



Ano VI

N.º 9

Setembro de 1929

# LISBOA MÉDICA

JÓRNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Morais, 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, Morais David, Fernando Fonseca  
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# FLUORFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS—TUBERCULOSE—TOSSE**

Peça-se litteratura dos agentes para Portugal e Colonias

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. Provam que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são inoffeiz; exigit 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

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

**CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS**

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS  
CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELON

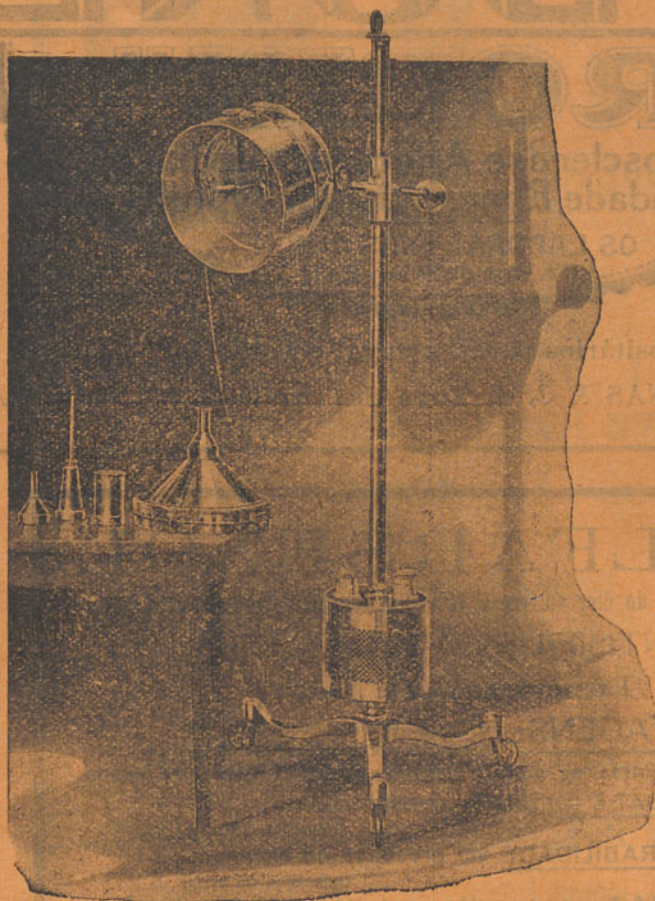
PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

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

Sala B \_\_\_\_\_  
Est. 9 \_\_\_\_\_  
Tab. 1 \_\_\_\_\_  
N.º 81 \_\_\_\_\_

# GALLOIS & C.<sup>IE</sup>

## LYON



CONSTRUCTORES  
de Aparelhos de  
**Raios Ultra  
Violeta**  
a vapor de mercúrio  
de «alumage» auto-  
matica, e de arco  
polimetálico.



Aparelhos de  
**Raios Infra  
Vermelho**



**ELECTRODOS**  
*em quartzo para radiações*  
**Ultra Violeta**  
com correntes de alta  
frequência.



*Não deixe hoje mesmo  
de pedir esclarecimentos  
e a indicação dos pos-  
suidores de aparelhos*  
**« GALLOIS »**  
*no país aos  
representantes*

# DAVITA, L.<sup>DA</sup>

Rua Eugenio dos Santos, 81

LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# I O D O N I E

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANÓCIDA

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)

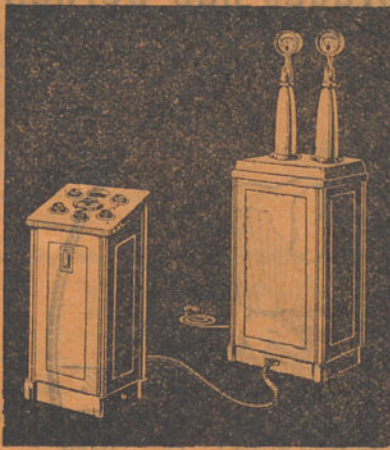
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

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.<sup>o</sup>  
LISBOA



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

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

são os da

**SIEMENS REINIGER VEIFA**

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

Material para

**Raios ultravioletas**

**Sempre em Armazem**

**Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)**

**Lampadas Sollux**

**Lampadas de arco**

**J. Roma, L.<sup>da</sup>, Engenheiros, RUA DOS PANQUEIROS, 334-LISBOA**

## As feridas demoradas nas pernas



tornam-se muitas vezes uma arrelia para o médico que esgotou todos os recursos terapêuticos com o doente e sem ver quaisquer melhoras.  
SEGUI A EXPERIÊNCIA DE DOIS MÉDICOS COM A

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

EM TRATAMENTOS DE

úlceras crónicas e demoradas nas pernas (uma com 20 anos, a outra com 34 anos de duração) e que foram bem sucedidos. Porquê não experimentar este estimulante de aplicação antiseptica, com ou sem Ichtyol, no primeiro caso que vos aparecer desta doença, tantas vezes intratável e dolorosa? Em alguns casos, quando o doente é reconhecido aumenta a reputação do médico.

Peçam amostras e prospectos á

**The Denver Chemical MFG. Co., New-York**  
LABORATORIOS: - Londres, Paris, Berlin, Barcelona, Buenos Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.  
**ROBINSON, BARDSLEY & Co.**  
8, Caes do Sodré, 8 LISBOA

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

da fábrica ALLEN &amp; HANBURY'S, LTD., fundada em 1715

**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**Biscoitos** — maltados, para o desmame**Farinha** — para diabéticos, etc.**Oleo de Fig. de Bac.** — com malle (Bydol)**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 rícino, etc.**APRECIADOS PELOS MÉDICOS  
PREFERIDOS PELA ELITE

Folhetos, tabelas e impressos aos Ex. mos 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.'**  
MARGA DE  FÁBRICA **Brand**

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra à classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a de mais seguros e satisfatórios 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 P R O V A D A:**pelo Ill.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA  
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS  
A de maior venda no país e  
A ÚNICA adquirida  
pela MISERICORDIA DE LISBOA

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

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

**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 ars. clínicos o folheto "Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA".

FABRICANTES UNIDOS:

ALLEN &amp; 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

# Hämafopan

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

simples e composto com  
arsénio — brometo de cal-  
cío — cálcio — ferro inor-  
gânico — 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



## GONOCIDIN

Antiblenorrágico Interno poderoso

Excelente desinfectante das  
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diurético 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

(PÁGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

CIGARROS  
DE ABYSSINIA

**EXIBARD**

*Sem Opio nem Morphina.*

Muito eficazes contra a

**ASTHMA**

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmódicas  
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exitto. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>

6, Rue Dombasle, 6

PARIS

BOAS PHARMACIAS

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

**ARHÉOL** $C_{15}H_{26}O$ 

Prncípio activo da Essência de Sândalo  
Blenorragia. Cistite. Piélfite. Pístonefrite.  
Catarro vesical

**KOLA ASTIER**

GRANULADA



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

**NÉO-RIODINE** $C^3 H^6 O^4 I S, Na$ 

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel

44 % de Iodo

**ACÇÃO****IMMEDIATA****INTENSA**

Em injectões intramusculares e intra-venosas.

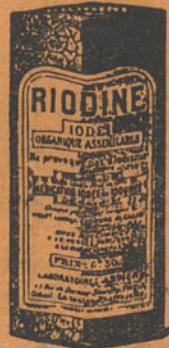
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

**NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO**

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

**RIODINE** $(C^{10} H^{33} O^3)_3 (H)^2 C^3 H^5$ 

Derivado organico iodado  
Ether glycerico  
iodado do acido  
ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Síndrome acromegálico consecutivo à distrofia adiposo-genital</i> , por Eduardo Coelho.....	pág.	521
<i>Considerações morfológicas e clínicas sobre a gaguez</i> , por Vitor Fontes.....	»	532
<i>Um caso de nevo pigmentar mixto gigante</i> , por A. Faria Costa....	»	544
<i>Sobre a luxação traumática da anca nas crianças</i> , por Carlos Salazar de Sousa.....	»	548
Notas clínicas		
<i>Tabagem duodenal, segundo a prova de Meltzer-Lyon</i> , por Manuel Joaquim Costa.....	»	562
Bibliografia		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	576
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	CXXXV

## SÍNDROMA ACROMEGÁLICO CONSECUTIVO À DISTROFIA ADIPOSEO-GENITAL (1)

POR

EDUARDO COELHO

As doenças da hipófise podem dividir-se, tomando como base os nossos conhecimentos actuais (Borchardt), em:

I — Tumores da hipófise sem perturbações funcionais.

II — Doenças do lobo anterior.

1. Hipofunção: Infantilismo, nanismo.

2. Hiperfunção: Acromegalia.

III — Doenças da *pars intermédia*, do lobo posterior e da base do cérebro médio.

1. Distrofia adiposo-genital.

2. Diabetes insípida.

3. Síndrome de Schüller.

4. Forma central da insuficiência pluriglandular.

IV — Formas mixtas; p. ex., acromegalia e diabetes insípida, acromegalia e distrofia adiposo-genital, infantilismo e diabetes insípida, infantilismo e distrofia adiposo-genital, distrofia adiposo-genital e diabetes insípida.

V — Insuficiência da hipófise total (?).

1. Insuficiência hipofisária (Fliess).

2. Doença de *Simmonds* (caquexia hipofisária).

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

VI—Insuficiência hipofisária como elemento da insuficiência pluriglandular.

1. Esclerose múltipla das glândulas endócrinas (Falta).
2. Infantilismo pluriglandular.

O doente que vou apresentar nesta sessão realizou primeiramente uma distrofia adiposo-genital a que se seguiu, desaparecida esta, um síndrome acromegálico.

O síndrome de Frölich é caracterizado, além dos sintomas cerebrais de tipo hipofisário, por uma obesidade, mais típica pela distribuição do que pela sua intensidade, às vezes pouco acentuada: região supra-púbica, abdominal e nadequeira, seios, parte súpero-externa das coxas; e ainda pela aplasia dos órgãos genitais com ausência ou atrofia dos caracteres sexuais secundários.

A distribuição da obesidade observada após a castração procura as mesmas regiões. Existem, desta sorte, um síndrome adiposo-genital hipofisário e um síndrome adiposo-genital eunucoide (Falta).

Se a distrofia adiposo-genital se pode encontrar associada a outras doenças da hipófise—às que provêm da hipofunção ou da hiperactividade—é raro ver-se essa distrofia complicada de acromegalia.

Mas não tenho conhecimento de qualquer observação em que o síndrome acromegálico se delineasse após o desaparecimento dos sinais de um síndrome de Frölich, seriação de factos clínicos que justifica superabundantemente esta comunicação.

