRS. E. e H. BIANCANI. — Les rayons ultra-violet. Pág. 301. 1928.
- 13 — DRS. JAUSION, PASTEUR e AZAM. — Guérison rapide d'une pelade décalvante. — Société de Dermatologie. 18 de Novembro de 1928.
- 14 — DR. A. DOGNON. — Étude sur la photo-sensibilisation biologique. — Société de Biologie. 7 de Janeiro de 1928.
- 15 — DRS. RUNE e BUREAU. — Erythème acridinique. — Société Française de Dermatologie et de Siphiligraphie. 12 de Janeiro de 1928.
- 16 — PROF. H. JAUSION. — Les applications thérapeutiques de la photo-sensibilisation et photo-anaphylaxie (comunicação à I Conferência Internacional da Luz). — Laussane Leylin. Setembro de 1928.
- 18 — DRS. J. SAIDMAN e J. MEYER. — La sensitométrie de la peau en dermatologie. — Annales de l'Institut d'Actinologie, pág. 144. Janeiro, 1924.

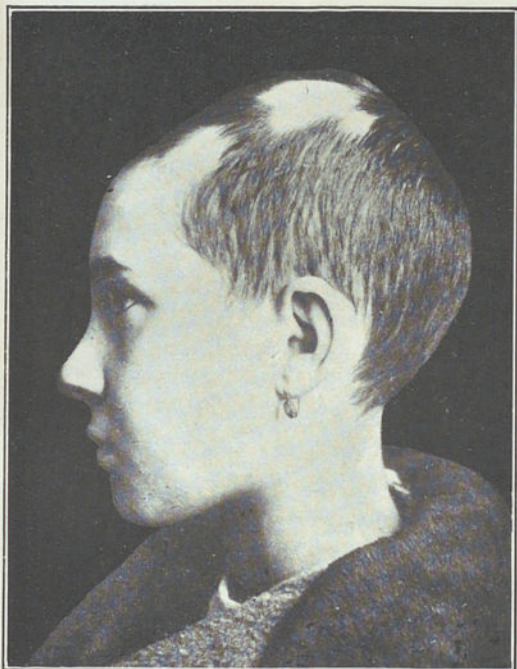


Fig. I

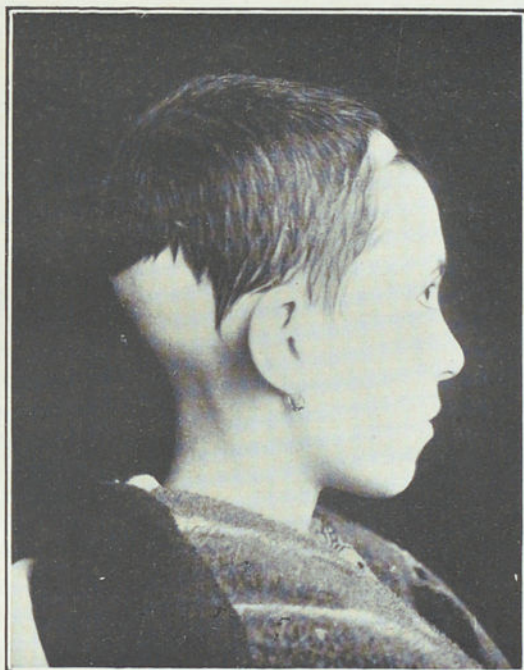


Fig. II



Fig. III

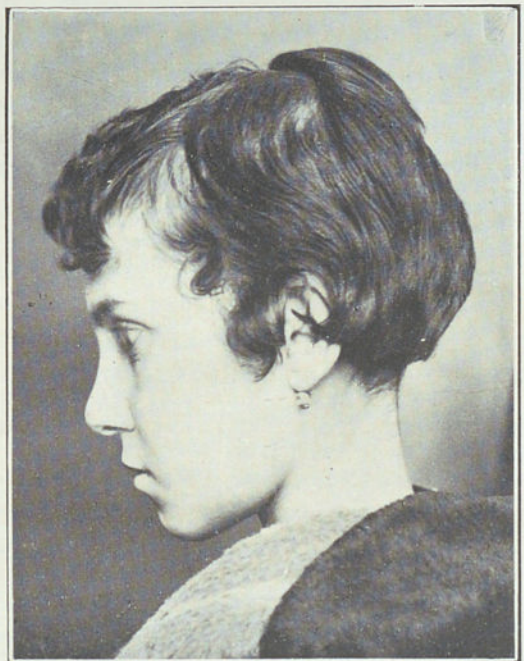


Fig. IV



## A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ANEMIA PERNICIOSA (1)

POR

MARIO ROSA

Os dois casos de anemia perniciosa que apresentamos nesta sessão são, na verdade, interessantes, sobretudo o segundo.

Mostram-nos, com toda a evidência, os bons resultados da dieta hepática, o que, só por si, não constitui novidade, tanto mais que o assunto já foi tratado numa *nota clínica* do colega Eduardo Coelho, inserta na *Lisboa Médica*. Mas a hepatoterapia nestas duas doentes foi levada a efeito administrando o fígado sem preparação alguma especial, tendo as doentes, durante o tempo do tratamento, meses seguidos, ingerido 250 ou 500 gramas de fígado de vaca, simplesmente cozido e passado pela máquina, incorporando-se depois alguns ovos para melhor tolerância, isto é, preparando uma espécie de ovos mexidos com fígado.

Como vêem tal preparação é inteiramente simples e perfeitamente tolerável; pelo menos o foi nos nossos casos. Não tivemos, assim, necessidade de recorrer a qualquer das preparações de fígado cru ou cozido, que hoje se contam às dezenas, sempre cheias, porém, de complicações culinárias, mormente para os nossos hospitais, ainda hoje desprovidos de cozinha especial para dietética. Desta maneira quisemos mostrar a simplificação do método de Whipple, que poderá, sem dúvida, ser praticado por toda a gente.

Nós mencionamos, em quadros gerais, as análises de sangue, feitas regularmente, pelas quais poderão certificar-se de que, num lapso de tempo de cerca de dois meses, as duas doentes apresentavam um sangue normal, pelo menos na sua parte rubra.

Sobre o estado de nutrição basta comunicar-lhes as pesagens, observando que no caso II o primeiro pêso não é o de entrada, por a doente não se prestar a uma pesagem capaz.

---

(1) Comunicação apresentada nas sessões científicas do Hospital Escolar (30 de Maio de 1929).

## CASO I

Pêso de entrada . . . . . 39,400 quilogramas

Pêso actual . . . . . 54,400 »

## CASO II

Pêso de há 2 meses . . . . . 54,000 quilogramas

Pêso actual . . . . . 56,400 »

## CASO I

Enfermaria M 2 B— Cama 25

Data	Hemoglobina	Globulos rubros	V. G.	Globulos brancos	Neutrófilos	Eosinófilos	Basófilos	Monócitos	Linfócitos	Suco gástrico	Tratamento
9-10-1928	20 %	<b>Macrocitose</b> 780.000	1,2	3 200	35	0	2	3	60		
19-10-1928	25 %	<b>Macrocitose</b> 1.280.000	0,97	1.100	50	2	0	4	44	Cl H=0 A. T.=2	Figado-250 grs. Acidol-pepsina
27-10-1928	37 %	<b>Macrocitose</b> 1.360.000	1,2	3.500	25	2	0	0	73		
6-11-1928	37 %	<b>Macrocitose</b> 1.840.000	1,0	2 900	62	1	0	2	35		
14-11-1928	48 %	<b>Macrocitose</b> 2.140.000	1,1	4.100	53	2	0	0	45		Figado-500 grs.
22-11-1928	58 %	2.900.000	1,0	4.200	46	1	2	1	50		
3-12-1928	60 %	3.180.000	0,94	3.300	52	0	2	0	46		
11-12-1928	70 %	3 540.000	0,96	3.700	67	1	1	3	28		
19-12-1928	70 %	3.560.000	0,98	6 400	53	0	0	0	47		
27-12-1928	70 %	3.660.000	0,95	5.000	59	2	0	2	37		
7- 1-1929	75 %	4.420.000	0,82	6.200	62	1	1	4	32		
17- 1-1929	80 %	4.220.000	0,94	6.400	66	0	0	2	32		Figado-250 grs.
26- 1-1929	75 %	4.220.000	0,88	5.000	64	2	2	1	31		
5- 2-1929	80 %	5.060.000	0,79	8.000	76	2	0	0	22		
14- 2-1929	85 %	4.260.000	0,99	6.800	72	1	1	1	25	Cl H=0 A. T.=7	
20- 2-1929	85 %	4.720.000	0,90	5 800	69	0	3	0	28		
28- 2-1929	75 %	5.600.000	1,0	8.700	77	0	1	0	22		
9- 3-1929	80 %	4.120.000	0,97	6 000	74	1	0	0	25		
21- 3-1929	80 %	4.640.000	0,86	9 800	75	5	0	0	20		
29- 3-1929	80 %	3 940.000	1,0	6.600	78	0	0	0	22		
5- 4-1929	80 %	4.120.000	0,99	7 000	60	0	1	5	34		
17- 4-1929	85 %	4 640.000	0,89	9.000	64	2	1	3	30		
27- 4-1929	80 %	4.780.000	0,83	7.400	66	3	0	1	30	Cl H=0 A. T.=6	
17- 5-1929	80 %	5.500.000	0,80	6.600	61	0	0	1	38		
28- 5-1929	75 %	4.820.000	0,77	4.500	59	0	0	4	37		

LISBOA MÉDICA



## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Minerâs do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS  
**Syndromas Anemicos e das Perdas Orgânicas**

DESCHIENS, D<sup>o</sup> em P<sup>l</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)  
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“

# eregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

Insubstituível 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.<sup>a</sup>-MÁLAGA  
Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
Rua Nova da Trindade, 9-1 \*  
LISBOA

LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA DA  
**SIFILIS**

O TRATAMENTO ARSENICAL  
HYPODERMICO VERDADEIRA-  
MENTE INDOLOR PRATICA-SF  
COM. O



**ACETYLARSAN**

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS  
"USINES DU RHÔNE"  
21, RUE JEAN-GOUJON.PARIS

**E. SCHWEICKARDT**  
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL  
133, RUA DA PRATA. LISBOA



## CASO II

Enfermaria M 2 B — Cama 44

Data	Hemoglobina	Glóbulos rubros	V. G.	Glóbulos brancos	Neutrófilos	Eosinófilos	Basófilos	Monócitos	Linfócitos	Suco gástrico	Tratamento
11-1-1929	28 %	940.000	1,4	4.400	74	0	1	3	22	Cl H=0 A. T.=4	Fígado-250 grs.
		<b>Macrocitose</b>									
21-1-1929	38 %	1.560.000	1,2	3.200	76	0	0	2	22		Acidol-pepsina
		<b>Macrocitose</b>									Fígado-500 grs.
30-1-1929	44 %	2.140.000	1,0	5.400	78	1	0	3	18		Pankreon (diarreia)
		<b>Macrocitose</b>									
6-2-1929	48 %	2.740.000	0,85	4.400	59	1	0	2	38		
13-2-1929	58 %	3.420.000	0,65	2.900	58	4	1	3	34		
21-2-1929	60 %	3.940.000	0,81	3.800	60	4	0	3	33	Cl H=0 A. T.=3	
4-3-1929	75 %	4.240.000	0,88	8.500	70	0	0	4	26		Fígado-250 grs.
12-3-1929	75 %	4.060.000	0,92	4.800	65	4	0	1	32		
20-3-1929	80 %	4.540.000	0,88	5.600	77	1	0	0	22		
29-3-1929	75 %	4.680.000	0,80	6.900	70	5	1	0	24		
6-4-1929	75 %	4.460.000	0,84	8.200	63	1	1	2	34		
15-4-1929	75 %	4.800.000	0,78	7.000	60	3	1	2	34		
6-5-1929	80 %	4.420.000	0,95	4.800	77	3	0	0	20	Cl H=0 A. T.=3	
15-5-1929	75 %	3.160.000	1,1	8.600	71	2	0	0	27		
24-5-1929	80 %	4.600.000	0,86	8.600	50	0	0	6	44		

Seja-nos permitido, agora, aproveitar os resultados para fazermos algumas considerações.

Nas primeiras análises, e nos dois casos, encontramos o quadro hematológico completo da A. p., isto é, a hiperchromia (V. G. > 1), a macrocitose, a leucopenia com linfocitose, particularmente no caso I.

Talvez estranhem não se falar de megalócitos, mas sim de macrócitos. Define-se os megalócitos como glóbulos anormalmente grandes e anormalmente corados, quer dizer, ricos em hemoglobina, e os macrocitos como células também anormalmente grandes, mas, ao contrário, pobres em hemoglobina.

Todavia, como diz Nyfeldt (1), a distinção entre as duas células é «in praxi oft sehr schwierig, um nicht zu sagen unmö-

(1) Nyfeldt. Megalocyt oder Macrocyt. «Acta Médica Scandinávica». Vol. LXVI. Fasc. III.

glich». Por esta razão, talvez possamos na prática designar por macrócitos todos os cromócitos anormalmente grandes, ricos ou pobres em hemoglobina.

A macrocitose foi revelada, somente, nas primeiras análises, o que está em desacôrdo com outras observações, nas quais persistiu mesmo depois do regresso à normalidade, sob o ponto de vista hematológico. De resto, parece-nos que a megalocitose não deve ser a alteração propriamente típica e importante, como quere Rosenow, visto que ela tem sido encontrada em todas as variedades de anemia, incluindo a clorose, e, bem assim, em outras doenças.

Em ambos os casos não se encontrou no sangue circulante o megaloblaste, que diversos autores consideram até como patognomónico da A. p. (doença de Biermer). Assim, Bécarr (1) defende esta asserção, porém só para o megaloblaste verdadeiro, aquele que tem o núcleo perlado.

Com respeito à leucopenia e à linfocitose, verificamos que as suas modificações não correspondem às dos outros elementos no sentido da normalidade, nem obedecem a qualquer regra, apresentando mesmo variações discordantes de análise para análise.

Praticámos por três vezes, com intervalos de meses, o quimismo gástrico, revelando-se em todas as análises uma ausência completa de ácido clorídrico livre, o que nos mostra que esta alteração não se modificou com o tratamento eficaz da doença. Isto não nos admira, pois que a aquilia corresponde à atrofia da mucosa e pode mesmo, como se sabe, preceder de alguns anos o aparecimento dos outros sintomas da doença de Biermer. Para suprir esta falta de ácido administrámos, permanentemente, o acidol-pepsina (fórmula fortemente ácida).

Os nossos resultados estão de acôrdo com os apresentados por Johansen (2), que estudou o assunto em 19 casos tratados eficazmente com fígado. Em todos êles desapareceram os outros sintomas, mas em nenhum foi possível revelar HCl livre no suco gástrico, mesmo depois da prova da histamina.

Estes factos vêm em abono da hipótese que admite a aquilia

---

(1) Bécarr. Remarques sur l'anémie pernicieuse et l'anémie aplastique. «Presse Medicale». 1927. N.º 101.

(2) Johansen. Achylia in pernicious anemia after liver treatment. «The Journ. A. M. A.». 1929. N.º 21.

como primária à anemia perniciosa biermeriana e que aquela seria a possível causa do desenvolvimento da doença.

Dois casos apenas são conhecidos na literatura médica, em que se tenha demonstrado a presença de HCl depois do desaparecimento dos restantes sintomas.

Dissemos de entrada que o caso II era mais interessante; na verdade, trata-se de uma anemia perniciosa, biermeriana, em que há perturbações nervosas associadas, denunciadas por parestesias diversas e por uma marcha difícil e incerta, que por último levou a doente à cama pelo espaço de alguns meses. No exame havia a ausência dos reflexos rotulianos e aquilianos. A doente apresentava emfim a sintomatologia duma mielite funicular— degenerescência subaguda contínua da medula (Hurst).

Tínhamos desta sorte ensejo de verificar a acção da hepato-terapia sôbre as alterações nervosas da doença.

Nós sabíamos de antemão que vários autores não tinham visto modificações apreciáveis nestas alterações nervosas. Schottmüller (1), por exemplo, depois de falar dos seus doentes de anemia perniciosa com mielite funicular, confessa que «wir haben bei dieser Komplikation nur selten und meist nur geringe Besserungen, manchmal auch Verschlechterungen, gesehen». Igualmente Minkowski (2) relata uma observação em que houve um aumento na numeração dos glóbulos rubros de 700.000 a 4.500.000, porém com terminação fatal em virtude das suas lesões nervosas.

No nosso caso observámos melhoras, podendo a doente, ao cabo de poucas semanas, marchar, ainda que ligeiramente apoiada, e os reflexos tendinosos, que estavam abolidos, existem agora com toda a nitidez. Mas estas melhoras estão bem longe de acompanhar as obtidas no estado do sangue, pois que a doente há já três meses que apresenta análises normais.

¿Poder-se há obter mais e melhor?

Em face das afirmações dos dois autores citados e de outros do nosso conhecimento, parece-nos que não devemos esperar melhoras mais acentuadas e muito menos falar em regressão absoluta.

---

(1) Schottmüller. Verhandlungen der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. VIII. Tagung-1928.

(2) Minkowski-Verhandlungen der Gesellschaft, etc.

Agora vejamos uma questão primacial.

¿A dieta hepática é simplesmente um tratamento sintomático, modificando em especial o estado do sangue, ou é na realidade curativo ?

Muitos autores consideram a hepatoterapia apenas uma terapêutica de substituição, como que indo substituir *aquilo* cuja ausência desencadeia o estado mórbido que caracteriza a anemia de Biermer.

Morawitz (1), entre outros, não hesita em afirmar que «denn sobald wir mit der Behandlung aufhören, ist die Anämie wieder da».

Outros observadores porém têm apresentado casos que mostram o contrário.

Nós vamos suspender a dieta hepática nas duas doentes e tomar conta das possíveis modificações, fazendo análises repetidas, cujos resultados apresentaremos oportunamente.

Duas outras cousas nos interessam dentro do método de Whipple: inteirar-nos do valor dos extractos hepáticos, utilizando o *Hepatrat*, e estudar a acção dinâmica específica da dieta hepática, suggestionado pelos resultados de Lichtwitz (2) que demonstram uma forte acção dinâmica específica dos preparados hepáticos, e em tal medida que o seu conteúdo em albumina não pôde explicar por si só.

Recentemente Crosetti (3) chamou a atenção para o assunto, depois de verificar que a A. D. E. era diferente nos indivíduos sãos e nos portadores de anemia de Biermer, mas só nêstes, pois que na anemia perniciosa grávida a A. D. E. se comportou como nos indivíduos sãos.

O autor não tem o número suficiente de observações para tirar conclusões definitivas, tratando-se simplesmente de uma sugestão a aproveitar.

E quem sabe se a A. D. E. nos poderá esclarecer o mecanismo da hepatoterapia, hoje ainda, e a despeito de várias hipóteses mais ou menos insinuantes, permanecendo no desconhecimento absoluto.

---

(1) Morawitz. Verhandlungen der Gesellschaft, etc.

(2) Lichtwitz. Verhandlungen der Gesellschaft, etc.

(3) Crosetti. Über die spezifisch-dynamische Wirkung der Leber bei der perniciosen Anämie. «Medizinische Klinik» 1929. Nr. 18.

**L. LEPORI**

tem a honra de apresentar a V. Ex.<sup>a</sup>, o

**novo recalificante**

**FOSCAL "SERONO"**

Fosfo-carbonatado de cal e magnésio, preparado nas mesmas proporções em que se encontra nos ossos, de forma tal a permitir uma notavel a-similação do cálcio.

Envia-se amostras grátis aos Srs. Médicos

Para o tratamento da

**SIFILIS**

Queira V. Ex.<sup>a</sup> receitar, com a maior confiança, o

**BISMARSOL "ZAMBELETTI"**

(em ampolas de 2 e 5 cc.)

que é a mais perfeita combinação de

**arsénico e bismuto**

**L. LEPORI**

Apartado 214

L i s b o a

Envia amostras grátis aos Srs. Médicos.



**VIGANTOL**

Em todas as perturbações do metabolismo osseo, tais como :

Raquitismo, Osteomalacia, Artrismo deformans, Osteoartrópia, Tuberculose ossea com ou sem formação de fistulas, Raquitismo tardio, etc.

**VIGANTOL**

preparado de VITAMINA D, altamente activo

O VIGANTOL regula o teor do sangue em fosforo e calcio e favorece os depositos calcicos dos ossos.

■

Embalagens originais :  
*Vigantol - solução - oleo.*  
*Vigantol - Chocolatada em drageas.*

I. G. Farbenindustrie  
Aktiengesellschaft  
Departamento Farmaceutico  
"Bayer-Meister-Lucius"  
LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150-3.º - LISBOA  
Sociedade de Anilinas, L.<sup>da</sup>  
Rua José Falcão, 199 - PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS  
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.  
Rua 24 de Julho, 34  
LISBOA  
Rua Trindade Coelho, 1-C.  
PORTO

*Serviço de Patologia Médica e de Clínica Terapêutica*  
(Prof. A. Padesca)

---

## SÔBRE UM CASO DE DOENÇA DE BASEDOW

POR

ALBERTO DE CARVALHO  
Assistente de Clínica Terapêutica

Julgamos interessante a publicação d'este caso, por vir mostrar mais uma vez que o metabolismo pode estar normal na doença de Basedow.

Desde os trabalhos de Friedrich Müller, em 1893, sôbre as relações das doenças da tiroideia com o metabolismo — assunto que tem ocupado uma pléiade de investigadores — concluiu-se que esta glândula influi extraordinariamente no metabolismo, o que não sucede com qualquer outro órgão.

O valor da determinação do M. B. é tão grande nas distiroídias que a maior parte dos autores julga a doença pelos números obtidos, não só quanto ao diagnóstico e ao prognóstico como aos efeitos da medicação. Hoje, possuindo nós aparelhos tão práticos como o de Krogh ou o de Benedict, não é menos desculpável a falta d'este exame laboratorial do que a da pesquisa dos bacilos de Koch ou da reacção de Wassermann.

Von Noorden disse no Congresso de Medicina de Viena, em 1909, que o Basedow é sempre acompanhado de aumento do M. B. e que, em caso contrário, não se deve aceitar êste diagnóstico; a mesma opinião tem sido sustentada por Krogh, Boothby, Zondek, Eppinger, Labbé, Grafe, Marañon, etc.

Mas a verdade é que na literatura médica de todo o mundo têm aparecido casos nítidos de Basedow em que o metabolismo está dentro dos limites normais. Assim, Dubois descreveu em 1916 casos típicos desta doença sem hipermetabolismo e, desde

então, factos idênticos têm sido publicados. E Crile, em 1921, no Congresso da Associação Médica Americana, afirmou que o hipermetabolismo é, sem dúvida, um sintoma de grande valor na doença de Graves, mas falível como qualquer outro — com o que concordam Nordentoft e Chvostek, entre outros.

Möller, que publicou há pouco um vasto estudo sôbre a importância da investigação do metabolismo nas doenças da tiroideia, chega à conclusão que em 10 % dos casos de doença de Basedow o M. B. não está aumentado, pondo à frente de todos os sintomas a taquicardia (100 %).

Já êste ano, apresentou Israel Bram uma estatística comportando 4.000 casos de Basedow com a percentagem dos sinais tóxicos, concluindo que há hipermetabolismo em 99,5 % e taquicardia em 99 %.

Aproxima-se bastante desta a estatística do Laboratório de Metabolismo dêste Hospital, pois, em 145 doentes com Basedow, é êste o segundo com M. B. normal (1).

Marcel Labbé, não querendo admitir a ausência do hipermetabolismo no Basedow, apresenta a seguinte teoria: na doença de Basedow há dois sindromas distintos, um devido ao hipertiroidismo e o outro em que há apenas hipertonia do simpático. Os sintomas do hipertiroidismo são o bócio, taquicardia, emagrecimento, hipermetabolismo, perturbações mentais e talvez o tremor; mas podem ser devidas apenas a simpaticotonia, a exoftalmia, taquicardia, nervosismo, perturbações vaso-motoras, afrontamentos, crises de suor e perturbações gastro-intestinais. Desta maneira, o M. B. estaria sempre aumentado nos casos de Basedow verdadeiro e, quando estivesse normal, tratava-se apenas de hipertonia do simpático sem intervenção da tiroideia.

Mas nós sabemos muito bem quão íntimas são as relações das glândulas endócrinas com o simpático, tanto sob o ponto de vista embriológico como fisiológico. Assim, a excitação do simpático aumenta a secreção da tiroideia e o hipertiroidismo estimula o simpático — o que nos explica a impossibilidade de des-tringar na sintomatologia a parte devida ao hipertiroidismo e à hipertonia do simpático.

---

(1) O primeiro caso foi publicado pelo Dr. Mário Rosa,



A efficacia do  
**Radio-Malt**  
na prophylaxia e no  
tratamento das condições  
resultantes de deficiencias  
dietéticas é hoje recon-  
hecido e apreciado pelos  
medicos em todo o mundo.



# RADIO-MALT

## O PREPARADO ÚNICO DAS VITAMINAS

O RADIO-MALT possui qualidades determinadas anti-infectuosas, antineuríticas, e antirachíticas. Faz nas crianças, crescer e desenvolver d'um modo hygiénico os ossos e os dentes. Alem d'isso evita a stasis intestinal, reprime a caries dos dentes, e corrige o metabolismo calcio e phosphoreo, tanto nas pessoas velhas como n'aquellas de idade moça. O Radio-Malt, devido a Vitamina B que elle contem, forma um galactagogo valioso, e por este motivo recommenda-se a todas as mães que estejam amamentando.

O RADIO-MALT é preparado e normalizado por meio de processos scientificos reconhecidos. Sendo, como é, escrupulosamente normalizado, e ao mesmo tempo mais concentrado e portanto mais intenso nos seus effectos, o Radio-Malt é de maior confiança que o extracto de malta e oleo de figado de bacalháu, cujo lugar elle já tem effectivamente tomado. Deveria receitar-se em todos os casos para os quaes anteriormente se tenha receitado o extracto de malta e oleo de figado de bacalháu.

Todo médico póde obter uma amostra para a sua clinica dirigindo-se ao fornecedor por atacado em Portugal,

Snr. T. RODNEY HATHERLY  
RUA DA CONCEIÇÃO 35-3 E  
LISBOA

THE BRITISH DRUG HOUSES LIMITED  
LONDRES

Ora, precisamente no caso que vou apresentar, trata-se de doença típica de Basedow, a-pesar-de 3 determinações do M. B. o terem mostrado normal.

E, mesmo a hipótese de que no Basedow em que encontramos valores do M. B. dentro dos limites normais êle estaria aumentado 10 ou 20 pontos em relação ao que era antes da doença e que nós desconhecemos (Möller), não se deve aplicar neste caso, pois, a-pesar-das nítidas melhoras de todos os sinais tóxicos, o M. B. não baixou, (Bem sabemos que há casos de Basedow com M. B. alto, em que êste não acompanhã as melhoras clínicas, mas são muito raros).

O nosso doente ainda apresenta um outro argumento importante contra a teoria de Labbé, que é a questão do tratamento.

Depois dos estudos de Rothlin (1923), tem sido empregada a ergotamina com diferentes fins diagnósticos e terapêuticos. Vários autores têm experimentado êste fármaco no tratamento da doença de Graves com relativo sucesso (Noyons e Bouckaert, Laroche, Camus e Lelourdy, Porges e Adlersberg, Meyer (1), etc.).

Sendo a ergotamina um paralisante do simpático, deveríamos esperar os seus mais brilhantes efeitos terapêuticos precisamente na simpaticotonia pura, sem hipertiroidismo (segundo a classificação de Labbé). Pois o presente caso, que caberia no primeiro daqueles grupos, não obteve o menor benefício com a ergotamina, tendo sido manifestas logo de início as melhoras com a terapêutica iodada.

Passemos a relatar o nosso caso.

#### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Carma S. S. Cama 3 da enfermaria M 1 B. 27 anos. Casada. Doméstica. Entrada em 17-VI-1929.

*Anamnese.* — Há 5 anos apareceu tumor no pescoço e começou com acessos de taquicardia e palpitações. Depois, tremor em todo o corpo; os olhos tornaram-se salientes, não os cerrando no sono. A-pesar-de fazer copiosas re-

---

(1) Êste A., que é um dos maiores defensores da droga, empregou-a em si próprio contra o Basedow e obteve melhoras em todos os sinais tóxicos e até sobre o volume do bôcio, o que com qualquer outro remédio não tinha conseguido.

feições para mitigar a fome, tem emmagrecido bastante e sente-se sem fôrça. Períodos de diarreia. Suores abundantes; queda de cabelo. Desde o começo da doença tem-se tornado irascível.

Nasceu e tem vivido em Lisboa. Sempre saudável, só referindo febre tifóide no passado.

*Observação.* — Regular estado de nutrição, tegumentos facilmente congestionáveis, cobrindo-se de suor; tremor vibratório das extremidades; grande excitabilidade nervosa; febre muito ligeira. Bócio difuso, tamanho de tangerina. Erectismo cardíaco, 110 pulsações. Sinais oculares: exoftalmia, olhar brilhante, não pestaneja; Joffroy, Sainton, Dallrymple.

*Diário.* — Exames laboratoriais feitos à entrada:

Dois exames do M. B. deram os seguintes valores  $+2\%$  e  $0\%$ .

Análise de urina: revelou, de anormal, vestígios de glicosa e albumina.

Glicemia em jejum: 1,17 gr.  $\frac{0}{100}$ .

Sangue: Hb. —  $82\%$ , Glób. V. — 4.650:000, V. G. — 0,89, Glób. B. — 5.900, Linf. 18, Mon. 6, Neut. 73, Eos. 3.

Suco gástrico (refeição de Ewald) — CIH livre 8, acidez total 10.

Pêso: — 48<sup>kg</sup>,300.

VI-25 — Com o repouso tem menos afrontamentos, mas todos os outros sinais tóxicos se mantêm.

VII-5 — Curva da glicemia:

Em jejum.....	0,99
1/2 hora depois da ingestão de 50 gr.* de glicose	1,66
1 » » » » » » » » » »	1,72
1 1/2 » » » » » » » » » »	1,26
2 horas » » » » » » » » » »	0,50

Análise de urina: vestígios de glicose.

Pêso: 48<sup>kg</sup>,400.

19 -- Tendo tomado durante oito dias 2 mgr. de ergotamina diàriamente (comprimidos de Gynergène Sandoz), não há melhoras; 120 pulsações, tremor das extremidades, sinais oculares, suores, afogeuamentos, etc.

Desde que toma êste medicamento tem fibrilações nos músculos abdominais.