Resumo da observação:

Victor Z. A., de 18 anos. Vem à consulta do Serviço de Neurologia em Agosto de 1925.

ANAMNESE:

*Doença actual.*—Procurou há tempos um especialista das vias urinárias porque notara que, a despeito da idade, o pénis é de pequenez anormal e ainda porque, tendo erecção e praticando a masturbação, nunca consegue ejacular. Confessa que o contacto com mulheres ou a vista de quadros pornográficos lhe dá prazer, tendo até erecção.

Começou a engordar aos 14 anos, após a convalescença de uma febre tifóide. Nessa mesma data apareceram também dores de cabeça, sendo a frente a sede de predilecção. A frequência e intensidade destas dores têm aumentado com os anos.

# *Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll»*

Preparado muito bem acolhido, tendo por base a Diuretina «Knoll», desde varios decennios universalmente consagrada.

Sem sabor alcalino. = Supporta-se optimamente. = A componente calcica, chimicamente ligada ao iodo, à teobromina e ao acido salicylico, completa d'uma maneira muito feliz a acção conjuncta de todos estes ingredientes.

Doses: 3 vezes ao dia 1 comprimido depois das refeições.

Emballagens originaes: Tubosinhos com 20 comprimidos.

Indicações: Hypertonia, angina de peito, asthma cardiaca, asthma bronchica, dyspnea chronica e cardiaca, aortite luetica, esclerose dos vasos cerebraes, etc. Em muitos casos emprega-se tambem prophylacticamente

*contra os achaques do homem  
de idade superior a 40' annos.*

# Ovarasi-Serono

(POR VIAS DIGESTIVA E HIPODERMICA)

EXTRACTO OVARICO CONTENDO TODA A SECREÇÃO  
DE OVARIO, FISIOLÓGICAMENTE ACTIVA.

De reconhecida eficácia na Dismenorreia, Menopausa e Clorose  
e ainda no histerismo e na neurastenia de índole ovárica.

**L. LEPORI LISBOA** APARTADO 214

HISTERISMO, NEURASTENIA E INSONIA  
CURAM-SE COM

## Arseno-Bromo-Tonicas "ZAMBELETTI"

(EM INJECCÕES)

Indicada em tôdas as neuropatias essenciais com alteração da crase sanguínea (oligoémia, clorose, dismenorreia e anemia).

Acção sedativa e reconstituente.

**L. LEPORI LISBOA** APARTADO 214

Agora aparecem de longe em longe, sendo, por vezes, obrigado a acamar. Quando são mais violentas vêm acompanhadas de vômitos.

As cefaleias mais fortes e os vômitos iniciam-se com intervalos de uma a duas semanas

*História pregressa.* — Febre tifóide aos 14 anos.

EXAME OBJECTIVO. — Pêso, 65 quilogramas. Altura, 1<sup>m</sup>,50. Aspecto geral de uma pessoa de 14 anos. Obesidade acentuada. Formas roliças e femininas.

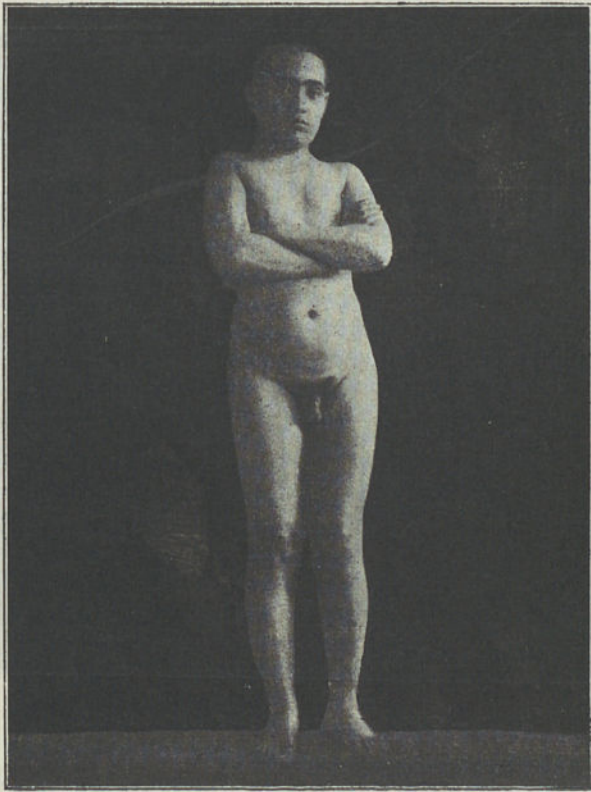


Fig. 1. — Observação em Agosto de 1925

Sistema piloso pouco desenvolvido, excepção feita para o coiro cabeludo e sobrancelhas. Face glabra. Nas axilas, apenas 3 pêlos em cada, de comprimento de cêrca de 1 centímetro. O púbis tem pêlos mais compridos, tomando o tipo femenino. Os escrotos são glabros, bem como as coxas.

Atrofia dos testículos, que são do tamanho de azeitonas pequenas. Pénis muito pequeno (3 cm.). Seios mais desenvolvidos do que normalmente, mas sem secreção láctea.

*Exame dos aparelhos circulatório e digestivo.* — Normal.  
*Reflexos.* — Tendinosos e cutâneos, normais.

*Exame oftalmológico:*

«Fundo do olho e campos visuais normais.

Tem diminuição de visão atribuível ao estigmatismo».

18-8-925.

(a) *Gama Pinto.*



Fig. 2. — Radiografia do crânio — Setembro de 1925

*Radiografia do crânio:*

«Duas radiografias da cabeça, feitas em planos perpendiculares, mostram-nos além da acentuação das impressões digitais sobre o crânio, que a sela turca está muito alargada principalmente à custa da destruição da lâmina quadrilátera e das apófises clinóideas posteriores».

(a) *Benard Guedes.*

*Punção lombar.* — Hipertensão do liquido c. r. Análise, normal.  
*R. W.* — Negativa.

*Análise de urinas.* — Normal. Quantidade: 1.200 litros (média).



LISBOA MÉDICA

# DRYCO

(LEITE EM PO')

**O preferido em todos os países**

***Por todos os médicos***

***Por todas as mães***

***Por todos os doentes***

POR SER

***O mais puro e mais económico***

***O único com envase científico***

***O único tratado pelos raios U. Violetas***

---

---

**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

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:** Reconstituinte do sistema nervoso  
**GOTAS F. V. A. T.:** Potente anti-escrofuloso.

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



PILULAS

## OPOBYL

PILULAS

**TRATAMENTO PHYSIOLOGICO**

das *Ictericias, Hepatites e Cirroses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoïdarios.*

**COMPOZIÇÃO**

Extracto hepatico Saes biliares  
Boldo e Combretum Rhamnus,  
Podophyllo e Evonymina

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

**PHARMACODYNAMIA**  
*Cholagogo, Reeducador das  
funções entero-hepaticas,  
Descongestivo do figado  
e dos intestinos.*

**MODO DE EMPREGO** Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

*Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:*

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8ª)

*Metabolismo basal* (pelo aparelho de Krogh, feito em 1926) = + 14 %  
 Glicemia em jejum 1,1 %/100.

*Diagnóstico: Síndrome de Frölich por provável tumor da base. Hipertensão craniana.*

Começa o tratamento pelos raios X ultrapenetrantes. De Setembro de 1925 a Abril de 1928 faz 87 sessões.

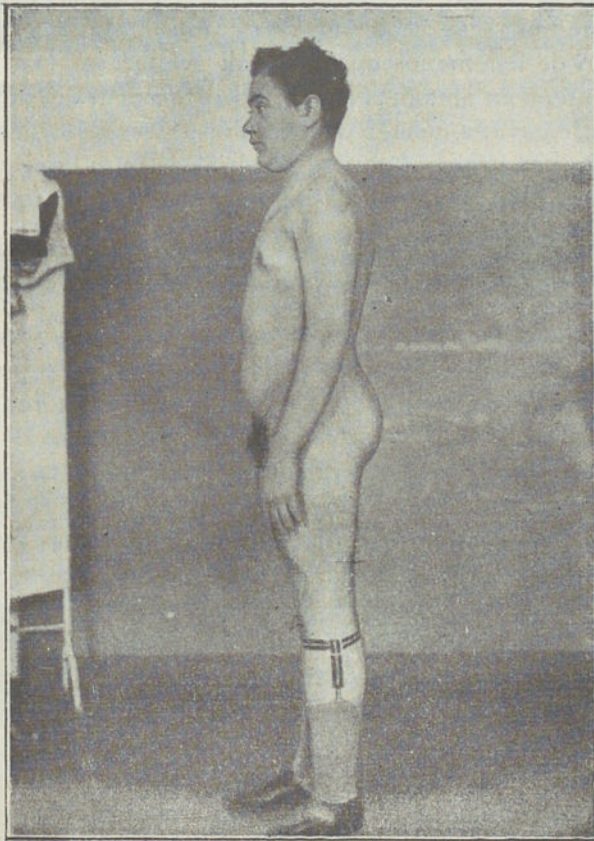


Fig. 3. — Observação em Abril de 1928

*Observação* em Abril de 1928.

Altura, 1<sup>m</sup>,70. Pêso, 75 quilogramas.

Ausência de vômitos e de dores de cabeça. Testículos e pênis aumentados. Exerce a função genésica, tendo ejaculação. Pêlos distribuídos normalmente por todo o corpo. Desaparecimento da localização adipósica acima descrita. Aumento da circunferência craniana, engrossamento do nariz, dos lábios, menos acentuadamente das mãos e dos pés, macroglossia, espessamento da pele da face.

O tipo femenino que o doente apresentava em 1925, retratando um exemplar acabado de síndrome de Frölich, desapareceu completamente para dar lugar à *facies* característica do *acromegálico*.

Radiografia feita à data desta última observação apresenta sinais idênticos à primeira.

Prova do metabolismo basal = -9 % (aparelho de Krogh).

A iconografia que acompanha esta nota documenta, suponho, a sucessão de fenómenos que acabo de relatar.

O doente, com sintomas morfológicos de distrofia adiposo genital, apresentava, a-quando da primeira observação, sinais radiográficos de um provável tumor cerebral da base que, pela pressão sobre o lobo posterior da hipófise e da região subtalâmica, tivesse desencadeado aquele síndrome.