Curva da glicemia nas condições já descritas: 1.<sup>a</sup>, ?; 2.<sup>a</sup>, 1,99; 3.<sup>a</sup>, 1,69; 4.<sup>a</sup>, 1,27 e 5.<sup>a</sup>, 0,67.

Análise de urina: vestígios de glicose.

Pêso: 48<sup>kg</sup>,700.

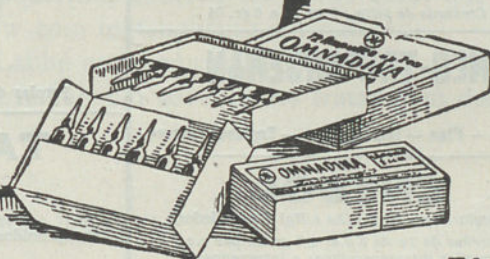
29 — Tem continuado a tomar Gynergène (XL gotas por dia), mas sem obter qualquer melhora. Começa a tomar soluto de IK a 5  $\frac{0}{100}$ , na dose diária de II gotas, aumentando 2 por dia.

VIII-1 — Melhoras imediatas com o iodo: 98 pulsações, exoftalmia menos acentuada, suor e vermelhidão dos tegumentos menos intensos, menor excitabilidade nervosa, sono mais calmo. Pêso: 50<sup>kg</sup>,600.

5 — Continua melhorando bastante de todos os sinais tóxicos: 90 pulsa-

LISBOA MÉDICA

# Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

## moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as forças defensivas do organismo, assim como encurta consideravelmente a duração da moléstia

*Fôrma comercial:*

CAIXAS COM 1,3 E  
1,2 EMPOLAS  
DE 2 c. c.



EMPACOTA-  
MENTO ORI-  
GINAL

**I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft**  
**Departamento farmaceutico "Bayer-Meister Lucius"**

**Leverkusen (Alemanha)**

-----  
REPRESENTANTE-DEPOSITARIO:

**Augusto S. Natividade**

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º - LISBOA

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauroil (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electrolenium (selênio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphillite — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

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

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glicerina)

Línimento anti-rheumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNGAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syngaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmodico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

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

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuaes.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

ções, tremor insignificante, poucos suores, quasi que não há exoftalmia, olhar menos brilhante; bócio mais pequeno.

15 — Os sintomas tóxicos continuam sempre a melhorar. 84 pulsações. Pêso: 52kg,500.

M. B. + 3 0/0.

21 — Curva da glicemia: 1,27, 2,30, 1,75, 1,32 e 0,77.

22 — Alta, por exigências domésticas. Todos os sinais tóxicos estão em via de desaparecimento.

E, assim, parecem-os podermos concluir do nosso caso, que:

- 1) Se trata de Basedow com metabolismo normal.
- 2) A classificação de Labbé nem sempre é aplicável.
- 3) A ergotamina pode falhar em absoluto no tratamento dos sintomas basedowianos.

#### BIBLIOGRAFIA

- ADLERSBERG UND PORGES. — Ueber die Behandlung des Morbus Basedow mit Ergotamin. — *Klin. Woch.* 1925. (II), 1489.
- BOOTHBY. — The fundamental classification of diseases by basal metabolic rate. — *J. Am. Med. Assoc.* 1921.
- BOOTHBY AND ROWNTREE. — Drugs and Basal Metabolism. — *J. of Pharmac. and exp. Therap.* 1923 (XXII), 99.
- BRAM, ISRAEL. — Types of Graves, Disease. — *Endocrinology* 1929 (XIII), 164.
- ELDH, SVEN. — Contribution of the Study of the Basal Metabolism in Goitre at Puberty. — *Acta Med. Scand.* 1928 (LXIX). 286.
- LABBÉ, MARCEL. — Valeur du métabolisme basal pour le diagnostic de la maladie de Basedow. — *Press Méd.* 1928, n.º 82.
- LAROCHE, CAMUS ET LELOURDY. — Le tartrate d'ergotamine chez les basedowiens et chez les hypersympathicotoniques. — *Rev. Franç. d'Endocrinologie*, 1928, 52.
- MEYER, H. — Meine Erfahrungen mit dem Gynergen bei der Behandlung des Morbus Basedowii. — *Mediz. Klin.* 1927 (II), 1698.
- MOLLER, EGGERT. — Clinical investigations into the basal metabolism in diseases of the thyroid gland. — *Act. Med. Scand.* 1927 (Suppl. XXI).
- NOYONS ET BOUCKAERT. — L'influence du tartrate d'ergotamine sur le métabolisme basal dans les hyperthyroïdies. — *C. R. Soc. Biol.* 1926 (II), 1133.
- ROSA, MÁRIO. — Estudo do metabolismo basal em alguns casos de Basedow. — *Lisboa Médica.* 1927 (IV), 575.

## NOTAS CLÍNICAS

### TUBAGEM DUODENAL

SUA TÉCNICA. INTERPRETAÇÃO FISIOLÓGICA DA PROVA DE MELTZER-LYON

POR

MANUEL JOAQUIM COSTA

Assistente de Patologia Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra

Na América do Norte, desde há 10 anos, que Lyon emprega frequentemente a tubagem duodenal como meio de diagnóstico e terapêutico.

É já hoje empregada em toda a Europa e clínicas hospitalares de todo o mundo.

Os seus benefícios, como demonstrarei, são incontestáveis e pouco contestados. No entanto, em Portugal mal se fala nela.

Supomos que tem a nossa Escola, por intermédio do ilustre Prof. Morais Sarmento, a honra de ser a primeira que a usou (1922).

Pratico-a há dois anos. Alguma literatura sobre o assunto, passada através da minha experiência e da minha observação, quero relatar.

Em 1893, Doyon demonstrava que uma excitação do tampo central de um vago seccionado fazia contrair a vesícula e relaxar o esfíncter de Oddi; em 1917, Meltzer obteve o mesmo efeito pela aplicação directa do sulfato de magnésio sobre a mucosa duodenal; e dois anos depois, em 1919, Lyon faz entrar na prática médica a injeção intra-duodenal de um soluto de sulfato de magnésio servindo-se da sonda de Einhorn.

Praticamente, para fazer uma tubagem duodenal, segundo Meltzer Lyon, procedemos do seguinte modo:

De manhã, tendo o doente em jejum, de ânimo preparado pelo conhecimento da utilidade do que se lhe vai fazer, manda-se-lhe engulir uma sonda previamente fervida que, pela extremidade da oliva, colocamos sobre a língua. Passado o istmo da faringe, está vencida a maior dificuldade (1), se é que dificuldade existe, porque nunca tive um único insucesso entre as muitas tubagens que tenho feito.

Se a sonda ao passar pelo esófago provoca um estado nauseoso ou mesmo

---

(1) Quasi sempre tenho lubrificado com vaselina ou glicerina a parte inicial da sonda, a fim de facilitar a sua descida. Se é certo que alguns doentes não querem tal prática e tudo corre bem sem este pequeno detalhe técnico, a maior parte beneficia com elle.

Usei também algumas vezes a aplicação de um soluto de cocaína na faringe por meio de um tampão, a fim de evitar o reflexo nauseoso e o vômito que se poderiam produzir. Notei que o efeito era nulo. O successo depende, quasi só, da boa vontade do médico e do doente, do temperamento deste e da calma de ambos.

Tenho notado que há uma considerável diferença entre o que se passa na primeira vez e nas seguintes que o doente toma a sonda, a favor destas, o que é a demonstração cabal da influencia do estado psíquico no successo. É bastante frequente serem os próprios doentes que tudo fazem até a chegada da sonda ao duodeno.



o vômito, basta dizer ao doente que faça inspirações profundas para que tudo entre na normalidade.

E a sonda continua a caminhar, ou pelo seu próprio pêso, ou suavemente introduzida por um enfermeiro ou pelo próprio doente e auxiliada ou não por movimentos de deglutição (1).

E assim a sonda chega ao estômago, o que sabemos por uma demarcação que ela contém (40 cm.).

Mando pôr o doente em decúbito lateral direito, e, em regra, de 1 h. a 2 h. (2), levada pelas contracções gástricas, atravessa o piloro, entrando no duodeno (3).

Compreende-se que várias causas possam impedir esta passagem gastro-duodenal, como as alterações orgânicas da forma do estômago que me obrigam quasi sempre a desistir, e estados tuncionais, como os espasmos pilóricos e atonias gástricas. Devo combater os primeiros, mandando tomar ao doente durante uns dias atropina, e as segundas, colocando-o numa posição em que, por meio de almofadas, esteja com a pelve levantada, facilitando a aproximação da oliva ao piloro (4).

Vencidos estes obstáculos, sei que a sonda está no duodeno porque me aparece um líquido viscoso amarelo que não deixa dúvidas sobre a sua natureza.

E, se assim não acontecer, tenho vários pequenos sinais de diferenciação na localização da sonda, tais como:

1.º O de Hollander (resistência duodenal) que consiste em injectar ar e não o conseguir tirar depois, seja qual for a força aspirativa.

2.º A introdução de um líquido corado que depois, com a aspiração, já não obtemos. Estes dois sinais, quando assim observados, dizem-me que a sonda está no duodeno.

3.º Se a sonda estiver no estômago, procedendo do mesmo modo, passa-se precisamente o contrário, e sem nada injectar, em vez de líquido biliar, recebo um líquido descorado, que é o suco gástrico; também nos podemos utilizar do papel de tornesol.

4.º Obtenho um líquido turvo e amarelo. É um líquido gástrico com refluxo duodenal ou é um suco duodenal turvo pela junção do suco gástrico?

(1) Estes parecem-me necessários quando, pela acumulação da saliva provocada pela excitação da sonda na boca, esta se acumula no istmo das fauces, e dá ao doente uma sensação verdadeira de falta de ar. Se o doente respira, a saliva vai para a laringe e depois vem a tosse; não a pode expulsar porque neste acto pode muito bem atirar a sonda para fora. Acontece até que, por vezes, alguns doentes se julgam impossibilitados de unir os lábios e portanto de a expulsar.

Tenho, também, durante esta travessia da sonda mandado tomar ao doente uma pequena porção de água, e, em casos que se estavam tornando dificultosos e lentos, é de bastante alívio e apressa a chegada da sonda ao estômago.

(2) É preciso que o médico vigie o doente porque, à mais pequena náusea ou vômito, eria-se nêta a sensação falsa de que não pode suportar a sonda; tira-a, dizendo-nos depois que a vomitou. Algumas vezes me aconteceu esta arrelia.

(3) Já tive um caso em que tudo se passou em poucos minutos, pois, após o doente se ter deitado, faço a aspiração com a seringa e recebo uma bile bem amarela e, em seguida, uma escura que não admite dúvidas acêrea da sua proveniência duodenal.

(4) Em doentes não atônicos nem ptóxicos não vejo vantagem nesta posição, pois sempre verifiquei sucessos sem os sacrificar a êsse incômodo.

Na grande maioria dos casos resolve-se a dúvida: se corre em acentuada abundância, se a sua côr é amarelo-limão e vai pouco a pouco clareando, se é pouco espesso e se é todo igualmente turvo, é quasi certo que vem do estômago; se é pouco abundante, bem corado de amarelo, espesso e viscoso, se consigo receber porções de suco límpido, entre porções turvas, eu não duvido de que se trata de líquido duodenal.

5.º Se sentimos dificuldade na injeção de ar através da sonda e o doente a não esmaga com os dentes, depois de podermos afastar a hipótese da obtenção dos orifícios da oliva por alimentos ou outros corpos (caso excepcional), é sinal de que está próxima ou no próprio piloro que, pelas contracções, une as suas paredes à oliva e origina aquela dificuldade. Mas também não devemos confiar cegamente em tal sinal, porque já uma vez me aconteceu esse precalço e afinal tratava-se de um verdadeiro nó que as engenhosas contracções gástricas fizeram dar à sonda.

Apesar do valor destes sinais, falíveis, no entanto, por motivos bem claros a luz da physio-pathologia gastro-duodenal, em certos casos tive de recorrer ao exame radiológico que, com sondas de caucho simples, e melhor ainda nas que tinham chumbo na sua constituição, me esclarecia da situação da sonda.

Sabido que a sonda não está no duodeno, de vários meios me tenho servido para a levar a passar o obstáculo pilórico: atropina diluída e introduzida pela própria sonda (em casos de espasmos), mandando tomar ao doente um copo de água, mandando-o mudar de posição, levantar até, injectando pela sonda um líquido alcalino, injectando ar (30 a 40 c. c.), puxando a sonda um pouco para fora para evitar que se enrole, etc., meios, enfim, que quasi sempre me resolvem a situação.

E, se ainda assim não consigo, tenho, por vezes, obtido successo mandando estar o doente com a sonda durante a noite, o que elle faz, porque não lhe impede um sono calmo.

Tendo, pois, finalmente atingido a ampola de Vater, obtemos por aspiração com uma seringa o líquido duodenal (1).

Injecto, agora, 40 a 60 c. c. de um soluto de sulfato de magnésio a 33 % aquecido a banho-maria a 37.º Faço a injeção muito lentamente, deixando que o soluto corra pelo seu próprio pêso (2).

Novamente surge um líquido, primeiro muito pouco corado, devido a vir diluído em soluto de sulfato de magnésio, que a pouco e pouco se concentra,

(1) Se por vezes é por aspiração e mesmo por sifonagem que o líquido sai, muitas vezes assisto à saída do líquido em que nem um nem outro desses mecanismos se podem invocar. Normalmente tenho o doente em posição horizontal e, portanto, é bem compreensível que o líquido encha a sonda e saia. Já assim não acontece com doentes de pé, em que tenho assistido ao fluxo biliar.

Atribuo-o a uma boa posição da oliva, junta à ampola de Vater; mercê de contracções do duodeno e talvez do piloro, a bile que chega ao duodeno fica submetida a uma certa pressão, tendo de sair por onde encontre espaço próprio. Serão pois, em tal caso, os orifícios da oliva que, pela sua posição, estão nas condições precisas para receber essa bile premida. (É, pelo menos, uma hipótese que me parece lógica).

(2) Quasi todos doentes em que fiz a tubagem duodenal, quer com o fim semiológico quer com o fim terapêutico, vieram até mim por indicação do Prof. Moraes Sarmento, tendo muitos recebido, em vez do soluto de sulfato de magnésio, águas alcalinas (Vidago).

romando um aspecto igual ao que tirávamos antes. Esta é, para Lyon, a *bile A*.

Vai correndo durante uns 10-20' e bruscamente uma bile escura, negra, mais pigmentada e mais espessa aparece: é a *bile B*. Esta variedade de bile é lançada, quer aos pequeninos jactos quer de um modo contínuo, mas no primeiro caso quasi sempre, entre os jactos, sai uma bile mais clara. Da *bile B* saem, em regra, 30 a 50 c. c. Bruscamente pára também, dando lugar a uma bile novamente mais clara, ainda mais do que a bile A: é a *bile C*.

¿O que são estas modalidades de biles e o que representam?

Divergem as opiniões, mas, assente que qualquer destes três líquidos pode trazer consigo suco intestinal, suco pancreático, suco gástrico e até saliva, podemos considerar como verdadeiro o seguinte:

A bile que Lyon considera como A, aquela que se obtém após a injeção do sulfato de magnésio, vem do coledoco, mas, como diz Chiray, não é, por vir misturada com aquele soluto, própria para nos dar ensinamentos.

Por isso Chiray, com quem concordamos, chama bile A à que se obtém sem a introdução de qualquer líquido e que também vem do coledoco.

A bile B é considerada pela quasi totalidade dos autores como bile que na vesícula sofreu a concentração. É a de maior valor semiológico. A bile B vem pois da vesícula, como demonstraremos.

A bile C vem do canal hepático e do próprio figado.

Mas nem sempre as cousas se passam assim, umas vezes por causas patológicas e até outras mesmo sem estas.

Embora variando o coeficiente de concentração próprio da bile B de uns autores para outros, a verdade é que estão todos de acôrdo em só considerar como bile B aquela que tiver um coeficiente de concentração pigmentar igual ou superior a 2.

Esta bile pode diluir-se na bile do coledoco; por isso alguns autores, quando ela corre intermitentemente, mandam recebê-la separadamente da que corre nos intervalos. Já me tem acontecido receber uma bile concentrada, mas não tanto que chegue para ser uma bile B, o que attribuo a uma diluição na travessia.

Também, em compensação, me tem acontecido, logo de início, receber uma bile escura e densa que era manifestamente uma bile B, até antes da injeção do líquido. Isto só tem a sua explicação numa vesícula em hiperexcitabilidade e espasmos do esfíncter de Oddi.

Não é, no emtanto, só por este processo que obtemos estas biles, e em especial a bile B que é a que mais nos interessará neste estudo.

Einhorn empregava o soluto diluído (5/1000) de HCl. É um meio pouco intenso e completamente abandonado hoje. Stepp e todos os alemães empregam um soluto de peptona a 5-10 0/0 na dose de 30 c. c.

O americano Hollander julga este meio bom, simplesmente menos intenso que o de Meltzer-Lyon, mas mais útil quando se pretenda fazer um exame citológico, porque, não irritando a mucosa duodenal, não a descama como faz o sulfato de magnésio. Ainda Stepp nos ensina que uma injeção hipodérmica de pilocarpina faz aparecer no duodeno uma bile escura.

Os alemães Kalk e Schondübe criaram mesmo a *prova da pituitrina*:

que consiste em uma injeção intra-muscular de 2 c. c. de extracto hipofisário, e com uma sonda Einhorn receber depois a bile escura que afflue ao duodeno. Em casos mais difíceis de obter esta bile, tem-se recorrido à associação destes métodos, como o de Stepp com o de Meltzer-Lyon, o dêste com a prova da pituitrina.

E, ainda, finalmente, o ácido oleico, o azeite, e os ovos têm uma acção manifesta no aparecimento da bile B. Por esta curta resenha vê-se que, por meios diferentes, aparentemente, se consegue o mesmo resultado. Esclarece-se o assunto desde o momento que abordemos a fisiologia do duodeno e da vesícula biliar. Facilmente veremos que todas estas substâncias actuaram do mesmo modo, aparte pequenas diferenças, assim como nos será fácil demonstrar que a bile B é a bile vesicular.



### BASES FISIOLÓGICAS DA PROVA DE MELTZER-LYON

Normalmente o estômago, tendo transformado o bôlo alimentar em quimo, lança-o em pequenas porções no duodeno, sob a forma de um caldo espesso que apenas toca a mucosa do duodenal, mercê das suas gorduras, das albumoses, peptonas e HCl, desencadeia a reflexo duodeno-vesicular, à custa do qual a bile, que a vesícula contém, é lançada no intestino, misturando-se ao quimo e desempenhando aquele papel importante que todos lhe conhecemos na digestão intestinal.

Para que a bile passe da vesícula ao duodeno é necessário que, chegando à ampola de Vater, encontre o esfíncter de Oddi em relaxamento, e assim acontece. Parece, pois, que fisiologicamente a contracção do colecisto e o relaxamento do esfíncter de Oddi são fenómenos relacionados e simultâneos.

Parece mesmo que se passa o que Bayliss e Starling observaram para o intestino: uma irritação local de um segmento do intestino determina sempre uma contracção acima do ponto excitado e um relaxamento (inibição) abaixo, seja qual fôr a inervação das regiões em que se passar o fenómeno.

É até só sob este critério fisiológico que se pode compreender bem a lei da inervação contrária: acima da natureza das fibras está a natureza da função de que o organismo necessita.

Mas estou já falando na contractilidade da vesícula, quando é certo que alguns autores a julgam um órgão atrofiado, com tendência a desaparecer e sem função. Pretendo, pois, demonstrar que tal não é e que tem uma função fisiológica nítida, manifestada pela sua contractilidade e pela concentração da bile, para não falar no poder absorvente das gorduras e talvez secretor de alguns produtos.

Que é um simples vestígio orgânico afirmam-no Hutchinson e 36 médicos e cirurgiões, entre os 50 a quem foi feito um inquérito nesse sentido. Esqueceram-se da lógica, como se prova. Eram para êles argumentos máximos o facto da pequenissima capacidade da vesícula (30 a 50 c. c.) em relação à quantidade de bile segregada pelo fígado, e ainda de existirem animais

como o elefante, o cavalo, etc., que não têm vesícula. Mas, lembrando que a secreção não é contínua, aumentando muito durante a digestão, secreção que é lançada directamente no duodeno; que nos países civilizados (onde se têm feito estes estudos) o número das refeições é de 3 e, portanto, três vezes a vesícula se despeja; que a vesícula concentra de  $\frac{2}{3}$  a  $\frac{3}{4}$  a bile lá entrada; que os animais que não têm vesícula têm os canais hepáticos bastante dilatados; que os indivíduos colecistectomizados apresentam dilatação das vias biliares e até, por vezes, uma verdadeira ampola à custa do côto do canal cístico; que se sabe pela ontogenia que o esbôço embrionário da vesícula precede o da bexiga; e que, finalmente, não se conhecem na literatura médica mais de 30 casos de ausência congénita da vesícula, deduzimos que a vesícula não é um órgão com tendência a desaparecer mas que tem uma função real, evidente e necessária à economia orgânica.

¿E como exerce o colecisto a sua função?

Por intermédio do seu poder concentrador, aumenta o poder benéfico da bile lançada no duodeno no momento da passagem do quimo; por intermédio da sua contractilidade, auxiliada talvez por causas adjuntas (aumento da pressão intra-abdominal, peristaltismo intestinal, relaxamento do esfíncter de Oddi, etc.), lança essa bile assim concentrada no duodeno.

Para simplificar e esquematizar confrontemos os argumentos e experiências dos que dizem que a vesícula se não contrai (e que, portanto, a bile B não é a bile vesicular) com os de opinião contrária.

A favor dos primeiros, há:

I — Crohn, Reiss, Radin, Friendenwald e Kearney, em cães laparotomizados e sob anestesia, tendo-lhes injectado o azul de metilene na vesícula e lançado no duodeno o sulfato de magnésio, não obtiveram a bile com o azul de metilene no intestino.

II — Auster e outros, para afastarem uma causa de êrro (efeito anestésico), fazem a laparotomia em cães, incisam o duodeno onde colocam uma sonda própria, e só passados bastantes dias, quando o animal esteja em convalescença plena, injectam o corante na vesícula; tentando nessa altura pela prova de Meltzer-Lyon provocar a contracção da colecisto, dizem nada ter observado e nem o líquido corado aparece na sonda. Dizem, ainda, êstes autores, não se ter dado espasmo de esfíncter de Oddi com o acto operatório sobre o duodeno.

III — Tendo o colecisto uma musculatura muito fina, a sua contracção tem um efeito nulo.

IV — Não negando o aparecimento de uma bile muito escura, alguns autores (Einhorn, Dunn, Connell, etc.) admitem que o soluto actua pelo ião  $Mg$  que, absorvido no intestino, vai produzir uma hiperactivação da célula hepática, ou, ainda, no dizer de outros, ao passar pela veia porta produz uma intensa hemolise, levando, assim, ao fígado, quantidade anormal de hemoglobina, dando o excesso de formação de pigmentos.

V — O aparecimento da bile B em doentes colecistectomizados (Bassler, Luckett, Sütz, Chabrol, Gallart, etc., etc.).

Os trabalhos de Gallart y Monés, Foncuberta y Casas, trazem a esta opinião mais os seguintes argumentos:

VI — Não há perfeita identidade entre a bile B e a que, depois de um acto operatório, vamos encontrar no colecisto.

VII — A quantidade de bile B obtida não é comparável à existente na vesícula, observada, também, no acto operatório.

VIII — Obtém-se bile B em doentes operados onde se encontrou uma vesícula patológico-esclerosada, calculoza, incapaz de conter liquido.

IX — Pelos exames colecistográficos, feitos antes e depois da injeção intra-duodenal de sulfato de magnésio, têm-se obtido imagens perfeitamente idênticas.

X — Nos casos normais nem sempre se obtém a bile B.

XI — Para terminar cito dois casos, mencionados um por Gallart y Monés e outro por Dunn e Connell. O primeiro refere-se a um doente operado de colecistostomia, tendo ficado com um dreno, por onde corria uma bile clara como a C. Por aspiração tirou toda a bile da vesícula e, fazendo a prova de Meltzer-Lyon, o autor diz ter obtido as três biles (A, B, C.), sendo a B em abundância.

O segundo refere-se a um caso que na América levantou grande celeuma: tratava-se de um doente que, submetido a vários actos operatórios, ficara sem vesícula, coledoco e cístico, ligando-se o canal hepático directamente ao duodeno. Criam uma fistula duodenal para observar o que sai do duodeno e praticam a prova de Meltzer-Lyon. Dizem Dunn e Connell que, tendo lançado o sulfato de magnésio 32 cm. abaixo da embocadura do canal hepático, no jejuno, obtiveram as biles A, B e C características e que, portanto, a bile B não era vesicular, mas sim originada por uma excitação do sulfato de magnésio sobre a célula hepática.

A-pesar-de baseados em trabalhos experimentais e bons argumentos, é-nos fácil demonstrar que as suas experiências foram feitas em más condições e que os seus argumentos são deficientes e refutáveis, resultando daí a demonstração de que a vesícula se contrai e de que as suas contracções são, por si só, capazes de despejar o seu conteúdo. E, senão, vejamos, já, os argumentos e experiências pela mesma ordem por que mencionamos os contraditores:

I — Os trabalhos de Crohn, Reiss e Radin, nada valem; primeiro, porque os corantes se não misturam com facilidade com a bile; segundo, porque no estado anestésico os reflexos estão abolidos.

II — Aos trabalhos de Auster e outros, que só provocam o aparecimento de bile depois de alguns dias, responderemos que elles lesaram a parede duodenal, criando condições patológicas; e sabe-se que a duodenite e a úlcera piloro-duodenal são acompanhadas, com frequência, de espasmos do esfincter de Oddi.

Se é certo que dizem que, mesmo depois da solução de continuidade do duodeno, o espasmo esfinctérico não aparece, não é menos certo que elle é frequentíssimo em condições patológicas duodenais.

E, por outro lado, em opposição aberta às suas afirmações, surgem Stepp, Duttman e Pribam que, repetindo a experiência de Auster, têm notado o aparecimento da bile B corada de azul, no duodeno.

III — O argumento de pouca espessura do músculo vesicular é desfeito

## Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina.  
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)

# DELBIASE

**estimulante biologico geral**  
por hypermineralisação magnesia do organismo.  
Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet.

*Principais Indicações :*

**Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares,  
Perturbações neuro-musculares,  
Asthénia nervosa,  
Perturbações cardiacas por Hypervagotonia,  
Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso,  
Prophylaxio do Cancro.**

dose : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE  
8, rue Vivienne, PARIS

*A pedido mandam-se amostras aos medicos*

## STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.**

## MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

**DOENÇAS INFECCIOSAS**

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

LISBOA MÉDICA



# GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

**EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.**

**HIPOFOSFITOS:** De manganésio, de cálcio, de potássio de ferro, de quinina e de estricnina

**DOSES:** Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café 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 **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

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

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L. da**  
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

## FORXOL BAILLY

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

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

**LIQUIDO**  
**AGRÁDAVEL** toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido excepto o leite

Laboratorios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS 8<sup>e</sup>



com a observação de que a função da vesícula é diferente da de qualquer porção do *tractus* digestivo, e ainda de que a disposição das suas fibras em todos os sentidos (sem uma predominante direcção) faz com que, durante a contracção, êle se reduza em todos os diâmetros, e, portanto, se aprecie difficilmente essa redução de volume. Estas contracções vesiculares têm-as Chiray registado por meio de gráficos, onde aparecem umas pequenas, reproduzindo-se 2 a 3 vezes por minuto sôbre umas outras muito lentas de  $\frac{1}{2}$  ou, até, 2 horas.

V — Como perceber que a bile B seja uma bile por hiperexcitação da célula hepática à custa do ião *Mg*, se nós obtemos a mesma bile com os mais variados produtos, como a peptona, o azeite, o ácido oleico, a pilocarpina e a pituitrina?

Basta a constatação dêste facto para, de uma vez para sempre, pôr de parte essa hipótese.

V — Embora sejam casos raros, todos os autores sabem que em certos colecistectomizados aparece uma bile escura idêntica à bile B.

Stepp, Lyon, Mac-Caskey, Hollander, etc., têm, nos seus estudos minuciosos sôbre o assunto, observado que, sendo raros os casos em que a bile escura obtida em tais condições seja perfeitamente idêntica à bile B, notaram, no emtanto, que êsses casos se tornavam mais freqüentes à medida que se iam distanciando do tempo da operação, indo encontrar, em tais doentes, os canais biliare extra-hepáticos dilatados, formando até ampolas, como tem acontecido, à custa do esto cístico. A bile, pois, que se obtinha, era uma bile concentrada por retenção.

VI — A identidade da bile B com a bile da vesícula obtida após o acto operatório é afirmada pelas mais minuciosas análises, desde Einhorn a Lyon. Se, por vezes, alguma diferença existe, os autores não querem pensar que, raramente, a evacuação vesicular se fez na sua totalidade e que, portanto uma pequena porção que fique é a mais concentrada e criará as diferenças encontradas.

VII — Se, por vezes, parece haver um descorado entre o volume da bile D e o da vesícula normal, é isso consequência de factores patológicos.

Grande número de autores, no emtanto, dizem precisamente o contrário. Na minha experiência tenho obtido, em regra, bile B desde 20 a 50 c. c., além de casos de simples gotas de bile escura e de um caso em que obtive cêrca de 150 c. c.

Não me quero esquecer de que o primeiro era um doente com a vesícula cheia de cálculos, e o segundo um doente com hemicrânia por estase vesicular.

Portanto, o desacôrdo notório, quando existe provém de atonias, escleroses, calculoses e inflamações vesiculares.

VIII — Se é a regra, em doentes com uma vesícula atrófica, esclerosada, espessa e com aderências, mais ou menos cheia de cálculos, não haver bile B, esta pode existir em pequena quantidade regular se, por um fenómeno de compensação orgânica, os canais biliare se tiverem dilatado, originando estase biliar.

IX — A colecistografia pela prova de Graham dá-nos a demonstração, evidente, da contracção do colecisto e da utilidade desta.

Assim, Gallart que dela diz tirar prova em contrário, mencionou casos em que o volume da vesícula antes da injeção do sulfato de magnésio, e no momento em que corria a bile C, era diferente, explicando, no entanto, o fenómeno por irritação da sonda...

Não percebo, desde o momento que não admita contracções da vesícula e consequente evacuação da bile com a fenoltaleína tetraiodada.