A obesidade, com localização dos depósitos de gordura de tipo eunucóide, e a atrofia das glândulas genitais com regressão dos órgãos sexuais externos e dos caracteres sexuais secundários, são originadas por lesões da hipófise posterior (lobo posterior e *pars intermédia*) ou, como hoje sustentam muitos autores (Leshke, Camus e Roussy, Bailley e Bremer, etc.), por lesões da base do cérebro médio, ou, seguindo uma concepção de-certo mais aproximada dos factos clínicos e experimentais, por lesões do sistema hipófise posterior cérebro médio, por efeito das suas íntimas relações anatómicas e funcionais (A. Schiff, Zondek, etc). É esta última a concepção patogénica que perfilho, admitindo que, tanto a diabetes insípida como a distrofia adiposo genital são devidas a lesões em conjunto da hipófise e da região subtalâmica do sistema nervoso, e que entre estes órgãos deve existir uma correlação hormonal (1).

A existir tumor, como nos fizeram presumir os sinais clínicos (hipertensão, vômitos) e radiográficos (alargamento da sela turca), a sua compressão teria determinado o aparecimento do síndrome.

O doente inicia o tratamento pelos raios X ultrapenetrantes, e os sinais da sua distrofia vão desaparecendo; quer dizer, os fenómenos clínicos que então se observam demonstram que a

---

(1) O artigo recente de E. Frank, *Ueber die Beziehungen von Hypophyse und Hypothalamus zum Wasserhaushalt* (*Medizinische Klinik* n.º 18, 3 de Maio, 1929, pág. 699) deixa este problema no mesmo pé, em nada contribuindo para a sua solução.

# *Gotas Sanguineas* **ROYEN**

**PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO**

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES

*Doses: 8 gôtas antes de cada refeição, diluidas em agua ou vinho*

Depositarios para Portugal e Colonias: *Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>* Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>a</sup> Lisboa

**LABORATORIOS HIGIONE** DIPUTACION 73 BARCELONA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

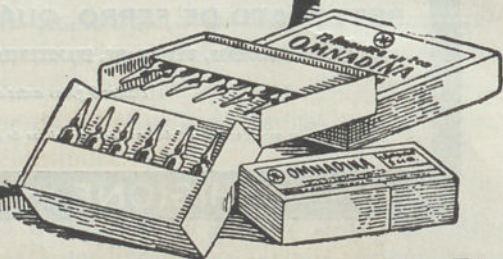
# **SPASMOSÈDINE**

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**  
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

# Omnadina



**Vacina total imunizante "MUCH"**

*Para a terapêutica não específica em todas as*

**moléstias infecciosas e padeci-  
mentos reumáticos e neurálgicos**



Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as  
fôrças 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

massa tumoral vai diminuindo, até se não observarem os sinais resultantes da compressão. Os vômitos e as cefaleias não mais incomodam o doente e os sintomas que constituíam a sua distrofia esbatem-se completamente.

Desaparecido êsse síndrome, um outro se instala.

O aumento da circunferência craniana, o espessamento dos tegumentos da fronte e do nariz; a macroglossia, o engrossa-



Fig. 4. — Observação em Abril de 1928

mento dos lábios, das mãos e dos pés constituem a expressão do processo acromegálico.

Se não existe um grande engrossamento paquidérmico das mãos e dos pés, sabe-se que há formas atenuadas ou incompletas de acromegalia, do mesmo modo que as formas frustres ou incom-

pletas de outros processos mórbidos, a doença de Basedow ou o mixoedema, etc. (1).

Têm-se observado formas parciais de acromegalia (*Teilkromegalie, partiell auftretende Akromegalie Zondek*), nas quais as anomalias de desenvolvimento do tipo acromegálico apresentam expressões muitíssimo mais limitadas do que as que existem no caso que apresento.

Pende, invocando boas razões, chamou a atenção dos clínicos para as formas benignas de acromegalia, mais frequentes do que

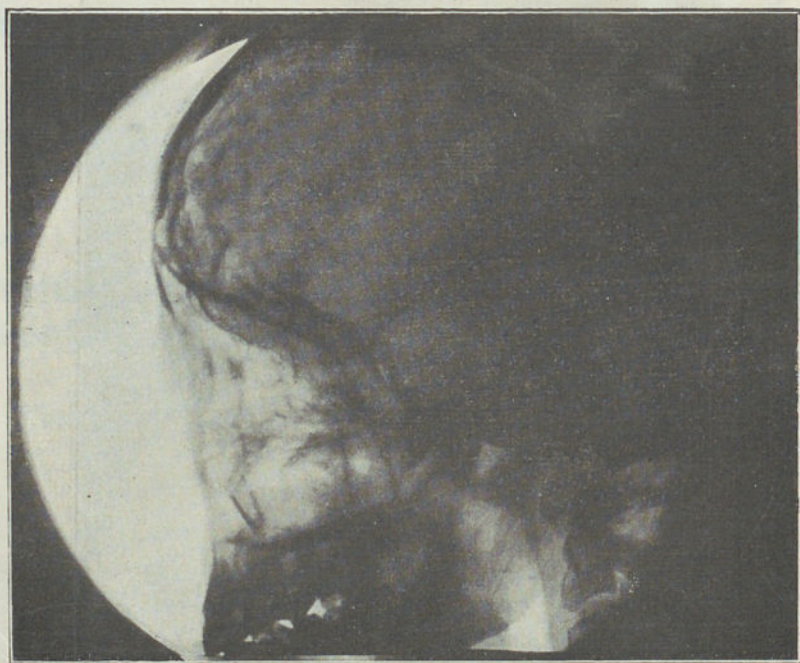


Fig. 5. — Radiografia do crânio — Abril de 1928

vulgarmente se supõe, representando ligeiras deformações típicas da face e das extremidades com pequenas perturbações funcionais, que se devem filiar no *hiperpituitarismo constitucional*

---

(1) Vide alguns casos de doença de Basedow frustre in-Eduardo Coelho: *O metabolismo basal, sua importância no diagnóstico do hipertiroidismo*. Lisboa Médica, 1927; e de mixoedema frustre in-Eduardo Coelho: *Hipotiroidismo frustre*. Lisboa Médica, 1929.



Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

# Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua 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 CHIMIÇO FARMACEUTICO MODERNO  
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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



# IODALOSE GALBRUN

**iodo physiologico, soluvel, assimilavel**

A IODALOSE é a UNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estavel 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.  
DOSES MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

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

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

(Pende) ou *temperamento acromegálico* (Strümpell), ou *constituição acromegalóide* (Bauer, Dinkin, Oehme, Nobbe, etc).

É indubitável que este doente apresentou depois do desaparecimento da distrofia adiposo-genital sintomas nítidos de acromegalia.

¿ Como explicar a sucessão dos dois síndromas ?

Em 90 % dos casos o substracto anátomo-patológico da acromegalia é representado por um *struma* do lobo anterior da hipófise, consistindo numa hipertrofia simples da glândula, e com mais freqüência numa hiperplasia adenomatosa de células eosinófilas (Benda), mais raramente numa hiperplasia de natureza adenocarcinomatosa. Há casos de acromegalia, nos quais se não encontram células eosinófilas, mas tumores de células basófilas ou cromófilas. Ainda em alguns casos existem adenomas da hipófise glandular sem sintomas acromegálicos.

Haja ou não tumor, razão tinha Marie ao estabelecer a relação desta doença com a hipófise, reconhecendo que a acromegalia depende de alterações do seu lóbulo anterior, sem dúvida alguma de carácter hiperplásico, produzindo, portanto, uma hiperfunção (1).

Quanto ao significado etiológico da acromegalia, se se encontra muitas vezes ligada a factores variados (doenças infecciosas anteriores, traumas físicos ou psíquicos, gravidez, etc.), na maior parte dos casos a etiologia é obscura.

No caso que serve de motivo a esta nota não se trata de um tumor da base do cérebro que provocasse simultâneamente o desencadeamento de um síndrome neuro-hipofisário posterior (hipofunção) e de um síndrome hipofisário anterior (hiperfunção), desequilibrando a actividade dos dois lóbulos. Estes estados tem-nos registado a literatura médica. O que neste caso ressalta em toda a sua evidência é o aparecimento da hiperfunção do lóbulo anterior, enquanto a hipofunção neuro-hipofisária posterior desaparece por efeito da radiação do tumor.

Esta premissa implicitamente repudia a hipótese de que foi o tumor da base do cérebro o agente do aparecimento da

---

(1) Os argumentos apostos em defesa do *disputitarismo* não estão sufficientemente documentados.

acromagalia. A explicação mais plausível a justificar o condicionamento da sucessão dos dois sindromas parece residir na acção dos raios ultrapenetrantes que, enquanto faziam desaparecer o tumor, provocavam a hiperactividade do lobo anterior da hipófise.

É esta a hipótese com que tento explicar os sinais clínicos observados no meu doente, hipótese — está bem de ver — posta sob todas as reservas.

## RÉSUMÉ

L'A. présente un cas clinique de dystrophie adiposo-génital (Frölich) avec une probable tumeur de la base du cerveau (des signaux cliniques et radiographiques). Après 87 sessions de Rayons X ultrapénétrants (2  $\frac{1}{2}$  années) tous les symptômes de cette dystrophie disparaissent et le malade présente, alors, un état acroméganique. L'A. pense que l'étiologie de cette acromégalie réside dans l'action des Rayons ultrapénétrants sur le lobe antérieur de l'hypophyse.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BAUER, J. — Innere Sekretion. Berlim, 1927.  
 BAYER, G. e V. VELDEN. — Klinisches Lehrbuch der Inkretologie und Inkretotherapie. Leipzig, 1927.  
 BIEDL. — Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Wiesbade, 1922.  
 BORCHARDT. — Klinische Konstitutionslehre. Berlim, 1924.  
 BORCHARDT, L. — Die Akromegalie und die anderen durch Tumoren des Hypophysengegend bedingten Erkrankungen. — In Spezielle Path. und Th. innerer Khrankh. von Kraus und Brugsch. Ergänzemgsband. Berlim, 1926.  
 COLLIN, R. — La neurocristine hypophysaire. — Archives de Morphologie Générale et Expérimentale. Paris, 1928.  
 CURSCHMANN, H. — Endokrine Krankheiten. Berlim, 1927.  
 FALTA, W. — Die Erkrankungen der Blutdrüsen. — 2.<sup>a</sup> ed. Berlim, 1928.  
 FOÁ, C. e PENDE, N. — La Fisiologia e la Clinica degli increti. Milão, 1927.  
 HIRSCH, M. — Handbuch der inneren Secretion. — 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> volumes. Berlim, 1928.  
 MARIE, P. — Travaux et Mémoires. Tômome 1. Paris, 1926.  
 PENDE, N. — Endocrinologia. — 1.<sup>o</sup> e 2.<sup>o</sup> vol. Milão, 1920.