Kalk e Schondübe, com a sua prova de pituitrina, observam formas diferentes da vesícula; Whitaker e Fessly, com a refeição de Boydon, observam uma enorme redução, quasi até o desaparecimento; Pribam e Strauss, combinando a prova de Graham com a de Meltzer-Lyon, têm obtido radiografias em série de vesícula que não deixam dúvidas sobre a sua contractilidade e a efficácia da contracção, mostrando mesmo um carácter rítmico dessas contracções.

Num trabalho americano bem recente (Julho de 1928), Whitaker e Merle Scott, depois de terem eliminado, como influências efficientes, a variação da pressão intra-abdominal, o peristaltismo intestinal, a retracção elástica da vesícula consecutiva ao relaxamento do esfincter de Oddi, e lavagem da vesícula pela bile hepática, sem negarem a acção adjuvante destes factores, mostram-nos, por intermédio da intervenção em gatos, onde fizeram as injeções vesiculares de iodipina, e obturando todos os canais que iam ter ao coledoco, servindo-se de uma refeição oleosa e tirando várias radiografias, que não só se obtêm diferentes formas da vesícula, acusando sucessivamente uma redução de volume, mas, também, que a iodipina se encontra no duodeno e subjacente intestino.

X — Se, por vezes, em indivíduos reputados normais, a bile B não aparece, não se deve concluir, precipitadamente, como o fazem alguns autores, que ela não existe. Devemos aumentar a dose de sulfato de magnésio, ou, momentos depois, empregar um soluto de peptona ou, ainda, juntar a estes meios a prova de pituitrina.

E, se ainda nada obtivermos, devemos deixar passar uns dias e repetir estas provas.

Só assim estamos habilitados a dizer que não há bile B. Se assim tivesse feito, talvez Winterstein não apresentasse uma proporção de 50 % de indivíduos reputados normais em que não encontrou a bile B. Quando esta não aparece é, pois, sinal de alteração patológica.

XI — No doente de Gallart, este coloca-se em condições anormais, de modo que é natural que a bile recebida da vesícula por um dreno seja pouco corada, porque, apenas aí chega, sai; e, quanto à bile B, que obtém pela prova de Meltzer-Lyon, Gallart não nos diz de que meios se serve para fazer a distinção entre as três biles, não sabendo que concentração pigmentar tem essa sua bile B, nada nos dizendo, também, sobre as restantes vias biliares onde podem ter lugar fenómenos de estase.

O doente de Dunn e Connell é de mais difícil interpretação e refutação, mas Chiray esclarece o caso, dizendo que um refluxo do sulfato de magnésio — possível de se dar e frequente — era capaz de tornar a bile mais densa e turva; por outro lado, atendendo ao estado infeccioso grave e antigo e a que uma pequena estase é possível no canal hepático, tal caso não tem o valor que os seus autores lhe atribuíram.

XII — Ao receber a bile, noto, como Chiray, que é quasi sempre brusca-mente que surge a bile B, vindo, depois, aos pequenos fluxos entre outra de côr mais clara. Tal successão de fenómenos harmoniza-se, perfeitamente, com a origem vesicular da bile B e não com a fisiologia celular hepática.

XIII — Hatzieganu e Halitza demonstraram da seguinte maneira que a bile B é a bile vesicular: dão ao doente uma injeccão intra-muscular de 0,16 gr. de indigo-carmim; 12 horas depois, quando já todo o carmim tem saído do figado, fazem a tubagem duodenal e obtêm biles A, B e C, sendo só a B corada pelo carmim.

XIV — O japonês Iwao Matsuo fez a seguinte e interessante experiên-cia: tem um animal com uma sonda no duodeno e com a vesícula à vista; faz uma injeccão de azorubina S nesta e nota o aparecimento dêste corante cá fora, no mesmo momento em que a vesícula se achata. Diz êste mesmo autor ter observado idêntico fenómeno em dois doentes em que procedeu do mesmo modo, no momento em que os operava.

\*  
\*   \*  
\*

Com todas estas experiências e tão variados argumentos, de difficil se-não impossível destruição, creio ter demonstrado à evidência que a vesícula se contrai, que as suas contracções, originadas pelo reflexo duodeno-vesicular, são o bastante para produzir a evacuação do colecisto e que a bile B é a bile vesicular.

## Revista dos Jornais de Medicina

A influência de uma forma especial de alimentação na tuberculose grave. (*Der Einfluss besonderer Ernährungs-art auf schwere Formen tuberculöser Erkrankungen*), pelos Prof. SAUERBRUCH UND DR. A. HERRMANNSDORFER. — Comunicação à Sociedade de Medicina de Berlim, sessão de 3 de Julho de 1929. In. *Therapie der Gegenwart*, Setembro de 1929. — Relatório de F. KLEMPERER.

A dieta de Gerson-Sauerbruch contém cêrca de 90 gr. de proteínas, 160 gr. de gorduras e 220 gr. de hidratos de carbôneo, com perto de 3.000 calorias por dia (45-50 calorias por kilogr.), restrição, a mais completa possível, de cloreto de sódio, abundância de potássio (nas hortaliças, saladas e frutos), de cálcio e magnésio (que se encontram no mercado sob o nome de *Mineralogen*), e finalmente grande quantidade de vitaminas (em parte nos alimentos crus e em parte nos alimentos pouco cozinhados).

*Alimentos proibidos*: cloreto de sódio, conservas, carne fumada e condimentada. Salchichas e presunto, peixe fumado ou salgado.

*Alimentos permitidos moderadamente*: farinha, pão sem sal, caldos gordos, pão negro, biscoitos, massas, macarrão, açúcar, especialmente o açúcar amarelo, mel puro, levedura de cerveja, pimenta, vinagre, extractos de carne, vinho vermelho de Málaga, café, cacau, cerveja.

*Alimentos permitidos*: carne fresca (cêrca de 600 gr. por semana), timos, miolos, fígado, rins, pulmões, peixe fresco (em quantidade limitada).

Leite: (1-1 1/2 l. por dia) só ou em *pudding*, creme, *kefir*, queijos não salgados, etc.

Gorduras: manteiga sem sal, azeite, banha.

Frutas de toda a espécie: possivelmente cruas, mas também cozidas, compotas, marmelada, geleia, sumo de frutos, limonadas, mosto de maçã, vinho de frutos, salada de frutos, maçã assada.

Saladas e legumes: os legumes não devem ser aquecidos; sempre muito frescos. Tomates, beterraba, nabos, batatas, cenouras, alho, cebola, espargos, couve flor, couve branca, couve vermelha, couve fermentada, couve de Sabóia, agriões, alface, ruibarbo, azêdas, espinafre, ervilhas, feijão, lentilha, cogumelos, pepinos, abóbora, melão.

Ovos, em *maionnaise*, *pudding*, arroz descorticado, sémola, maizena, tapioca, cevadinha, flocos de aveia.

Especiarias: todos os condimentos de plantas (pimenta, ervas finas, mento, alho, baunilha, canela, fôlhas de loureiro, cravo, anis, ervas sêcas, nós de côco, nós, etc.).

Emprega-se ainda um amino-sal que lembra o gôsto do cloreto de sódio.

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

# Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga, Refresca, Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO  
— TORINO —

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias :

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>o</sup> — Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> — LISBOA



# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

A IODALOSE é a ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona  
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA  
Comunicação ao XIII<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

**Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.**

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.  
DOSE MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

LISBOA MÉDICA

# FITINA

"CIBA"



## RECONSTITUINTE TONICO DO SISTEMA NERVOSO REMINEERALIZADOR

O preparado mais rico em fósforo orgânico  
e substancias remineralizantes assimilaveis.

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

Amostras e literatura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA,  
unico representante dos Productos „Ciba“ em Portugal

Medicamentos : óleo de fígado de bacalhau fosfatado, 4,5 gr. por dia (R. Phosph. 0,025 gr.; Ol. jecor. 300,0).

*Mineralogen* (3 vezes por dia, depois das refeições, uma colher das de chá dissolvido em água com uma colher de madeira), à venda na : Pharma, M. Loebinger & Co.; Berlim, Wilmersdorfer Ltr.

Os alimentos são distribuídos desta sorte nas seguintes refeições :

*Refeições diárias :*

7 horas — Sopa espessa (cêrca de  $\frac{1}{3}$  l. de leite, flocos de aveia, ou arroz ou sémola, ou maizena ou tapioca, etc , meio ovo, uma colher das de chá de manteiga, açúcar amarelo, limão, ou canela ou baunilha). Depois da refeição, 1  $\frac{1}{2}$  colher das de sopa de óleo de fígado de bacalhau fosfatado.

9 horas — Café fraco com leite, pão, manteiga, marmelada, ou mel. Depois da refeição, uma colher das de chá de *Mineralogen*.

10 horas — Fruta e legumes frescos, gema de ovo cru com sumo de limão.

12  $\frac{1}{2}$  horas — Almôço : sopa, um prato variado (carne, peixe ou ovos, fruta. Depois, uma colher das de chá de *Mineralogen*.

4 horas — Leite (com cacau ou café), bôlos, biscoitos, pastéis, pão com manteiga, com marmelada, ou com mel.

6  $\frac{1}{2}$  horas — Jantar : um prato variado (carne, peixe ou ovos), queijo e fruta. Depois, uma colher das de chá de *Mineralogen*.

8 horas — Uma sopa espessa e uma colher das de sopa de óleo de fígado de bacalhau fosfatado (como de manhã). No verão, leite acidificado.

NOTA: Os alimentos não devem ser demasiadamente cozinhados; só o tempo imprescindível. Não devem ser reaquecidos. Empregar abundantemente alimentos crus.

A técnica desta dieta é de muito difícil realização, principalmente no que diz respeito à sua isenção em cloreto de sódio, e por isso só poderá ser completamente seguida em casas de saúde ou sanatórios especiais. — Quando os alimentos são bem preparados por uma cozinheira especializada, e o doente inicia a cura com confiança, depressa se habitua ao regime sem sal. É preciso uma cura de, pelo menos, três meses, para se obter resultados que perdurem.

Para conveniente preparação da dieta é imprescindível a aquisição do livrinho dos esposos Herrmannsdorfer : *Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser* (1).

*Consequências do tratamento :*

Para avaliar os efeitos da dietética de Sauerbruch, compreendemos três grupos de tuberculose : lúpus, tuberculose cirúrgica, tuberculose pulmonar.

Em 8 casos de tuberculose cutânea e de lúpus, tratados por Herrmannsdorfer até fins de 1925, 6 melhoraram consideravelmente. Dos 23 casos de 1928, 12 melhoraram muito, 6 melhoraram, em 2 não se observaram melhoras (3 tiveram curta observação).

(1) Edição de Joh. Ambr. Barth. Leipzig, 1926.

Daqui resulta que o tratamento dietético, segundo Gerson-Sauerbruch, da tuberculose cutânea e do lúpus é de uma extraordinária importância.

Na tuberculose dos ossos e das partes moles, em 20 casos (1925), 8 tiveram uma observação muito curta, 3 melhoraram consideravelmente, 7 melhoraram, em 2 não se observaram modificações.

Em 1928, Sauerbruch-Herrmannsdorfer dão-nos a seguinte tabela:

Doenças	Número de casos	Pouco tempo de observação	Melhoras consideráveis	Melhoras	Sem melhoras	Mortos
Tuberculose ganglionar e das partes moles . . . . .	5	1	2	1	1	—
Tuberc. urogenital . . . . .	3	—	1	2	—	—
Tuberc. óssea . . . . .	37	8	18	6	4	1

Dos 43 casos de tuberculose pulmonar, reunidos em 1925 por Herrmannsdorfer, 6 melhoraram consideravelmente, 10 obtiveram melhoras, 15 não melhoraram e 1 morreu (11 tiveram observação muito curta).

A estatística de 1928 consta da seguinte tabela:

Formas de tuberculose pulmonar	Número de casos	Curta observação (12 estão ainda em tratamento)	Excepcionárias melhoras. Retornaram as suas ocupações	Melhoras ainda necessitadas de tratamento	Sem melhoras	Mortos
Tuberc. pulm. com complicações (fístulas anais ou intestinais, tuberculose óssea, fungos) . . . . .	9	4	1	3	1	—
Operados (dietética anterior ou posterior ao tratamento) . . . . .	23	3	15	5	—	—
Exsudativa-pneumônica com cavernas . . . . .	5	5	—	—	—	—
Predominantemente exsudativa com cavernas . . . . .	12	2	2	2	3	3
Produtiva febril com cavernas . . . . .	23	10	3	5	4	1
Produtiva com cavernas . . . . .	41	19	11	5	3	3
Produtiva-cirrótica sem cavernas . . . . .	3	—	3	—	—	—
	116	43	35	20	11	7

Outros autores não têm encontrado modificações da tuberculose pulmonar com esta dietética.

De uma maneira geral, podemos afirmar que a dieta de Gerson-Sauerbruch possui um extraordinário valor curativo na tuberculose cutânea e no lúpus; pequeno na tuberculose óssea, necessitando de uma mais larga expe-



riência clínica; que na tuberculose pulmonar, integralmente executada, não deu ainda a sua prova, e os resultados obtidos não são muito apreciáveis.

Klemperer termina o relato da conferência com a história da origem da dieta de Gerson-Sauerbruch.

De Gerson encontra-se na imprensa médica apenas uma publicação do ano de 1924, intitulada: *Sobre as bases constitucionais dos sintomas das doenças nervosas e a sua influência terapêutica*. Pensou que certas doenças (enxaqueca, neurose vaso-motora, asma brônquica, tique, epilepsia, neuroses cardíacas, etc.) eram devidas à cloruremia. Verificou mais tarde que os tecidos cancerosos e tuberculosos são ricos em cloreto de sódio e pobres em fosfatos, sais alcalino-ferrosos, em sulfatos e em silicatos. Daqui nasceu o método que é puramente empírico.

Quando pretendemos dar uma justificação biológica da cura de Gerson-Sauerbruch esbarramos nas freqüentes contradições que nos oferece o metabolismo mineral da tuberculose.

E. COELHO.

**Dinâmica das lesões valvulares do ventrículo esquerdo.** (*Dynamik der Klappenfehler des linken Herzens*), por H. STRAUB. — *Zeitschrift für Kreislaufforschung*, de 1 de Maio de 1929.

As determinações do tamanho do coração e do volume da sístole são actualmente tão pouco necessárias que só têm valor quando as suas alterações são de grande amplitude, não podendo, portanto, ser aplicadas ao conhecimento das alterações iniciais. É do mesmo modo impossível determinar com precisão por intermédio dos raios X as dilatações diastólicas do coração. As modificações ortodiagnósticas correspondem mais às alterações do músculo do que às do volume. O coração mantém sempre o seu volume-tempo (*Zeitvolumen*) quasi invariável. Quando aumenta a pressão produz-se uma manifesta diminuição no esvaziamento e um deslocamento do sangue para a pequena circulação. A força de reserva do coração é a capacidade do miocárdio em se adaptar às influências exteriores. O processo para tal regulação é o que se chamava residual. A dilatação produzida por este mecanismo não é, de modo algum, um indicio de insuficiência do coração, mas um processo de se preparar para a regulação e, portanto, para uma boa compensação. De entre as lesões valvulares, o apêrto aórtico pode ser muito acentuado antes de produzir manifestações funcionais. A insuficiência aórtica é a lesão que mais facilmente se compensa. O possível aparecimento de uma dilatação depende menos da lesão valvular do que das alterações miocárdicas. A insuficiência mitral oferece a combinação de um aumento de volume da sístole com um aumento da resistência, obrigando a um deslocamento do sangue para a circulação pulmonar; é difícil de compensar e necessita em alto grau da força de reserva do coração. Apenas as insuficiências mitraes ligeiras podem chegar a compensar-se bem. Na estenose mitral, a pressão na aurícula esquerda está elevada; a pressão ventricular diastólica só raramente se apresenta mais elevada do que no coração normal. Na maioria dos casos de lesões valvulares o miocárdio apresenta-se alterado.

E. COELHO.

**Descompensação das lesões valvulares congénitas e seu tratamento**  
*(Ueber die Dekompensation der erworbenen Herzklappenfehler und ihre Behandlung)*, por E. VON ROMBERG. — Ibid, ibid.

Diz-se que só existe uma descompensação quando a circulação não basta suficientemente às exigências vitais. É preciso separar d'êste estado as perturbações circulatórias devidas a alterações gerais do organismo produzidas por infecções, hemorragias, etc.

A descompensação pode depender de uma diminuição da energia cardíaca. O aumento da quantidade de sangue, que permanece por deficiência das contracções, aumenta a tensão das paredes do coração e compensa as perturbações mediante um aumento da contractilidade do miocárdio. Da rapidez com que aparecem as perturbações e das causas das lesões valvulares dependem as consequências para determinados segmentos do coração. Talvez a diminuição do *tonus*, que pode estar dependente do sistema vegetativo, desempenhe um papel importante em certas perturbações.

O aumento da quantidade total de sangue nos cardíacos é um facto reconhecido, constituindo uma dificuldade a mais para a circulação quando as energias do coração diminuem.

Desde as investigações de Eppinger que, além das modificações da circulação sanguínea, se dá importância ao aumento do ácido láctico do sangue e a outras alterações do metabolismo. Certamente isso constitui mais uma consequência da actividade cardíaca do que propriamente a sua causa.

A duração de um bom estado de compensação só pôde ser averiguada em metade dos casos de lesões valvulares endocárdicas estudadas pelo A. Uma terça parte apresentou-se descompensada desde o seu comêço; uma sétima parte permaneceu bem compensada mais de vinte anos. O A. observou uma evolução especialmente desfavorável nas lesões de origem sifilítica. A dispneia cardíaca explica-se melhor pela acidose láctica. A cianose é devida à dilatação dos vasos da pele. Pelo que se refere à profilaxia das lesões valvulares, o A. insiste na necessidade de cuidar atentamente dos focos sépticos e no tratamento perseverante da sífilis. Nas perturbações ligeiras da sífilis cardíaca recomenda os banhos carbónicos. Para regularizar a arritmia completa aconselha a quinidina. O medicamento mais importante continua a ser a dedaleira e, em casos agudos, a estrofantina intravenosa. A dedaleira actua tanto menos quanto mais dilatado se encontra o coração.

E. COELHO.

**Mais observações sôbre a hepatoterapia na anemia perniciosa.** (*Weitere Erfahrungen mit der Lebertherapie bei Anemia perniciosen*), pelo Prof. SCHOTTMULLER.

Nos últimos 50 doentes em que o A. empregou exclusivamente o *hepatopson* as consequências terapêuticas foram idênticas às do fígado fresco. O A. dá diariamente 5 gr. de *hepatopson* concentrado, sêco, que correspondem a 500 gr. de fígado fresco.

E. COELHO.

**Opoterapia hepática nas anemias secundárias** (*Liver therapy in secondary anemia*), por S. C. DIKE. — *Lancet*. 8 de Junho de 1929.

O A. experimentou a opoterapia hepática em 12 casos de anemia secundária, alguns de longa marcha e de etiologia pouco precisa, e em 5 de anemia secundária a perdas sanguíneas. Só estes últimos casos trazem as suas histórias clínicas incluídas no texto e só nêles se patenteou uma nítida resposta ao tratamento, 4 com reticulocitose no comêço do tratamento, seguida de aumento na percentagem dos glóbulos rubros e da hemoglobina. Conclui:

«Em certas formas de anemia secundária a terapêutica hepática é capaz de determinar uma reticulocitose e um aumento no número dos hematias. Os melhores resultados são demonstráveis nas anemias secundárias consecutivas a perdas sanguíneas. O efeito do tratamento é acentuadamente reforçado pelo emprêgo simultâneo de ferro».

MORAIS DAVID.

**Normas para o tratamento da diabetes cirúrgica** (*The care of surgical diabetic*), por W. RICHARD OHLER. — *New-Eng. Journ. of Med.* 8 de Agosto de 1929.

As considerações que o A. apresenta acêrca das complicações cirúrgicas na diabetes resultam da apreciação dos casos admitidos em um período de 10 anos no Boston City Hospital, e são enumeradas, sumariamente, assim:

1 — A diabetes cirúrgica deve ser considerada como uma emergência cirúrgica; a diabetes cirúrgica reveste uma feição grave porque a infecção progride rapidamente e os sintomas cirúrgicos são, muitas vezes, obscuros.

2 — A presença de açúcar e de ácido diacético nas urinas não constitui um obstáculo para a cirurgia. A-pesar-do carácter de gravidade que apresenta a diabetes cirúrgica, a intervenção operatória presta com freqüência, os melhores serviços, desde que o tratamento médico, indispensável em tal categoria de doentes, seja instituído com a necessária urgência e observado rigorosamente antes e depois da operação. Isto torna-se particularmente evidente em relação com a drenagem de focos sépticos.

3 — A existência de pus agrava, sempre, o prognóstico da diabetes.

Todos os casos de diabetes séptica que o A. compulsou, e em que a intervenção operatória foi adiada até o levantamento das condições do estado geral dos doentes, terminaram, sem excepção, pela morte.

4 — Mesmo nos casos de septicémia, é possível manter a urina sem açúcar por intermédio da insulina; mas é preciso notar bem que a insulina por si não obsta ao desenvolvimento da infecção.

5 — Uma ferida infectada, em um diabético, impõe uma vigilância aturada, diária. Uma pequena área de gangrena pode, em 24 horas, determinar a mortificação de um largo território do corpo.

6 — O côma incipiente em diabéticos sem complicação cirúrgica reveste-se por vezes, de sintomas de ventre agudo. No côma diabético os doentes estão desidratados, têm vômitos, diarreia, e a análise do sangue revela uma leucocitose.

7 — Para o tratamento eficiente destes casos exige-se a cooperação simultânea do médico e do cirurgião.

8 — As pesquisas de açúcar e ácido diacético devem repetir-se, durante o período crítico da doença, com freqüência. Estes exames, em amostras de urinas separadas, são mais úteis do que o exame efectuado na totalidade das urinas de 24 horas.

9 — Os doseamentos da glicose no sangue dão indicações úteis mas não prestam esclarecimentos quanto à espécie do tratamento cirúrgico nem quanto à sua oportunidade. Muitas vezes se perde um tempo precioso à espera do resultado deste doseamento.

10 — A dosagem da insulina pode regular-se aproximada e facilmente pela pesquisa do açúcar das urinas, colhidas pouco tempo antes de cada refeição:

Sem açúcar — omitir a insulina. Côr esverdeada — 5 unidades. Verde amarelada — 10 unidades. Acastanhada — 15 unidades. Vermelha — 20 unidades. Ácido diacético — 20 unidades.

#### GUIDADOS PRE-OPERATÓRIOS QUANDO A INTERVENÇÃO NÃO É URGENTE

1 — O doente deve ficar entregue à vigilância constante de um médico.

2 — As urinas do doente não devem conter açúcar e a glicemia não deve ser superior a 2,5 grs. para uma dieta de 100 gramas de hidratos de carbone e adequadas percentagens de proteínas e gorduras (cêrca de 1 gr. de proteínas por quilograma de pêso).

3 — No dia da operação o doente receberá 30 a 50 grs. de hidratos de carbone sob a forma de papa de aveia ou laranja, 2 horas antes do acto operatório.

4 — Se o doente faz uso de insulina, a dose matinal deve administrar-se-lhe como de costume.

#### QUANDO A INTERVENÇÃO É URGENTE

1 — Analisam-se as urinas, quanto ao açúcar e ácido diacético, e faz-se a injeccção de insulina em dose conveniente, segundo os dados aproximados do esquema acima referido.

2 — Antes da operação introduzem-se cêrca de 30 a 50 grs. de hidratos de carbone no organismo, por qualquer via — uma refeição de papa de aveia, glicose por via rectal, por via intravenosa ou subcutânea.

#### REGRAS REFERENTES Á TÉCNICA OPERATÓRIA

1 — Durante a operação evitar o arrefecimento do doente, conservando-o coberto, aquecido, e evitar as perdas de fluidos.

2 — Nos casos graves injectar 1 litro de sôro fisiológico por via subcutânea, antes de o doente deixar a casa de operações.

## CUIDADOS POST-OPERATÓRIOS

1 — Em seguida à operação instituir imediatamente o clister gota a gota.  
2 — Analisar a urina dentro da primeira hora e dar insulina, se se verificam condições para tal. (Em alguns serviços é de prática habitual injectar 5 a 10 unidades de insulina antes de o doente sair da sala de operações).

3 — Nas horas seguintes, vigiar ainda as urinas, primeiro a intervalos de 2 horas (durante o 1.º dia) e depois a intervalos de 4 e 6 horas (2.º e 3.º dias respectivamente) e empregar as doses requeridas de insulina.

Não interpretar com alarme a aparição de açúcar nas urinas e vigiar antes, com cuidado, a presença de ácido diacético.

4 — Iniciar o mais cedo possível a ingestão de líquidos; a papa de aveia rala e o leite podem ser permitidos largamente no decurso das primeiras 24 horas. Durante este lapso de tempo o doente deve ingerir cerca de 1 litro de líquido.

5 — Se existe qualquer impedimento à ingestão de líquidos, faça-se a introdução de hidratos de carbono sob a forma de soro glicosado por via rectal ou por via intravenosa, na dose mínima de 50 gr. durante o 1.º dia.

6 — Principalmente nos casos de cirurgia abdominal ou laríngea, e bem assim nalguns outros casos, é preferível deixar ao cirurgião o cuidado de marcar o plano dietético e adaptar a este a dose de insulina correspondente.

MORAIS DAVID.

As cápsulas supra-renais. (*The adrenal glands*), por G. N. STEWART. — *Arch. Med. Int.* Julho, 1929.

Este largo repertório versa não só a fisiologia mas também a patologia das cápsulas supra-renais e refere-se aos trabalhos mais importantes publicados sobre o assunto, até aos mais modernos.

Logo no começo do artigo afirma o seu autor :

«No estudo das supra-renais tem-se atribuído uma extraordinária importância ao papel da porção medular da glândula e da adrenalina, mas a função do córtex, pelo contrário, só raramente é referida, e daqui a errada convicção com que se fica depois da leitura da grande maioria das obras que correntemente se consultam».

A maior parte do trabalho é devotada ao estudo do córtex da supra-renal, ainda que a parte medular também tenha as merecidas referências no trabalho do autor, em larga escala firmado no campo da investigação experimental.

Respignando as principais afirmações espalhadas no seu extenso e valioso artigo, poderemos dizer assim :

O tecido inter-renal (córtex) é a parte da supra-renal indispensável à vida.

O tecido cromafim (medula) pode ser destruído, a libertação da adrenalina pode ser interrompida, ou mesmo as duas operações simultaneamente executadas, sem qualquer efeito imediato ou remoto.

A supra-renalectomia total executada em cães e gatos não impede uma certa sobrevivência, que depende em parte da espécie animal que serve para a experiência e em parte também da perfeição com que decorre o acto operatório.

Os extractos do córtex glandular aumentam a sobrevivência dos animais operados e a sua aparência saudável é mais demorada do que nos animais testemunhas. O estudo farmacológico do princípio activo que entra na composição d'este extracto glandular ainda está por fazer.

Os sintomas cardinaes que precedem a morte dos animais de experiência são sintomas do tubo digestivo, e as lesões anátomo-patológicas dos animais autopsiados residem também principalmente no aparelho digestivo; é pois de supor que o extracto orgânico exerça qualquer acção, senão exclusiva pelo menos principal, sobre o segmento digestivo.

O córtex contribuiria, por intermédio da sua secreção, para regular certos processos metabólicos de outros órgãos ou tecidos que sem a sua intervenção originam sintomas de intoxicação grave.

O quadro tóxico é sobressaliente nos períodos terminais da vida dos animais descapsulados.

Ainda não se isolou do tecido cromafim um único princípio reconhecida-mente indispensável à vida e por isso é erróneo o conceito que attribui os sintomas clínicos da doença a uma insuficiência da porção medular.

MORAIS DAVID.

**A injeção intramuscular de sangue total, de adulto, como agente profilático do sarampo.** (*The intramuscular injection of adult whole blood as prophylactic against measles*), por G. BADER. — *Jour. Am. Med. Ass.*, 31 Agosto, 1929.

Em uma série de 30 doentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 42 meses, injectou-se o sangue total de pessoas que tinham contraído o sarampo entre 2 a 25 anos atrás, na quantidade de 20 a 30 c. c. Só em um caso se empregou o sangue total de um doente convalescente de sarampo (com 3 meses decorridos sobre o periodo de manifestações da doença) e na quantidade de 10 c. c.

Parece concluir-se que a acção do sangue total destes individuos manifesta uma acção profilática evidente.

MORAIS DAVID.

**A diatermia e a radioterapia no tratamento da artrite obliterante.** (*La diathémie et la radiothérapie dans le traitement de l'artérite oblitérante*), por L. DELHERM e HENRI BEAU. — *Journal de Radiologie et d'Électrologie*. Julho, 1929.

Os AA. pensam que em presença duma artrite obliterante devemos proceder do seguinte modo: localmente empregar-se há a diatermia segundo uma técnica especial, associada a applicações de infra-vermelhos ou de luz

# YODALGON

## COM ARRENAL

Combinação orgânica de IODO, FOSFORO e ARSENICO associada aos principios activos do *fucus vesiculosus*, *tumaria* e *juglans regia*. Muito rico em VITAMINAS.

XAROPE MUITO AGRADAVEL DE TOMAR

Artritis, Escrofulose, Arteriosclerose, Linfatisimo, Tuberculose e Doenças da pele.

RECONSTITUINTE DE EFEITO SEGURO NAS CRIANÇAS

*Doses: Adultos, 3 colheres das de sopa. Crianças, 3 colheres das de chá.*

Depositaris para Portugal e Colonias: Gimenez-Salinas & C.ª, Rua Nova da Trindade, 9, 1.ª - Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

# DIGIBAÏNE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL;  
GIMENEZ-SALINAS & C.ª.  
R. NOVA DA TRINDADE, 9 - LISBOA

# HEXOPHAN



## Poderoso medicamento contra a gotta

Ação rápida e duradoura, dissolvente do ácido úrico, não produz transtornos gastros intestinais. — Internamente :

3 a 4 vezes por dia 1 grama

*Empacotamento original «Hoechst».*

Tubos de 20 comprimidos de 1 grama.

Literatura e amostras a pedido dos srs. médicos

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico "Bayer-Meister-Lucius"

Representante - depositário

**Augusto S. Natividade**

Rua dos Doureiros, 150, 3.º

LISBOA





vulgar sôbre as extremidades afectadas. Esta técnica descrita pelos AA. consiste em colocar um electrodo acima do ponto onde começam as dores (nádegas, coxas) e o outro debaixo dos pés. Aumenta-se, então, suavemente a intensidade até que o têrço interior das pernas esteja aquecido, mas sem provocar dor; neste momento muda-se a placa dos pés para a face posterior das pernas e aumenta-se, de novo, suavemente, a intensidade.