- PERITZ. — Akromegalie, in Kraus-Brugsh. — Sp. Path. u. Ther. 1.º vol. Berlin, 1919.
- III Réunion neurologique internationale annuelle. *Syndromes hypophysaires*. In Revue Neurologique. N.º 6. Junho 1922.
- ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Nouveau Traité de Médecine. Fasciculo VIII. Paris, 1925.
- SCHAFFER — Les glandes à sécrétion interne. Trad. fr. Paris, 1920.
- SCHAFFER. — The Endocrine Organs. — An introduction to the study of internal secretion. 1.º e 2.º vols. — 2.ª ed. Londres, 1926.
- SOUSA, O. e CASTRO, A. — Dystrophia genito-glandular. Rio de Janeiro, 1917.
- TRENDELENBURG, P. — Die Hormone. — 1.º vol. Berlin, 1929.
- WEIL, A. — Innere Secretion. — 3.ª ed. Berlin, 1923.
- ZONDEK, H. — Die Krankheiten der endokrinen Drüsen. — 2.ª ed. Berlin, 1926.

## CONSIDERAÇÕES MORFOLÓGICAS E CLÍNICAS SÔBRE A GAGUEZ (1)

POR

VÍTOR FONTES

Primeiro assistente contratado do Instituto de Anatomia de Lisboa

Aproveitando o pretexto da apresentação do caso que aqui foi trazido pelo sr. Prof. CARLOS DE MELO, e que no fim da nossa comunicação apresentaremos, vamos fazer algumas considerações sôbre a gaguez e tentar demonstrar que, longe de tratar-se de uma *blague* clínica, é essencialmente um assunto da mais viva actualidade, constituindo uma entidade nosológica em relação com o estudo da patologia da emotividade e com as doenças do simpático e seus sistemas associados.

A freqüência desta perturbação da fala, e as conseqüências gravíssimas a que estão sujeitos os indivíduos que dela sofrem, não são de molde a deixar que esta laloneurose continue a ser desprezada pelos médicos, sem que estes de alguma forma tentem tratar ou, pelo menos, modificar tão perturbadora doença.

Para precisarmos bem o que vamos dizer, faremos notar que a gaguez de que nos vamos ocupar nada tem que ver com outros estados análogos que se encontram em certas doenças nervosas.

É facto que as ecolálias, as paliálias, etc., apenas pelo critério da repetição, podem levar o clínico pouco habituado a estes assuntos a pensar na gaguez. Em certos estados epilépticos encontra-se por vezes a repetição de palavras ou frases (palilogia dos epilépticos); no chamado *síndrome pálido* e no *síndrome estriado*, afecções que se traduzem, além de por outras formas, a primeira por uma elevação geral do tonus muscular e a segunda por espasmos, movimentos atetósicos e clónicos, encontra-se di-

---

(1) Comunicação apresentada nas sessões scientificas do Hospital Escolar.

ficuldade na emissão dos sons e por vezes tendência a sua repetição; estes indivíduos, porém, não podem ser considerados como gagos, tais como os vamos definir, e o diagnóstico diferencial faz-se facilmente procurando os restantes sintomas que caracterizam aquelas doenças.

A gaguez consiste essencialmente, do lado da fala, na dificuldade maior ou menor na emissão de sons articulados, dificuldade motivada por contracções tónicas ou clónicas dos músculos que por qualquer modo intervêm na fonação.

Esta é a parte mais interessante do nosso estudo; esta perturbação da fala, porém, é apenas o sintoma mais aparente dum estado de nevrose, que se caracteriza essencialmente por uma emotividade excessiva e permanente dando perturbações várias (entre elas a da fala), isto sem que até hoje fôsse possível encontrar, do lado dos centros nervosos, lesões orgânicas clinicamente apreciáveis, mas notando-se, em todos os indivíduos portadores desta laloneurose, estigmas morfológicos que nos levam a pensar em perturbações do funcionamento das glândulas de secreção interna.

## ETIOLOGIA

¿ Qual pois a etiologia desta doença?

Foi estudando a morfologia dos gagos, e principalmente a sua fisionomia ocular (1), que o Dr. AURÉLIO DA COSTA FERREIRA notou uns determinados aspectos que, aliados a outros que nestes indivíduos se encontram, constituem características dos estados que PENDE, CASTELLINO, GUILLAUME e outros autores classificam de *distiroidismo*.

É de facto na região ocular dos gagos que se encontram as seguintes particularidades: a fenda palpebral é grande, notavelmente aberta, e esta abertura é sobretudo devida à posição elevada da pálpebra superior (sinal de DALRYMPE), de forma a deixar o bordo superior da córnea, que normalmente é interceptado pelo bordo livre da pálpebra, quasi completamente a descoberto e por vezes ficando visível uma faixa supracorneana da esclerótica; esta disposição dá ao olhar um brilho e dureza característicos que até certo ponto sugerem a impressão dum verdadeiro exoftalmo.

---

(1) *A fisionomia ocular dos gagos*, in-*Arq. de Anat. e Antropol.* Vol. III, 1915.

O sinal de Livi, ou seja a rarefacção do têrço externo das sobranceiras, encontra-se num dos tipos mais freqüentes de gagos, em contraposição com a hipertricose daquela e doutras regiões, caracteres que igualmente se vêem no distiroidismo.

Pesquisas ulteriores que fizemos com COSTA FERREIRA, já como seus colaboradores, já como seus continuadores depois da sua morte, e a que adiante faremos referênciam, mais confirmaram esta forma de interpretar a etiologia da gaguez.

## SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia do gago interessa sobremaneira ao estudo que estamos fazendo.

Quando observamos um gago, a nossa atenção é impressionada por uma série de sintomas que podemos sistematizar em três grupos:

- a) Aspecto morfológico;
- b) Sintomas do lado do aparelho da fonação e da respiração;
- c) Sintomas psíquicos.

*Aspecto morfológico.* — Pela simples inspecção nós podemos dividir os gagos em dois tipos fundamentais:

Um é o tipo músculo-adiposo, curvilíneo, de face infantil, lábios grossos, succulentos, hipotricose, sinal de Livi, reflexo óculo-cardíaco, dando em regra elevação da curva no traçado esfigmográfico. Estes indivíduos são em regra sujeitos a colites, vômitos, catarros freqüentes das mucosas, sudação, pele húmida com dermatofismo róseo marmoreado, tumefacções ganglionares — tipo hiposténico que PENDE, GUILLAUME e outros definem como distiroidismo predominantemente *vagotónico*.

O outro é o tipo nervoso, longilíneo; forte pigmentação da pele, olhos negros muito vivos, brilhantes, exoftalmia, hipertricose generalizada, reflexo óculo-cardíaco dando abaixamento na curva esfigmográfica, movimentos variados, bruscos, rápidos, incoordenados, agitado, tendência à taquicardia, susceptibilidade às infecções intestinais, à tuberculose, sudação difícil, atonia gástrica, tendência à dispneia, genitalismo precoce; é o tipo hipersténico fundamentalmente *simpaticotónico*.



*Sintomas do lado do aparelho da fonação e da respiração.*—

O que mais nos impressiona ao ouvirmos falar um gago é a desarmonia que se nota entre os vários factores da função fonadora, disposições anatómicas e actos fisiológicos. E é desta forma que uns, quando pretendem falar, fazem uma inspiração forçada, enchendo completamente o tórax e assim o mantendo num espasmo inspiratório incompatível com a articulação de quaisquer sons.

Outros pretendem falar quando têm já esgotado o ar corrente; outros ainda, entre duas sílabas da mesma palavra, num movimento brusco de expiração funda, deixam sair o ar de forma a tornar impossível a articulação da sílaba que se segue.

Atendendo à maneira como o gago fala, podemos dividir estes indivíduos em gagos de tipo *tónico* e de tipo *clónico*.

A forma tónica corresponde à tetanização dos músculos inspiratórios, de modo a manter a cavidade torácica em espasmo inspiratório, para depois o ar sair como que em explosão e com êle a frase que o gago pretende articular.

A forma clónica (coreia verbal de COSTA FERREIRA) consiste na saída intermitente, por *poussées*, do ar através as cordas vocais tetanizadas, o que faz com que o doente repita muita vez a mesma sílaba.

Os gagos em regra sentem bem a diferença destas duas formas.

Escrevia-me uma vez um gago explicando a sua gaguez:

«... A minha gaguez não é como a do Feio (1), não repito as sílabas, *mas sim tarda-me a palavra*».

Estas duas formas são as extremas e por vezes encontram-se associadas no mesmo indivíduo.

Este tetanismo e êste clonismo que affectam os músculos da respiração e da fonação estendem-se por vezes a outros músculos da face, tronco ou membros.

O estudo dos movimentos respiratórios também merece um especial interêsse.

Já COSTA FERREIRA tinha chamado a atenção para o traçado pneumográfico dos gagos e o tinha comparado com o

---

(1) Um outro gago que nós tratávamos nessa altura e que êle também conhecia.

pneumograma que se obtém nos indivíduos fortemente emocionados.

O que caracteriza sobretudo a respiração do gago é a irregularidade do ritmo e a da amplitude dos movimentos respiratórios. Nota-se uma verdadeira ataxia respiratória que mesmo no estado de repouso é manifesta. Esta ataxia aumenta durante a fala e prolonga-se durante algum tempo depois de terminada a frase.

*Sintomas psíquicos.* — Do lado do psiquismo a sintomatologia do gago é muito rica e variada, e caracteriza mais precisamente a natureza nevrótica desta afecção. Compreendida dentro da sintomatologia dos estados distiroideos, o psiquismo do gago manifesta-se sobretudo por uma excessiva emotividade, uma ansiedade, constituindo uma verdadeira nevrose de angústia de HECKEL ou, melhor ainda, o que DUPRÉ definiu como *constituição emotiva*.

Esta emotividade é constantemente mantida e aumentada pelo receio de gaguejar, que para o gago se transforma numa verdadeira fobia, torturando estes doentes que se lastimam mais do seu mal do que um surdo ou um cego.

Êste mêdo de gaguejar excede, em regra, a intensidade do mal de que sofrem, e até por vezes a gaguez é insignificante sendo a fobia intensa.

Poderia citar muitos exemplos, e êles são tantos como os gagos que tenho tratado; porém, para não alongar citarei alguns mais característicos:

Ultimamente apareceu-me um rapaz gago, aluno da Faculdade de Medicina do Pôrto, em que a perturbação lállica era, relativamente à sua preocupação, insignificante. Apresentava um ligeiro sotaque da voz, de forma que o discurso era entrecortado por leves paragens que êle aliás vencía rapidamente. No emtanto a fobia de falar, era neste rapaz, por assim dizer trágica. Fugia de todos, isolava-se e julgava-se incapaz de conversar com estranhos. Quando das nossas sessões de reeducação, em que êle falava correntemente, bastava que a enfermeira entrasse no gabinete, para que imediatamente se calasse, apresentando então uma expressão de terror, pelo receio enorme de que ela o tivesse porventura ouvido gaguejar!

Vou ler alguns trechos de cartas que me têm sido dirigidas

por gagos no sentido da solicitação de tratamento e onde bem se nota a fobia do falar:

«Je suis en effet extrêmement émotif, timide à l'excès, par peur de bégayer, présentant des phénomènes vaso-moteurs considérables, et tous ces troubles me rendent l'existence absolument insupportable car se me rends très bien compte que, dans la profession que j'ai choisie, je ne pourrais jamais arriver à rien. Et pourtant notez que ce bégaiement qui existait dès mon enfance, mais peu accentué, s'est développé dans ces dernières années à tel point que parler devient parfois un véritable supplice» (1).

«Tão depressa possa — e note que lhe digo isto com toda a esperança — irei ter com V. Ex.<sup>a</sup>, a fim de que a sciência ponha fim aos mil e um dissabores por que tenho passado desde que há cinco anos vou sofrendo desta agravada perturbação na fala, que me prejudica em tudo e a cada momento. Ridículo, opróbrio, insucesso, prejuízo, tudo me acarreta êste obstáculo que eu quisera ver para bem longe de mim» (2).

Em regra inteligentes, os gagos bordam, com os caprichos da sua fantasia, estados patológicos verdadeiramente estranhos que uma vontade fraca, facilmente esgotável, característica nestes indivíduos, não modera.

Se de facto a perturbação da fala é a que ostensivamente e sôbre todas as outras os perturba, a sua nevrose ansiosa estende-se a outros campos da actividade orgânica. Assim é freqüente os gagos queixarem-se de males não bem definidos e de hiper-cinestese, verdadeiramente desequilibrada e exagerada, e que os incômodos de que habitualmente sofrem (colites, taquicardias, cefaleias, etc.) mais acentuam.

A preocupação da doença absorve exaustivamente as apreensões dêstes indivíduos, vivendo tão intensivamente para os seus males que manifestam bem-estar quando neles pensam ou falam. Assim, a um gago que eu tratava pedi-lhe para me fazer uma exposição sôbre qualquer assunto para eu apreciar as suas melhoras; lembrei-lhe, para isso, que me contasse o que tinha feito durante o dia. Hesita, vai para começar a falar, a voz pren-

---

(1) Carta de um médico de Nice.

(2) Carta de um aluno da Escola de Belas Artes.

de-se-lhe, o estado de ansiedade revela-se, a hesitação cresce, é uma verdadeira crise paroxística que se esboça, quando uma idea feliz, salvadora, o vem arrancar a esta crise, dizendo-me êle então: «Talvez fôsse melhor contar-lhe a história da minha doença...» Acedi, e êle aí vai a contar-me, com abundância de detalhes, todo o seu caso, que aliás já me tinha contado na primeira consulta que me fizera e sôbre o qual já me tinha entregado um relatório muito circunstanciado. Mas todo o seu discurso foi feito sem uma hesitação e sem uma paragem.

Êste mesmo doente referia-me uma prisão de ventre habitual acentuadíssima. Dias depois de lhe ter indicado uma terapêutica correctiva diz-me continuar na mesma e que havia três dias não tinha dejectões. Momentos depois, descrevendo-me os incômodos do dia, refere-me ter tido nesse mesmo dia várias crises diarreicas (!) Á minha reflexão sôbre a contradição das suas informações diz-me: «; Mas não eram fezes moldadas, era diarreia!».

Tudo isto nos leva a considerar a gaguez, como de princípio enunciámos, como sintoma de uma nevrose que muitos outros sintomas psíquicos também caracterizam.

Ainda em favor desta nossa hipótese vem o facto de a linguagem interior do gago se encontrar por vezes alterada. Assim é que na escrita do gago se podem encontrar repetições como na fala, se bem que mais raramente, porque aí existe um censor mais rígido que é a visão.

Num curiosíssimo relatório que tenho de um gago, cuidadosamente feito, a julgar pela minúcia, tanto da exposição como da redacção, pontuação, sublinhados, divisão em capítulos, etc., lê-se: «Minha mãe teve um desmancho *entre entre* o primeiro e o segundo parto», e mais adiante: «Um dos primeiros tratamentos que fiz para o nariz foi *com com* o Rinol...».

Não quero deixar de citar um facto interessante que por vezes se dá e que corrobora a nossa maneira de pensar.

Vencida pelos meios terapêuticos a gaguez, uma das dificuldades que freqüentemente surgem é a vergonha que o gago tem de falar diante dos outros da nova maneira que nós lhe indicámos, diferente pois da que usava habitualmente.

; Ele que até aí dizia preferir morrer a ser gago, que considerava o gaguejar como a última das vergonhas, agora que fala correctamente acanha-se de usar da nova forma de dizer!

Isto é, dá-se o *transfert* da fobia para a nova maneira de falar: «! Parece que não sou eu que estou a falar!» dizia-me, envergonhado, um gago depois de algumas lições de reeducação.

Vejam VV. Ex.<sup>as</sup> quão ingrato e difícil é para o médico o tratamento desta laloneurose e de que subtis estratagemas de psicoterapia nos temos de servir para vencer estes casos, e como por vezes é fácil o insucesso.

## PROGNÓSTICO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Depois do que temos dito não é difícil concluir a gravidade da gaguez.

Aparecendo em regra pelos 4 ou 5 anos de idade, espontaneamente ou em seguida a qualquer trauma psíquico, emoção forte, ou depois de uma doença que de alguma forma abale o equilíbrio nervoso do organismo, causas que para nós são apenas pretexto para a eclosão da manifestação lállica da nevrose já existente, causas que nós comparamos ao fósforo que cai em terreno facilmente inflamável, a gaguez é em regra de princípio pouco acentuada, o que até certo ponto se explica se atendermos à calma emocional que existe nos primeiros anos da segunda infância, até próximo da puberdade.

Ao aproximar-se a puberdade a gaguez acentua-se e a situação atinge por vezes o auge, em vista dos choques emotivos a que esta idade como nenhuma outra é sujeita.

Aqui as cousas comportam-se diferentemente num e no outro sexo.

É sabido que a gaguez é mais freqüente no homem do que na mulher. Alguns casos de que temos conhecimento levam-nos a supor que na mulher as ormonas ováricas dalguma maneira intervêm como correctivo do distiroidismo que supomos existir nos gagos. É facto que alguns fisiologistas consideram as ormonas ováricas como correctivas da secreção tiroideia e a endocrinoterapia ovárica anda muito de perto ligada às lesões da tiroideia.

Já COSTA FERREIRA em 1917 chamava a atenção para o assunto e num seu escrito intitulado *Gaguez e tiroidismo* (1) descrevia

---

(1) In-*A Medicina Moderna*, Fev. 1917, e *Anuário da Casa Pia*, 1916-1917.

dois casos que têm o maior interêsse: «Trata-se de duas raparigas, uma de 23 anos e outra de 16, ambas gagas, de tipo clónico ou espasmódico, uma com um passado catamenial sempre muito irregular e que há muitos meses, há mais de um ano, se encontra amenorreica, sem que se encontre no seu estado geral nada que possa explicar a anormalidade a não ser o seu hipertiroidismo constitucional; a outra, uma rapariga do campo, robusta, com os estigmas morfológicos da puberdade (e alguns de tiroidismo) mas ainda não menstruada».

«? Não estarão estas anormalidades menstruais e a gaguez em relação com o tiroidismo constitucional?» pergunta COSTA FERREIRA.

Recentemente tivemos ocasião de examinar uma rapariga gaga de 7 anos de idade, com estigmas nítidos de disendocrínia essencialmente de origem tiroideia: hipertricose acentuada e generalizada, precocidade de traços fisionómicos, voz forte, máscula, lembrando a voz do rapaz post-púbere, cartilagem tiroideia grande, saliente, glândula tiroideia palpável.

É durante os anos próximos da puberdade que a gaguez exerce os seus mais nefastos efeitos sôbre o psiquismo dos doentes.

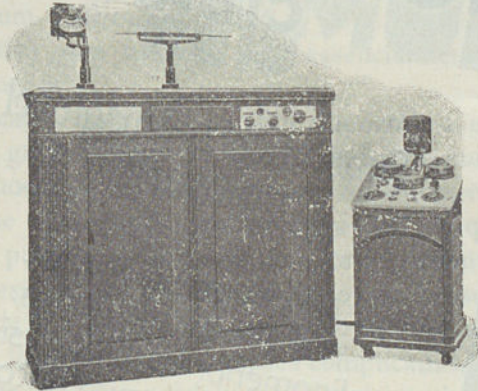
Os choques emotivos são múltiplos e dos mais intensos. É, na freqüência das escolas, o escárneo dos colegas; é o ridículo a todq o instante, provocado pelos companheiros de trabalho; depois é nesta idade que as tendências sexuais se fazem sentir duma forma imperiosa. Este sexualismo, mais ou menos sentimental (a idade do amor), coloca estes individuos num estado de retraimento perante o sexo oposto que cria complexos affectivos, conflitos íntimos, *refoulements*, interiorizações do líbido sexual cujas conseqüências são ou podem ser, de futuro, de alta gravidade.

Por todos estes motivos o gago retrai-se, isola-se, a sua mentalidade definha, a sua educação ressent-se, e pela vida fora as mais diversas situações sociais lhe podem ficar vedadas. Os que freqüentam cursos difficilmente chegam ao fim; em situações comerciais, empregos públicos, etc., êles podem tornar-se o juguete do ridículo lançado pelos colegas. A aproximação do sexo oposto, quer como satisfação sexual animal, quer como sexualismo mais ou menos espiritualizado, pode ser-lhes vedada, e a gaguez mostrar-se há assim estigma formidável que torna êsses pacientes dos mais queixosos de todos os doentes.

LISBOA MÉDICA

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA  
DA CASA  
GAIFFE-GALLOT & PILON  
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X  
«TUBOS COOLIDGE»  
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

---

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA  
RADIUM BELGE — BRUXELAS

---

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, L DA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849

LISBOA MÉDICA

Para estimular a função ovariana  
e activar o menstruo

# AGOMENSINA

CIBA

Substancia hidrosolúvel  
do ovario

Amenorréa funcional,  
menstruos retardados,  
oligomenorréa, hipoplasias,  
esterilidade, vomitos incoer-  
cíveis da gravidez etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA, 128, LISBOA,  
unico representante dos Productos "Ciba" no Portugal





Esta é a evolução da nevrose na sua fase mais grave.