Actuar-se há a distância, com raios X, sôbre a coluna cêrvico-dorsal, ou dorso lômbar, conforme os membros afectados, e submeter-se há o paciente à acção do leito condensador de alta freqüência, a fim de actuar sôbre o seu metabolismo geral e sôbre as suas glândulas de secreção interna.

As práticas de fisioterapia descritas associa-se um tratamento medicamentoso racional e a observância de certas regras de higiene indispensáveis, sobretudo, nos indivíduos com tendência para o espasmo.

A cura carbo-gasosa de Royat é também para aconselhar.

---

F. FORMIGAL LUZES.

A fórmula de Arneth e a hélio-actinoterapia (*La formule d'Arneth au cours de l'hélio-et de l'actinothérapie*), por E. LIVERANI. — *L'actinotérapie*, vol. VII. Outubro, 1928. Págs., 165-178.

O A. estudando as modificações da fórmula de Arneth nos indivíduos com tuberculose das serosas sujeitas à hélio ou actinoterapia, conclui que, simultaneamente com a melhoria local e geral, se observa um desvio nítido desta fórmula para a direita. Preconiza que se proceda, com regularidade, à sua observação, o que nos permitirá não só ajuizar dos progressos da cura como também estabelecer o nosso prognóstico.

---

F. FORMIGAL LUZES.

Um novo método de esterilização e cicatrização das feridas pela electrólise (*Une nouvelle méthode de stérilisation et de cicatrization des plaies par l'électrolyse*), por CHEVRIER. — *Société de Chirurgie*. Sessão de 13 de Fevereiro. 1929.

O método consiste em fazer a ionização por meio do sôro isotônico.

Empregando êste método o A. tratou cêrca de 1.500 feridos, nos quais pôde fazer a sutura primitiva evitando, quasi sempre, a infecção e diminuindo de um quarto a duração de incapacidade para o trabalho.

---

F. FORMIGAL LUZES.

Devem-se tratar as adenopatias tuberculosas pela radioterapia? (*Faut-il traiter les adénopathies tuberculeuses par la radiothérapie?*), por A. BERNARD e A. DE TAYRAC. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*. N.º 6. 10 de Fevereiro. 1929. Pág. 89.

Os AA. acham que nem todas as adenopatias tuberculosas lucram com a radioterapia, que não consideram desprovida de perigos.

Assim, atribuem-lhe o provocar supurações seguidas de fistulização, extensas escleroses cicatriciais, possíveis degenerescências malignas, recidivas e manifestações de tuberculose visceral, com acidentes gerais, atribuíveis pelos AA. à disseminação de bacilos que a roentgenerapia, longe de destruir dentro das massas ganglionares, vai robustecer.

Em sua opinião, no tratamento desta afecção devem-se empregar de preferência à radioterapia outros «meios menos brutais», que, por serem aparentemente menos eficazes, nem por isso deixam de nos fornecer melhores resultados. Estão neste caso: a cura de ar, a cura hélio-marinha, o iodo, as ultra-violetas e a vacinoterapia (antigénico metílico de Nègre e Boquet).

F. FORMIGAL LUZES.

A influência duma especial alimentação sôbre as formas graves das doenças tuberculosas. (*Der Einfluss besonderer Ernährungsart auf schwere Formen tuberkulöser Erkrankungen*), por A. HERMANNSDORFER.— *Medizinische Klinik*, n.º 32. 1929.

O A. começou as suas investigações há seis anos em Munich, estudando a influência das diferentes espécies de alimentação sôbre o decurso dos processos inflamatórios, verificando que na realidade a dieta acidificante tem uma acção indubitável sôbre a cicatrização das feridas

A dieta aconselhada pelo A., baseada nos seus estudos anteriores e ainda nos trabalhos de Gerson, consiste aproximadamente no seguinte:

*Alimentos proibidos:*

Sal. Conservas. Carne ou peixe conservados ou fumados. Chouriço e presunto.

*Permitidos com restrição:*

Farinhas: pão sem sal, macarrão. Açúcar (principalmente açúcar cãdi castanho), verdadeiro mel de abelha. Pimenta. Vinagre.

*Permitidos:*

Carne fresca (cêrca de 600 gr. por semana). Fígado, pulmão, rim, baço, miolos. Peixe fresco. Leite. Gordura (manteiga sem sal, azeite, banha, toucinho sem sal). Fruta. Saladas (tomates, alface, etc.). Ovos (também em *mayonnaise*). Arroz, maizena, tapioca, flocos de aveia, etc.

*Medicamentos:*

Óleo de fígado de bacalhau fosforado, 45 gr. por dia (Rp. Phosph. 0,025 Ol. jecor. as. 300). *Mineralogen* (1 colher de chá 3 vezes ao dia, depois das refeições); consiste numa mistura de sais anorgânicos de cálcio e magnésio. Fornecedor: Pharma, M. Loebinger & C., Berlim, Wilmersdorfer Strasse.

A dieta é repartida pelas seguintes refeições :

7 horas —  $\frac{1}{3}$  de litro de leite, flocos de aveia, maizena, tapioca,  $\frac{1}{2}$  ovo, 1 colher de chá de manteiga, açúcar cândi, limão ou baunilha. 1  $\frac{1}{2}$  colher de óleo de fígado de bacalhau fosforado.

9 horas — Café fraco (principalmente malte, apenas poucos grãos de café) com muito leite. Pão, manteiga, marmelada ou mel, 1 colher de chá de *Mineralogen*.

10 horas — Fruta crua, hortaliças cruas (pouco vinagre), gemas de ovo cruas com sumo de limão.

12,30 horas — Sopa, um prato, fruta. 1 colher de chá de *Mineralogen*.

4 horas — Leite (cacau ou um pouco de café), bôlos, queques, *Zwieback*, manteiga ou marmelada.

8 horas — Como pela manhã. 1  $\frac{1}{2}$  colher de óleo de fígado de bacalhau fosforado.

*Não cozinhar demasiadamente os alimentos. Empregar o mais possível alimentação crua.*

Em regra : 3.000 calorias — 90 gr. de albuminóides, 160 gr. de gorduras e 220 gr. de hidratos de carbone.

O A. relaciona estreitamente a dieta aconselhada com os seguintes factos que, possivelmente, lhe dão uma base teórica :

Experiências em animais demonstram que a alimentação rica em albuminóides diminui a receptividade para as infecções. Fisiologistas e pediatras têm verificado que a alimentação rica em gorduras e lipóides aumenta as forças defensoras do organismo. Pelo contrário, a dieta rica em hidratos de carbone favorece a extensão do processo tuberculoso. Supurações e feridas inflamatórias têm sido combatidas com dieta pobre em sal a fim de diminuir a quantidade de água dos tecidos. A mesma terapêutica foi utilizada por Czerny e Finkelstein em crianças linfáticas, conseguindo assim, com dieta pobre em sal, curar eczemas húmidos e supurações da pele e mucosas. Os iões cálcio e magnésio têm acção diurética e qualidades acidificantes. O desvio do equilíbrio ácido-básico para o lado ácido empobrece o organismo em água. Uma alimentação rica em vitaminas tem a maior importância prática no combate às infecções.

A dieta aconselhada é caracterizada pela riqueza em albuminóides e gorduras e relativa pobreza em hidratos de carbone. Não procura engordar os doentes, porque, como muitos outros, não vê vantagem num excessivo aumento do pêso e restringe a dieta logo que é atingido o pêso normal.

O valor desta terapêutica dietética tem sido negado por muitos investigadores, como o próprio autor confessa; entretanto ultimamente várias vezes se levantaram a apoiar calorosamente a terapêutica de Hermannsdorfer. Os efeitos verificam-se principalmente na tuberculose cirúrgica e cutânea cuja evolução mais facilmente se aprecia do que a da tuberculose pulmonar. Entretanto mesmo nesta última o A. tem observado os melhores resultados.

**Da secção dos ligamentos útero-sagrados em cirurgia ginecológica** (*De la section des ligaments utéro-sacrés en chirurgie gynécologique*), por H. MOLIN e F. CONDAMIN. — *Gynecologie et Obstétrique*. N.º 1, T-XX, 1929.

A secção dos ligamentos útero-sagrados (U. S.) está indicada nos seguintes casos:

1.º Como tempo complementar de certas ligamentopexias e histeropexias por retroversão uterina com retracção dos U. S.

2.º Para favorecer a colocação em posição normal dum útero em retroversão que condições desfavoráveis não permitem fixar sem perigos.

3.º Como completamento de operações conservadoras por anexites crónicas quando se não pode esperar a regressão da douglassite residual pela simples ablação das lesões causais.

4.º Contra a parametrite posterior crónica como tempo complementar do tratamento feito à metrite do colo.

5.º Como intervenção isolada das douglassites ou parametrites posteriores residuais depois da regressão completa das lesões causais.

Concluindo a secção dos U. S. está indicada na lesão secundária dos U. S. caracterizada pela sua retracção dolorosa que determina perturbações mecânicas e nervosas progressivamente crescentes e que é necessário tratar activamente.

F. FONSECA.

**Estudo sobre a biologia da placenta do cobaio.** (*Étude sur la biologie du placenta du cobaye*), por R. VILARDELL. — *Gynecologie et Obstétrique*. N.º 1, T-XX, 1929.

O preparado de placenta fresca de cobaio em injeção intraperitoneal ou intracardiaca a cobaios dá lugar a clorose e a pequenas alterações das glândulas renal e hepática dos animais injectados.

O mesmo preparado autolizado e injectado por via intraperitoneal ou intracardiaca a cobaios determina a anemia perniciosa e pequenas alterações das glândulas renal e hepática.

O preparado de placenta fresca de cobaio injectado por via intraperitoneal a cobaios diabéticos tem uma acção anti-glicosúrica.

Sob o ponto de vista endócrino o A. pensa que a placenta de cobaio tem uma acção hormonal estimulante sobre o pâncreas e frenadora sobre a tiroideia e supra-renais.

F. FONSECA.

**Tratamento dos cancros desenvolvidos nas cicatrizes vaginais consecutivas à histerectomia total.** (*Traitement des cancers développés sur de. cicatrices vaginales après hystérectomie totale*), por H. HARTMAXN, S. FABRE e DUBOIS-ROQUEBERT. — *Gynecologie et Obstétrique*. N.º 1, T-XX, 1929.

Do estudo das observações dos AA. deduz-se que os insucessos se encontram principalmente nos doentes que apresentam uma ulceração escava-

cada, ou uma infiltração extensa dos ligamentos largos. Nos casos em que a ulceração é superficial ou há massas salientes sem grande infiltração subjacente, a curieterapia, mesmo sem radioterapia profunda, determina curas na grande maioria dos casos, curas que se mantêm durante longo tempo (casos observados durante 5 e 6 anos). É pois importante observar frequentemente os doentes colpo-histerectomizados de modo a tratar precocemente as recidivas antes que a neoplasia invada as regiões vizinhas. Uma segunda recidiva local pode ser tratada com vantagem por uma nova aplicação de rádio. Em dois doentes os AA. fizeram esta nova aplicação 10 e 12 meses depois da primeira. Um dos doentes manteve-se bem durante 4 anos, apresentando depois uma recidiva que o vitimou 6 anos e 2 meses depois do primeiro tratamento. O segundo doente continua bem, tendo já decorrido 3 anos depois da primeira aplicação. Nos casos em que a infiltração cancerosa é sobretudo extra-vaginal os resultados tanto da curieterapia como da roentgenoterapia, não são animadores.

F. FONSECA.

**Cervicite crónica e cancro; estados precancerosos do colo uterino.**

(*Cervicite chronique et cancer; états précaucéreux du col utérin*), por E. VILLARD e G. MONTEL. — *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 1. T. XX. 1929.

O conjunto do estudo das relações entre o cancro do colo uterino e as inflamações crónicas do mesmo permite as seguintes conclusões:

1.º — Contrariamente à opinião clássica, a erosão simples com persistência de epitélio cilíndrico de revestimento é rara na cervicite crónica. *A lesão freqüente é, pelo contrário, a úlcera verdadeira com perda total do epitélio.* Estas ulcerações verdadeiras podem passar despercebidas ao simples toque vaginal e por êsse motivo nunca devemos desprezar o emprêgo do *speculum* no exame duma cervicite crónica

2.º — Os caracteres de cronicidade destas ulcerações, mais acentuados quando complicam lesões de metrite, favorecem o desenvolvimento dos tumores malignos.

3.º — Numerosos factos clínicos provam a relação indiscutível que existe entre as lesões inflamatórias crónicas e o cancro do colo.

Muitas vezes se encontram, nos antecedentes dos doentes com cancro do colo, sinais de cervicite antiga mais ou menos desprezada, tendo precedido os sintomas próprios da neoplasia.

Não há afecção mais rebelde e tenaz do que a cervicite crónica. A sua evolução por *poussées* inflamatórias arrastadas demonstra a lei de patologia geral que afirma a implantação do cancro nos velhos focos de infecção.

A freqüência das ulcerações metríticas crónicas, a freqüência das rasgaduras obstétricas do colo que determinam um *ectropion* da mucosa favorável à infecção e às erosões são ainda factos clínicos que dão à cervicite crónica caracteres permitindo a implantação do cancro.

4.º — Os exames anátomo-patológicos confirmam os factos clínicos e

mostram modificações celulares precancerosas. Do estudo das variedades histológicas das cervicites crônicas conclui-se que a inflamação é susceptível de criar, por uma hiperplasia cada vez maior dos elementos glandulares, uma espécie de tumor benigno inflamatório. Assim se formaria uma verdadeira cadeia, começando na inflamação crônica, terminando no cancro com passagem pelo tumor benigno de origem inflamatória.

Coexistindo com estados inflamatórios crônicos encontramos quer lesões cancerosas, quer verdadeiros estados precancerosos caracterizados por modificações celulares de tendência anárquica, isto é, monstruosidades celulares, e mitoses anormais situadas no epitélio para fora da camada germinativa.

5.º - Da noção das relações evidentes entre o cancro e as inflamações crônicas do colo decorre a necessidade dum tratamento cuidadoso da cervicite crônica, e das suas ulcerações crônicas, verdadeiro tratamento preventivo do cancro.

Finalmente os AA. referem-se à importância da biopsia, que deverá ser praticada com mais frequência nas lesões inflamatórias crônicas do colo uterino e especialmente nos casos de ulcerações metriticas.

F. FONSECA.

**Simpatectomia e distensão nervosa no tratamento das úlceras perfurantes dos pés.** (*Simpatectomia e distensione*, etc.), pelo Prof. L. DE GAETANO (Nápoles). — *Annali Italiani di Chirurgia*, vol. VIII, fasc. I. Janeiro, 1929. Págs. 1-17.

Após a aura de grande entusiasmo e de grande experiência da simpatectomia peri-arterial de Leriche, vieram a calma e a reflexão que levaram o próprio Leriche e Robineau, relatores do tema «Simpatectomia» no Congresso Francês de Cirurgia de 1927, a restringir muitíssimo as indicações iniciais desta operação, a ponto de um deles concluir que ela não realizou todas as esperanças.

Em 1924, o A. operou um doente de úlceras perfurantes dos pés, fazendo dum lado a simpatectomia e do outro a distensão nervosa do tibial posterior.

Embora a cura tivesse sido mais rápida do lado da simpatectomia, mais tarde recidivou, enquanto do outro lado a cura, chegada mais vagarosamente, se manteve.

Por êste facto teve o A. de fazer também uma distensão nervosa do lado recidivado.