Há no entanto casos que se curam espontâneamente.

¿ Possivelmente por uma auto-sugestão modificadora do psiquismo doentio destes indivíduos ; — possível modificação do seu distiroidismo ajudando a curar a sua instabilidade emotiva ? Ignoramos o mecanismo do desaparecimento da doença, mas todos nós conhecemos gogos que se curaram automaticamente.

## TRATAMENTO

Como vimos, falando da sintomatologia, o gogo impressiona sobretudo pela existência de uma nevrose emotiva, por uma ataxia respiratória que dá a dislália e pelo seu aspecto morfológico, que filiámos num distiroidismo.

A terapêutica que usamos visa essencialmente êsses três aspectos da doença.

Como indicação geral e da maior importância em toda a terapêutica dos gogos, nunca se deve esquecer o cuidado de não molestar ou chocar a sua emotividade. Um tratamento mal conduzido, em que as sugestões sejam impostas, em que a atenção seja chamada para o ridículo do mal, está condenado ao mais absoluto insucesso. Sabemos de um gogo que se sujeitou a um tratamento onde lhe impuseram umas certas regras terapêuticas rígidas, em que lhe fizeram observações complicadas, ameaçando-o de não se curar se não se sujeitasse às práticas indicadas, e êle emudeceu e esteve uns poucos de dias impossibilitado de articular qualquer palavra.

Por isso, no tratamento da nevrose, toda a prudência e tato são indispensáveis para que o efeito seja benéfico.

É preciso suggestionar o gogo sem que êle disso se aperceba. É necessário que, numa demonstração convincente, levemos o gogo à convicção da sua cura.

É pela persuasão e distraindo o gogo das suas obsessões que se consegue o êxito terapêutico.

A própria reeducação da fala, de que em breve diremos, deve actuar sobretudo pela convicção.

Impõe-se de facto uma higiene mental que deve observar-se sobretudo no combate à emotividade, mas combate onde, como dissemos, toda a prudência é exigida.

Combater a emotividade no gago é afastá-lo dos meios onde o seu defeito é escarnecido, é dar-lhe calma subtraindo-o às emoções de qualquer natureza, é evitar durante o tratamento as conversas com estranhos para não ser chocado avivando-se-lhe a vergonha do defeito, e é, sobretudo, distraí-lo da sua fobia de falar convencendo-o da certeza de que pode consegui-lo como outra qualquer pessoa.

Por vezes este tratamento persuasivo é suficiente para a cura da dislália. E casos há em que numa ou duas sessões de tratamento, quando o gago consegue falar sem que a voz se lhe prenda, o êxito é tão grande que o gago auto-sugestionando-se, êle próprio aprende os *trucs* de que tem de se servir para evitar a perturbação da fala.

Mas não tenhamos ilusões! Nós podemos melhorar, modificar a dislália do doente, mas a nevrose persiste, a constituição emotiva fica e, ao primeiro choque psíquico, a emoção torna a permitir o aparecimento da gaguez, a suscitá-la, e assim um gago que nós deixámos julgando-o completamente curado, meses, anos depois, aparece-nos como da primeira vez que nos consultou.

;Muita prudência pois na garantia da cura! Para com o doente devemos sempre usar dêsse meio de persuasão, mas sejamos cautelosos na informação que dêmos à família, em vista de uma possível recaída.

Pelo lado do aparelho respiratório vimos já a necessidade de uma reeducação respiratória e da fala. Assim uma ginástica de ritmo é indispensável e vantajosa em dois sentidos: pela ginástica em si e pela sua repousada e calma regularidade.

Á sua fala deve dar-se uma forma diferente da que usa, de maneira a distrair o gago do seu falar habitual, isto sincronizando a emissão dos sons com os movimentos respiratórios ritmicamente feitos. Sabido como é que o gago quando canta não gagueja, o estratagema está em dar-lhe à fala uma intonação diferente, um aspecto de cantilena para que a voz saia correctamente; a leitura ou a dicção silabada servem bem para começo do tratamento.

Com respeito à disendocrínia que pretendemos existir nestes indivíduos, com ela esbarram os meios eficazmente práticos. É sabido que em endocrinoterapia muito há ainda a fazer para tirar

dêste processo de terapêutica todos os benefícios que, estamos certos, mais tarde ou mais cedo serão conseguidos. Se há de facto alguns corpos simples extraídos das glândulas de secreção interna que possuem uma acção terapêutica bem conhecida e de valor prático indiscutível, como a adrenalina, a insulina, etc., nos estados pluriglandulares, ou ainda mais restritamente no chamado distiroidismo leve, a terapêutica endócrina nada de praticamente útil tem feito.

Costumo dar aos meus gagos produtos opoterápicos simples, especialmente do ovário, como possível antídoto dos estados de hipertiroidismo, ou extractos pluriglandulares; e experimentalmente lá vou ministrando essa terapêutica, mas confesso-vos que jamais vi alterações nos gagos que possa atribuir-lhe.

## UM CASO DE NEVO PIGMENTAR MIXTO GIGANTE (1)

POR

A. FARIA COSTA

Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

Como todos sabem, dá-se o nome de nevo pigmentar á uma alteração congénita da pele caracterizada por uma produção anormal e excessiva de pigmento, formando manchas mais ou menos escuras e de extensões várias.

A mancha névica é susceptível de alastrar com a idade, ou retroceder muito rarissimamente nos primeiros dias da vida; pode ocupar qualquer território da pele assim como determinar o seu espessamento.

Os nevos pigmentares subdividem-se em diferentes tipos: lisos, verrugosos, hipertróficos, pilosos, etc. São lisos ou simples aqueles em que a superfície é plana, como os vulgares sinais. São verrugosos aqueles em que a pele se espessa irregularmente, fazendo saliências papilomatosas, moles ou duras, mais ou menos vegetantes e por vezes conglomeradas. Neoformações das camadas profundas da derme e da hipoderme podem promover o nevo á categoria de hipertrófico ou moluscóide, formando-se então verdadeiros tumores pediculados ou sésseis, constituídos por um núcleo lipomatoso (nevo lipomatóide) ou fibromatoso; neste último caso pode a degenerescência estar relacionada com a bainha conjuntiva das finas ramificações nervosas dos filetes cutâneos (neuro-fibromatose de RECKLINGHAUSEN), ou não ter relação alguma (dermo-fibromatose de CHAUFFARD). A cútis alterada pode ser glabra ou apresentar-se coberta por pêlos de comprimentos vários e de densidade de implantação maior ou menor; são estes últimos os nevos pilosos.

Em contraposição com a banalidade dos pequenos nevos lentificulares está a raridade dos extensos nevos gigantes.

O caso que vamos apresentar, além de enfileirar sem receio de confronto ao lado dos maiores que estão descritos, tem o particular interêsse de condensar em si todos os tipos. Que se

---

(1) Comunicação apresentada nas sessões científicas do Hospital Escolar.

lhe comparem só conheço os casos de GAUCHER e de TOMACZEWSKI (êste último já referido pelo Dr. ARMANDO NARCISO no número de Fevereiro de 1929 da *Lisboa Médica*).

Adriana C., de 11 meses, natural de Canas de Senhorim.

*História.* — Nasceu com a pele do tronco malhada de negro, cheia de rugas e coberta de pêlo, exactamente como hoje a apresenta e com a mesma extensão na proporção do tamanho do corpo. Supõe a mãe ser isso a consequência de, no decurso da gravidez, ter agarrado uma porca que, para a segu-



Fig. 1

rar, a apertou de encontro ao ventre. Realmente a pele anormal da menina tem tal e qual o aspecto da do suíno, apresentando até várias saliências como as mamas do bicho, pois o contacto foi com a barriga do animal.

Se não fôr esta a explicação do que se passou, tem ainda uma outra: a de ter pincelado peito e costas com tintura de iodo, durante a gestação.

*Antecedentes pessoais.* — A criança nasceu de t ermo, tem sido sempre s ad vel e tem feito a sua evolução normal.

*Antecedentes familiares.* — Os pais são fortes e gozam saúde; as suas idades são de 22 e 26 anos. Não acusam nem apresentam sinais de lues; a mãe não teve outras gravidezes. Não há memória de parent es com lesões cutâneas idênticas.

*Observa o.* — Nota-se que o tronco está como que vestido por um *maillot* negro desde os ombros até a parte média das nádegas. A sua pele, tanto  

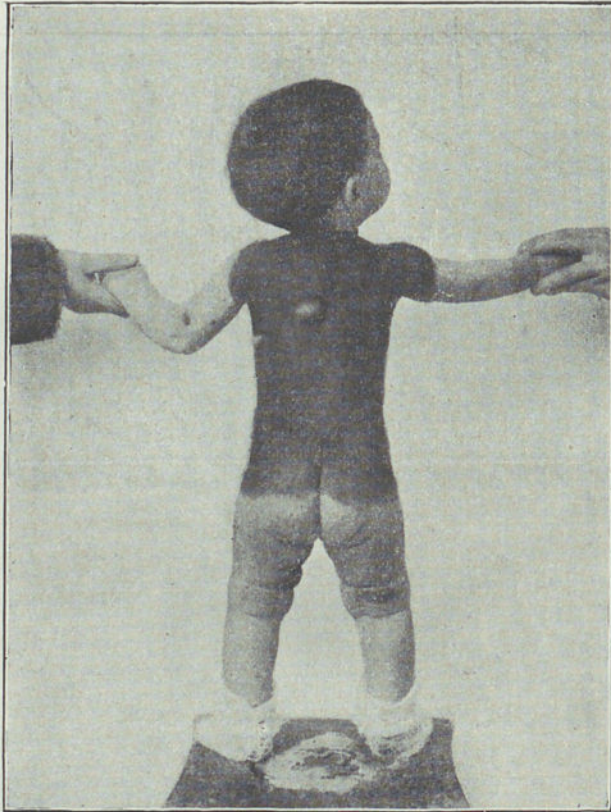


Fig. 2

frente como atrás, apresenta uma c r castanha, variando da do café com leite  s tonalidades mais carregadas. A espessura   variável, mas superior   normal. A superfície é irregular, sendo lisa nuns sítios, noutros como que salpicada de papilomas de tamanhos vários e noutros ainda fazendo saliências volumosas (com as características do Recklinghausen), como se observa dum e doutro lado ao longo do 4.  arco costal e sôbre a respectiva vértebra, onde

existe um tumor moluscóide, arredondado, mole, que determina uma proci-dência como o volume da uma noz. Glabro em pequenas zonas, é quasi por toda a parte coberto por pêlos sedosos de grossura um pouco inferior à dos cabel-os, da mesma côr castanha dêles, e que consegue atingir o comprimento de 3 centímetros. A hipertricose é por vezes tão intensa que chega a formar madeixas redemoinhantes, principalmente no dorso e região sagrada. A tran-sição para a cútis normal é brusca. O pescoço e a metade superior da nuca estão imaculados, de modo que, quando vestida, a criança cobre por completo o seu defeito. Na região poplíteia direita existe uma outra mancha névica, pilosa, elipsóide, com o diâmetro maior de 5 centímetros. Notam-se ainda vá-rios sinais lenticulares de diferentes grandezas, dispersos pelos membros, tendo os maiores o diâmetro de 2 centímetros.

A não ser êste, não existe na pequenita o mais ligeiro vestígio patológico. Tem normal desenvolvimento para a idade.

Foram pesquisados infrutiferamente estigmas de heredo-sífilis.

Friso a convicção da família em atribuir a mancha ao con-tacto com o animal ou às pinceladas com a tintura de iodo. A gente inculta tem ideas como esta sôbre a patogenia dos nevos.

Há autores que empurram a responsabilidade destas lesões para a sífilis. No nosso caso parece que podemos afastar-nos dessa hipótese.

No que diz respeito à terapêutica, pensamos que nada há a fazer nos nevos gigantes. A radioterapia, quando muito, fará cair os pêlos, se não queimar a pele com as suas conseqüências. Tem-se constatado a degenerescência maligna desta espécie dermatolôgica (nevo-carcinomas melânicos, etc.) consecutivos a tratamen-tos traumatizantes.

#### BIBLIOGRAFIA

- A. NARCISO. — Um caso de nevo pigmentar piloso gigante. *Lisboa Médica*. Fev. 1929. Vide a respectiva nota bibliográfica.
- BAZZOZERO. — Malattie della pelle.
- BOSELLINI — Sopra i nevi multipli simetrici. (Gione ital. 1915)
- BROCQ-JACQUET. — La pratique dermatologique.
- DOYON-BESNIER. — Maladies de la peau.
- GAUCHER. — Maladies de la peau.
- GAUCHER ET COUINEAU. — Naevus pigmentaire du tronc em pélerine (Socie. de Dermat. Jul. 1910).
- CROUSON ET GAUCHER. — Naevus verruqueux zonif. du membre sup. droit (Bul. de la Soc. de Derm. Janv. 1902).
- KAPOSI. — Hautkrankheiten.
- LEVEN. — Beiträge zur Nâvuslehre (Derm. Zeitschrift. 1920).

## SÓBRE A LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DA ANCA NAS CRIANÇAS

(4 NOVOS CASOS)

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Interno dos Hospitais

A luxação traumática da anca é, em qualquer idade, uma lesão bastante rara, e nas crianças maior é ainda a sua raridade. É, por isso, assunto que merece referênciã, quanto mais não seja para, com a publicação de casos conhecidos, fornecer dados de interêsse estatístico.

O número de casos observados desta luxação nas crianças é bastante reduzido, e em 1922, MAFFEI, em trabalho publicado, diz ter reunido, em toda a bibliografia, 46 casos. É claro que este número não abrange a totalidade, e, pelo menos, de meu conhecimento existe o caso publicado por L. CASTRO FREIRE, em 1925, a que MAFFEI se não refere. Desde então poucos mais casos têm aparecido nos jornais da especialidade.

No Instituto Ortopédico de Rizali, uma estatística abrangendo um período de 21 anos mostra que, entre 1.842 lesões traumáticas dos ossos e articulações, apenas apareceram 3 casos de luxação traumática da anca em crianças.

D'AREY POWER no seu livro *Surgical Diseases of Children*, de 1895, diz que apenas viu um caso em tôda a sua clínica. No arquivo da Enfermaria de Cirurgia Infantil dos Hospitais Civis apenas encontramos, além do caso publicado por CASTRO FREIRE e dos 2 que hoje apresentamos, mais outros 2 de que também daremos resumida nota.

Segundo KRÖNLEIN, no total de todas as luxações, as da anca representam apenas 2 %.



LISBOA MÉDICA



## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>is</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 minerales (fosfatos naturais).*

**Insubstituível como alimento nos casos de intolerân-  
cias gástricas e afeções intestinais. — Especial para  
crianças, velhos, convalescentes e doentes  
do estomago.**

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

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.<sup>as</sup> MÁLAGA  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>as</sup>  
Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>as</sup>  
LISBOA

# RACEM-EPHEDRINA "HOECHST"

Chlorhidrato da phenilpropanolmonometilamina



O novo sympathicotónico synthético offerece 4 vantagens em confronto com a Adrenalina:

1. Pode applicar-se peroralmente
2. Tem acção muito persistente
3. E' melhor supportado
4. Conserva-se indefinidamente

Para o tratamento da asthma, urticária, febre do feno e outras affecções allérgicas; além d'isso nos estados de fraqueza circulatória, em consequência de doenças infecciosas



EMBALAGENS D'ORIGEM:

Comprimidos, tnbos de 20 compr. de 0,05 gr.

Soluto (a 5 0/0), caixas de 5 e 10 empolas de 1 cc. contendo 0,05 gr. de Racem-Ephedrina "HOECHST".

Em pó: Vidros com 1, 5, 10, e 25 gr.

**Acção muito mais persistente  
que a da Adrenalina**



**I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft**

Secção scientifica pharmaceutica (Bayer & Meister Lucius)

**LEVERKUSEN (Alemanha)**

A raridade das luxações desta articulação é facilmente compreensível se pensarmos na resistência enorme que representam os fortes ligamentos da articulação e os músculos que em tórno dela se inserem, bem como na profundidade da cavidade cotiloi-deia, onde a cabeça femural fica completamente alojada.

Só um traumatismo intenso será capaz de provocar a luxação, e êste facto será, já por si, um importante factor na explicação da maior raridade com que se observa nas crianças, visto estas estarem menos sujeitas a grandes traumatismos.

Os adultos, e destes principalmente os do sexo masculino, são os mais freqüentes portadores de luxações traumáticas da anca.

F. MAFFEI, consultando e reunindo estatísticas, põe em relêvo a importância dêste facto para a mínima freqüência da lesão na idade infantil. Assim, nota que a freqüência vai em crescente até a idade de 10 anos, decrescendo em seguida até os 14, e relaciona êste facto com o de a criança, à medida que vai crescendo, melhor se furta à vigilância da família expondo-se assim, mais facilmente, a quedas maiores. Depois dos 10 anos, aumentando a fôrça e desenvolvendo-se a inteligência, deminuirão as probabilidades de a criança cair. É interessante êste relacionamento, porque deve, na realidade, participar na explicação do facto. Mas, de-certo, não será esta a única razão, e outras mais devemos procurar.

O que mais facilmente a qualquer ocorre, conhecida como é a fragilidade óssea nas crianças, é explicar com isto a raridade da luxação, dizendo que esta não se produz porque o osso cede, dando-se uma fractura do colo do fémur. Esta explicação na realidade sedutora, pela sua aparente simplicidade, foi a miúdo invocada e L. CASTRO FREIRE a ela se refere no seu trabalho que já citámos. No entanto, mais modernamente, esta concepção foi um tanto abalada, pois os dados estatísticos não eram bastantes para concluir que o número de fracturas do colo do fémur fôsse nas crianças suficiente para explicar a pouca freqüência da luxação, e até alguns autores afirmavam não serem as fracturas do colo mais freqüentes que as luxações. Quanto a nós, não temos dúvida em nos meter neste número, pois as fracturas cervicais do fémur nas crianças são tão raras, que no arquivo do nosso Serviço, bem como no material da antiga consulta de crianças, de S. José, exceptuando as fracturas patológicas, nenhum caso existe de fractura de colo do fémur em crianças.

PICHAUD, na sua *Chirurgie des Enfants*, declara esta fractura como de grande raridade, dizendo que a maior parte das vezes a solução de continuidade não vai além dum entorse desta articulação. F. MAFFEI, criticando o que se tem dito sobre este ponto, entende que os casos publicados não são em número suficiente para formar juízo, attribuindo as luxações e as fracturas do colo do fémur origem em mecanismos diversos, não sendo de boa lógica admitir que acções idênticas, em idênticas condições, produzam umas vezes fractura e outras luxação. A fractura deve ser considerada como a consequência directa do traumatismo, sobre qualquer ponto da diafise ou do colo, emquanto que, e nisto as opiniões são unânimes, a luxação é a consequência indirecta do traumatismo, que actua provocando um movimento que, pela sua exagerada amplitude, tende a fazer a cabeça femural abandonar o acetábulo.

A extrema raridade do aparecimento destas fracturas cervicais nas crianças pode, parece-me, ter uma explicação. É que nas crianças a fractura é sempre intra-articular e muitas vezes, como faz notar EDMUND OWEN (*Surgical Diseases of Children*) não atinge a espessura completa do periósteo. Nestas condições o diagnóstico nem sempre se faz, e o sintoma único, a dor, é attribuído a um entorse, pois por vezes até a marcha é perfeitamente possível (BROCA). Alguns diagnósticos de coxa vara da adolescência corresponderão possivelmente a uma destas fracturas não diagnosticadas.

MOUCHET e SFGUINOT dão, para a raridade da lesão que nos ocupa, uma explicação que é realmente importante, por corresponder a um facto de observação corrente: a grande elasticidade dos tecidos nas crianças. Esta elasticidade é que permite que a cápsula e ligamentos cedam sem se dilacerar, e assim a cabeça femural não sai da sua cápsula.

O mecanismo da luxação consiste sempre, como dissemos, num movimento que, embora fisiológico, sendo exageradamente amplo obriga a cabeça femural a abandonar o acetábulo, rasgando ligamentos e cápsula.

O movimento que com maior frequência se encontra é o de hiperflexão da coxa sobre a bacia. Não é porém este movimento o único susceptível de provocar a luxação, sendo apontados vários outros, como por exemplo o da extensão forçada da coxa (FAR-

RAUT, FRELICH), a rotação da bacia sôbre a coxa imobilizada (DËLLE), etc.

Nestes movimentos o colo femural, esbarrando de encontro ao rebôrdo do còtilo, faz alavanca, obrigando a cabeça a sair da sua posição. Sendo, como se sabe, nas crianças aquele rebrôdo relativamente pequeno, ainda aqui encontramos nova explicação para a pouca freqüência da luxação na idade infantil. GIOVANI RUELLO insiste sôbre êste facto.