Formulou nessa altura o A. a pergunta se deveria fazer uma simpatectomia ou uma distensão nervosa nestes casos, ao que só o tempo poderia responder.

Quatro anos depois pode dizer já que a distensão nervosa deu resultado mais duradouro do que a simpatectomia, pois que, feita também a distensão

nervosa do lado em que a simpatectomia não cumpriu, se obteve depois uma cura que ainda persiste.

Disto temos o direito de concluir que no tratamento das úlceras perforantes dos pés é absolutamente de aconselhar a distensão nervosa, que, tendo seus cuidados e perigos como a simpatectomia, dá no entanto resultados mais seguros e mais duradouros.

---

MENESES.

**Do tratamento e do seu resultado final da tuberculose do joelho.** (*Della cura e dell'esito*, etc.), por GIOVANNI GIULIANI (Parma). — *Archivio di Ortopedia*, vol. XLIV, fasc. IV. Págs. 768-857.

Dêste belo trabalho, que esgota absolutamente o assunto e que se apoia sobre 24 observações pessoais excelentemente documentadas, clinicamente e iconográficamente, descrevendo casos tratados por diversos modos, podem tirar-se as mesmas conclusões que Vignard e Fredet expuseram ao Congresso Francês de Cirurgia em 1925, isto é, que tanto no adulto como no adolescente é necessário intervir. E esta intervenção deve ser disciplinada por dois elementos, a idade do doente e o estado da evolução a que o tumor branco chegou.

No derrame articular tentar-se há o tratamento imobilizante, tanto no adolescente como no adulto. Na ósteo-artrite fungosa do adolescente será a artrectomia que se deverá executar, com artrodese para obter uma boa anquilose, e esvaziamento, com a colher, de eventuais focos tuberculosos dos côndilos. No adulto deve fazer-se a ressecção económica todas as vezes que o tumor branco já não possa beneficiar do tratamento imobilizante.

Tanto em seguida à artrectomia e artrodese como depois da ressecção económica, é necessário manter o membro durante seis meses num aparelho de gesso, não só, diz o A., para esgotar a infecção tuberculosa, como para conseguir uma melhor anquilose, sendo nossa opinião que mais fortemente por esta razão do que por aquela...

A amputação deve fazer-se quando haja um forte desvio do eixo do membro e quando a presença de trajectos fistulosos indique uma lesão extensa e profunda da articulação do joelho.

Este trabalho, dum carácter eminentemente prático, não só pelas observações em que se apoia, como pelos ensinamentos que traz, merece ser lido para melhor futuro dos nossos tuberculosos do joelho da idade adolescente e adulta.

---

MENESES.

**O tratamento cirúrgico dos tumores da medula.** (*Le traitement chirurgical*, etc.), por Y. DELAGENIÈRE (Paris). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 30.º ano. N.º 9. Setembro, 1927. Págs. 741-770.

O A. expõe desenvolvidamente, com abundantes detalhes e elucidativas gravuras, a sua técnica operatória para o tratamento dos tumores medulares.

É impossível dar-lhe aqui o resumo claro que dispense a consulta do trabalho original, para o qual chamamos a atenção. O valor da técnica é patente após a constatação dos seguintes resultados operatórios: a mortalidade operatória global é de 7,4 % na sua série integral de 52 casos. Foi mais elevada nos tumores intramedulares e mais nos tumores da região lombo-sagrada do que nos outros. Foi *nula* nos casos operados na fase pre-paraplégica da doença.

Globalmente, o tratamento cirúrgico dos tumores da medula dá 75 % de curas, dos quais 63,1 % de curas completas; 88,2 % destas curas são definitivas. No estado pre-paraplégico a cura é absolutamente de regra, e todas estas curas são definitivas.

---

MENESES.

**O valor dos diagnósticos radiológicos no cancro do cólon.** (*The Value of Röntgen, etc.*), por AXEL RENAUDER (Stockholm). — *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXIV, fasc. v. Págs. 417-426.

O A. reuniu os casos de cancro do cólon que durante o período de 1914 a 1926 foram observados radiologicamente e operados no «Serafimerlasarettet» de Estocolmo, e os casos em que o exame aos raios X indicava uma infiltração neoplásica dos intestinos, mas onde não se encontrava cancro. O número total destes casos é de 63. Estabeleceu em seguida uma comparação entre o grau de confiança que merecem por um lado os dados clínicos e por outro as constatações radiológicas.

Considerou como «resultados positivos», com um e outro método, não só o diagnóstico de cancro, de tumor ou de infiltração, como também a obstrução intestinal ou a estenose orgânica.

À luz desta interpretação, o exame radiológico foi positivo em 86 % dos casos, e o exame clínico em 56 %. Para os casos operáveis, o exame com os raios X foi positivo em 91 % dos casos e o exame clínico em 48 %. Entre os casos inoperáveis, os números são 82 % e 70 %. Nos casos inoperáveis adiantados, em que o exame radiológico não dava senão resultados duvidosos, foi possível assentar num diagnóstico pela observação clínica.

Daqui se conclui que os dois métodos se completaram dum modo evidente e excelente.

Do número total de 53 cancros do cólon, apenas dois foram operados com um diagnóstico ainda hesitante depois do exame clínico e radiológico combinados.

Foi nos casos de tumores operáveis do S ilíaco, do cólon transverso e do cego que o clínico pôde tirar as maiores vantagens do exame radiológico.

---

MENESES.

**Sobre os resultados obtidos com a ressecção no cancro do estômago.** (*Sur les résultats, etc.*), por ALFRED PERES (Copenhague). — *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXIV, fasc. v. Págs. 405-416.

Durante os anos que vão de 1904 a 1922 o A. fez a ressecção do estômago por causa de cancro em 29 doentes.



Dêstes doentes 8 morreram, e essas mortes foram 4 por pneumonia, 1 por embolia, 2 por insuficiência cardíaca e 1 por anemia.

Os tumores estavam localizados : 14 no piloro, 6 na pequena curvatura e 9 ao mesmo tempo no piloro e na pequena curvatura. A análise microscópica classificou 19 adenocarcinomas, 2 carcinomas sólidos, 3 simples carcinomas, 2 carcinomas colóides e 2 carcinomas scirrosos.

O método de reacção empregado foi o Billroth II. De 18 doentes, 11 sobreviveram durante 2-6 meses, 4 durante 1 ano a 18 meses e 3 durante dois anos, tendo depois morrido com recidivas. No entanto obteve uma cura definitiva em 3 dos doentes, um dos quais morreu aos 71 anos, ou seja 22  $\frac{1}{2}$  anos depois da operação, 2 ainda vivem e têm 63 e 64 anos, ou sejam, respectivamente, 13  $\frac{1}{2}$  e 19  $\frac{1}{2}$  anos depois da operação.

É impossível fazer um prognóstico da intervenção operatória. A condição principal para um bom resultado é um diagnóstico precoce, seguido de ressecção.

Para que os clínicos tenham interesse em fazer um diagnóstico precoce da doença é necessário que abandonem o seu pessimismo em face do tratamento do cancro do estômago e que se metam a fazer a operação com o máximo de confiança possível nessas circunstâncias e nesta ordem de ideas.

Por outro lado, os cirurgiões podem concorrer também para este reviramento da opinião publicando todos os casos bem observados por cada um dêles, em que a cura se tivesse podido classificar de definitiva.

---

#### MENESES.

Um caso de osteíte fibrosa com tumores múltiplos fibro-mixomatosos dos músculos. (*Ein Fall von Ostiis Fibrosa mit usw*), por ALI KROGIVS (Helsingfors). — *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXIV, fasc. v. Págs. 465-472.

Observação anátomo-patológica que merece menção. O A. viu um caso de osteíte fibrosa do fêmur e da tibia em que, no decorrer de 5 anos, apareceram muitos tumores na musculatura da coxa e da perna. Estes tumores eram bastante bem limitados, de aspecto semi-transparente, e foram classificados no exame histo-patológico como fibro-mixomas. Um caso absolutamente semelhante foi comunicado recentemente pelo Prof. Henschen.

O A. é levado a considerar estes tumores musculares múltiplos e benignos como o resultado duma neoformação fibrosa e duma degenerescência mucosa do tecido conjuntivo intramuscular, análogas à degenerescência fibrosa verificada nos ossos dêstes mesmos doentes.

---

#### MENESES.

A fucsina ácida na terapêutica da malária. (*La fucsina acida*, etc), por GUIDO DE SIMONE (Milão). — *Rinascenza Médica*, n.º 4. 1929.

No decurso de estudos experimentais para ensaio da permeabilidade hemato-encefálica pela fucsina ácida nos maláricos durante o acesso febril,

o A. observou que a fucsina suspendia o acesso febril, reduzia o tumor do baço e curava a infecção malárica.

Resume as histórias de quatro crianças tratadas por injeções de fucsina ácida, todas com brilhante sucesso, e faz notar que se o escasso número de casos não faz tirar conclusões absolutas, no entretanto a simplicidade e a inocuidade do tratamento levam a continuar e a desenvolver o seu estudo, especialmente nos casos frequentes de malária quinino-resistentes e naqueles em que, por vários motivos, não se pode empregar o quinino.

MENESES

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Segundo Congresso Internacional de Pediatria

Em Stockholm, de 17 a 20 de Agosto de 1930

Depois de ter consultado um certo número de pediatras e ter ouvido o seu conselho favorável, os pediatras suecos resolveram organizar em Stockholm, de 17 a 20 de Agosto, um Congresso Internacional de Pediatria.

As comunicações a apresentar no Congresso devem ser anunciadas até 1 de Março de 1930, o mais tardar.

Os trabalhos do Congresso serão distribuídos, se fôr preciso, por secções apropriadas.

É de toda a utilidade que as adesões sejam enviadas, o mais breve possível, ao *comité* do Congresso, a fim de este poder calcular o número aproximado dos participantes e tomar com antecedência as disposições necessárias para o seu alojamento.

Esta recomendação impõe-se, tanto mais que, em 1930, se realizará em Stockholm uma exposição de artes decorativas e indústrias suecas.

Pede-se o favor de dirigir as adesões e correspondência relativa ao Congresso ao *Deuxième Congrès International de Pédiatrie* — Stockholm; endereço-telegráfico — *Pédiatrie* — Stockholm.

Recomenda-se, também, para mandarem, por vale de correio ou cheque, ao mesmo tempo que as adesões, a importância da cota.

A fim de evitar qualquer engano, é indispensável que todos os nomes e moradas sejam escritos em letra de imprensa ou à máquina.

Mais tarde fornecer-se-hão todos os esclarecimentos complementares.

Stockholm, Setembro de 1929.

## Faculdades de Medicina

Do Porto

O Dr. Manuel António Morais Frias, Prof. da Faculdade de Medicina do Porto, foi autorizado a realizar uma missão de estudos no estrangeiro.

**De Coimbra**

O Prof. João Serras da Silva visitou, durante as férias escolares, os Institutos de Higiene das Universidades de Espanha e França.

**De Lisboa**

O Dr. Luís Cordes da Ponte foi exonerado do lugar de assistente da cadeira de Oftalmologia.

— Foi autorizado o Prof. Moreira Junior a realizar, durante o tempo de férias, uma missão de estudo ao estrangeiro sobre serviços de obstetrícia e ginecologia, de que tinha sido encarregado pelo Ministério do Interior.

**Hospitais****Civis de Lisboa**

Pela Direcção Geral dos Hospitais Civis de Lisboa foi aberto concurso de provas documentais e práticas, públicas e eliminatórias, para o provimento de 36 lugares de internos do 1.º ano, aos quais só poderão concorrer os médicos diplomados pelas respectivas Escolas ou Faculdades de Lisboa, Pôrto e Coimbra.

**Da Marinha**

O capitão de mar e guerra médico Dr. Freitas Monteiro reassumiu o cargo de director do Hospital da Marinha.

O sub-director é o capitão-tenente médico Dr. Carvalho Miranda.

O lugar de sub-director, chefe de secretaria, foi ocupado pelo capitão de fragata médico Dr. Nóbrega Salgueiro.

O capitão tenente médico Dr. Teodomiro Miranda reassumiu o cargo de encarregado do gabinete de bacteriologia e análises clínicas.

No Hospital da Marinha reabriu a consulta externa de Estomatologia.

**Hospital Colonial**

No Gerez foi inaugurado, pelo Ministro do Comércio, o Hospital Colonial Ivens Ferraz, construído a expensas da Empresa de Aguas Termas.

O Hospital construiu-se principalmente para os funcionários públicos regressados das colónias com doenças tropicais.

### Novo Hospital

Vai ser construído na Beira, África Oriental, próximo da Ponte Gea, um novo hospital destinado a europeus, que deve estar concluído dentro de dois anos, custando aproximadamente 62.000 libras.



### Saúde Naval

O Dr. Duarte da Silveira, capitão de fragata médico, reassumiu o cargo de chefe da Repartição de Saúde da Superintendência da Armada.



### Médicos coloniais

O coronel médico do quadro de saúde das colónias, Dr. Aires Peres, foi reformado. Também foi reformado o tenente coronel médico de Angola, Dr. Sesinando Arnedo Peres.

O Dr. Alfredo Gomes da Costa, capitão médico do quadro de Angola, foi promovido ao posto imediato.

Foi nomeado chefe dos serviços de saúde da Guiné o tenente coronel médico Dr. Monteiro Filipe.

Foi prestar serviço em Angola, a requisição do alto comissário, o Dr. Francisco Wolfando da Silva.



### Missões de estudo

O Dr. Aníbal de Magalhães, sub-chefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, vai visitar o serviço de preparação da vacina anti-tuberculosa no Instituto Pasteur de Paris. As despesas correm a cargo do Instituto Bacteriológico.

— Foi autorizado a estudar em Espanha e França os processos de puericultura o Dr. Avelino Lopes Cardoso.



**Profilaxia da lepra**

O Governô da Índia encarregou o Dr. Caetano Gracias, médico em Goa, de elaborar um projecto de código de profilaxia da lepra.

**Professor Zsigmondy**

Faleceu o Professor Richard Zsigmondy, da Universidade de Gottingen, que foi o inventor do ultra-microscópio.

**Necrologia**

Faleceram : em Lisboa, os Drs. António de Jesus Lopes e Luís da Veiga Otolini; em Alandroal, o Dr. Adriano Pinheiro da Silva; e em Santo Amaro de Oeiras, o Dr. Alexandre José Botelho de Vasconcelos e Sá, capitão de mar e guerra médico.



*Tratamento completo das doenças do fígado  
e dos síndromas derivativos*



Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amliar,  
doenças dos países quentes,  
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



**Opoterápias 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 Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.  
Crianças: 1/2 dose

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

**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



# JEMALT

Oleo de figado de bacalhau desprovido do seu gosto característico desagradavel

Opinião dum medico:

*„Felicito-vos por ter creado o JEMALT que é verdadeiramente um triunfo de tecnica farmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de figado de bacalhau, está encantada com o Jemalt. Eu mesmo notei o seu gosto excelente e recitei-o largamente este inverno enquanto que até aqui não me decidia a atormentar as creanças com o oleo de figado de bacalhau.*

*Dr. O. H. V.*

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30% de oleo de figado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de figado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrofulosas, rachiticas ou fracãs que precisem de oleo de figado de bacalhau mas que o recusem, o JEMALT dá-lhes a cura, não havendo então produto que o substitua.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correiros, 41-2.º — LISBOA

*Amostras e literaturas á disposiçào dos interessados*

Sala

Est.

Tab.

N.º