O ponto onde a cápsula se rompe parece ser quasi sempre o mesmo, e corresponder àquela região em que, pela disposição anatómica dos ligamentos, a cápsula é mais fraca. É, como se sabe, a sua porção inferior. Os rasgamentos que se observam para trás e para a frente são, segundo BIGELOW, secundários, e provocados pela cabeça femural que, quando o membro é abandonado ao seu pêso, ficando suspenso pelo ligamento em Y, sobe para um ou outro lado da cavidade cotiloideia.

A posição que a cabeça depois toma depende da posição do membro na ocasião do traumatismo, bem como do movimento que executa abandonado ao seu próprio pêso. O tipo mais freqüente é a luxação posterior, de acôrdo com a posição mais freqüente do membro inferior na ocasião duma queda, que é a de flexão e rotação interna da coxa.

KNEER, reünindo as estatísticas de numerosos autores (COOPER, MALGAIGNE, WEBER, HAMILTON, BILLROTH, BRUNS), dá as seguintes proporções: de entre 210 luxações traumáticas da anca, tanto em adultos como em crianças, 160 para trás e 50 para diante. Das luxações para trás a ilíaca é a mais freqüente (96:37). As anteriores aparecem com igual freqüência supra ou infra-púbicas (19:20). São muito mais freqüentes as luxações da anca esquerda de que da direita.

É possível a transformação dum tipo em outro. É ainda possível, mas muito raro, que a rotura da cápsula se faça noutro ponto, saindo a cabeça directamente da cavidade cotiloideia para qualquer das posições em que se pode encontrar. Isto implica um traumatismo duma violência extraordinária, e que podemos considerar como absolutamente excepcional.

Primitiva ou secundária, a posição da cabeça femural torna-se fixa, devido aos ligamentos fibrosos não dilacerados e músculos periarticulares, que imobilizarão a cabeça na posição que esta

tomar. Tem principal importância nesta acção o ligamento íleo-femural, que, sendo fortemente distendido, obriga, pela sua elasticidade, a coxa a uma determinada posição típica.

A importância deste ligamento é tal, que BIGELOW divide as luxações da anca em típicas e atípicas, conforme elle está conservado ou destruído.

Para que esta destruição se dê é necessário uma violência duma intensidade extrema, pois este ligamento é o mais forte do corpo humano (BERGMANN). Em crianças não são conhecidas luxações atípicas, o que está de acôrdo com a maior elasticidade dos tecidos nesta idade.

FILLAUX não dá aos músculos a mesma importância que BIGELOW, na fixação das posições da cabeça, fazendo estas depender sobretudo da cápsula.

Assim, enquanto que para BIGELOW uma luxação isquiática pode transformar-se em iliaca desde que se rompa o tendão do obturador interno, para FILLAUX esta transformação só se poderá dar no caso de se romperem todas as inserções da cápsula.

G. RUELLO nota a limitada influência que nas crianças têm os elementos, tanto musculares como capsulares, para a fixação da cabeça femural na sua primitiva posição luxada, permitindo que uma luxação primitivamente isquiática se transforme imediatamente em iliaca. Daqui a muito maior frequência das posições ilíacas nas crianças, o que aliás RUELLO não encontrou nos seus casos pessoais.

Tive este ano ensejo, num período relativamente curto, de observar, no Serviço de Pediatria onde trabalho, dois casos de luxação traumática da anca em crianças.

Passo a descrevê-los, juntando assim novos elementos estatísticos a um assunto cuja bibliografia é bastante reduzida.

OBSERVAÇÃO I. — O. E., sexo masculino, 8 anos. Doente internado no Serviço a 19-11-28, na cama n.º 30.

*Antecedentes hereditários e colaterais*: — Sem interêsse.

*Doença actual*:

*Interrogatório*: — Há 5 meses foi atropelado por um camião.

Ficou muito magoado e impossibilitado de se levantar, foi transportado para a cama. Achou-se depois impossibilitado de andar pela posição anormal que adquiriu a coxa esquerda, bem como pela dor no mesmo quadril. Como o médico que o observou na sua aldeia dissesse que não era nada, deixou pas-

## Metodo cytôphylatico 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

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

LISBOA MÉDICA

*Schering*

# A T O P H A N

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 aplicação parenteral do Atophan:

## **ATOPHANYL**

indicado especialmente nos casos rebeldes.

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



sar-se o tempo, até que finalmente, passados já 5 meses, como não notasse melhoras, resolveu vir para Lisboa.

*Observação:* — Nota-se deformação da anca esquerda que se encontra mais levantada do que a direita. A coxa está em ligeira flexão sobre a bacia e em adução. Ao fazer a extensão da coxa ou a sua abdução para a levar à posição normal, encontra-se resistência e estes movimentos são dolorosos. Há encurtamento da coxa esquerda medida desde a espinha ilíaca ântero-superior até o joelho.

Ao dar movimentos de rotação à coxa esquerda, sentem-se os tegumentos levantar-se na parte posterior.



Fig. 1. — Obs. I

*Diagnóstico:* — Luxação traumática da anca esquerda para trás e para cima (variedade ilíaca).

21-11-28. — Pedu-se radiografia.

*Relatório:* — Vê-se que há luxação do fêmur para cima, tendo havido deformação da cabeça femural, pois o seu núcleo epifisário encontra-se desviado para dentro em relação ao fêmur (fig. 1).

25-11-28. — Tenta-se fazer a redução por manobras externas, o que de forma alguma se consegue.

7-12-28. — Intervenção cirúrgica.

Anestesia geral pelo éter.

Incisão de Kocher. Tentativa de redução, depois de anular todas as resistências de tecidos moles e de esvaziar a cápsula do tecido fibroso que a enchia.

Redução impossibilitada por apagamento da cavidade cõtaloideia, insuficiente para alojar a cabeça femural.

Decapitação do fêmur. Sutura.

Aparelho gessado immobilizando o membro em extensão e ligeira abdução. 8-12-28. — Ligeira elevação térmica.

Bom estado geral.

11-12-28. — Temperatura 39°,2. Dores no membro operado. Edema.

Faz-se uma fórmula leucocitária que nos indica um processo infeccioso.

Leucócitos .....	18.800
Neutrófilos segmentares.....	74 0/0
» bastonetes .....	12 0/0
» metamielócitos .....	3 0/0
» mielócitos.....	3 0/0
Linfócitos.....	8 0/0

12-12-28. — Faz-se uma janela no gêsso. Tiram-se dois pontos. Saida de pus.

14-12-28. — Sai bastante pus depois de desbridamento com a sonda.

Tira-se o aparelho gessado.

Colocam-se dois tubos de drenagem.

Extensão continua.

Tem feito temperaturas altas.

18-12-28. — Continua a supuração. A temperatura tem baixado ligeiramente.

25-12-28. — Deminui a supuração.

Tiram-se os drenos de borracha.

Dreno de gaze. Quási apirético.

Adenite subaguda ingüinal.

Pensos quentes.

31-12-28. — Curado de adenite.

Supuração deminui.

16-3-29. — Quási não supura.

Continua com extensão continua.

20-3-29. — Em via de cicatrização. Tira-se a extensão.

25-3-29. — Levanta-se. Só consegue andar com muletas.

1-4-29. — Já anda e corre sem muletas, com facilidade crescente dia a dia.

3-4-29. — Alta.

OBSERVAÇÃO II. — F. G., sexo masculino, 6 anos de idade. Doente internado no Serviço a 16-3-29, na cama n.º 70.

*Antecedentes hereditários e colaterais:* — Sem interêsse.

*Doença actual:*

*Interrogatório:* — Há 4 semanas, estando a dormir à beira de uma ribanceira, outra criança puxou-lhe pela perna direita, fazendo-a escorregar com o corpo pela ribanceira, ficando-lhe a perna esquerda presa em cima.

Teve uma dor violenta na anca esquerda, e não se pôde levantar, ficando com a coxa em posição viciosa.

Como o tempo decorresse e o mal persistisse veio ao hospital.

*Observação:* — Coxa esquerda fortemente flectida sôbre a bacia, estando ao mesmo tempo em posição de abdução e rotação interna. O quadril esquerdo encontra-se deformado, estando muito mais elevado que o direito.



Fig. 2. — Obs. II

Movimento de extensão da coxa esquerda limitado, notando-se uma forte *enselure* lombar ao tentar este movimento. A abdução também está limitada, sendo estes dois movimentos dolorosos ao tentar provocá-los até uma amplitude normal.

O movimento de flexão é normal. Encurtamento acentuado da coxa esquerda medida desde a espinha ilíaca ântero-superior até o joelho.

O grande trocânter fica situado acima da linha de Nelatou-Rose. Depressão no ponto que corresponde à cabeça femural em posição normal. Fazendo a coxa esquerda executar pequenos movimentos de rotação nota-se que se

transmitem à cabeça femural, palpando-se esta por baixo dos tecidos moles da região glútea.

*Diagnóstico*: — Luxação traumática da anca esquerda para cima e para trás (variedade iliaca).

Nota-se (fig. 2), comparando com o lado são, que o afastamento das superfícies articulares é muito mais acentuado que normalmente; além disso o limite superior da cabeça femural a um nível superior ao da superfície articular do côtilo.

Redução a 23-3-29: anestesia raquidiana.

Manobra geralmente usada para a redução das luxações congénitas: hiperflexão da coxa sobre a bacia, seguida de um movimento de circundação de dentro para fora.

Extensão brusca.

Sentiu-se com nitidez o ressaltó da cabeça femural ao penetrar no côtilo.

Imobilização do aparelho gessado com o membro em extensão e ligeira abdução.

1-4-29. — Deixa-se o doente andar à vontade, o que faz com facilidade.

*São estes os dois doentes que tive ensejo de ver êste ano, e cujas observações me sugeriram as considerações que sobre o assunto venho fazendo.*

*Os outros dois casos que figuram no arquivo apenas pela história os conheço, mas não deixarei, por isso, de dêles dar uma breve nota.*

OBSERVAÇÃO III. — F. G., sexo masculino, 4 anos de idade. Doente internado no Serviço a 17-5-26, na cama n.º 62.

*Diagnóstico*: — Luxação traumática da anca direita.

Diz a história que é recente, mas não menciona o tempo certo que tem. Causa produtora apenas se refere a que se trata de um traumatismo sobre a anca direita.

Não refere qual o tipo de luxação.

*Tratamento*: — Redução por manobras externas e manutenção com aparelho gessado.

O método empregado foi o mesmo que no caso da observação II.

20-5-26. — Tira-se o aparelho.

22-5-26. — Anda bem.

23-5-26. — Tem corrido e saltado pela enfermaria sem inconveniente. Alta.

Curado.

OBSERVAÇÃO IV. — M. C., sexo masculino, 7 anos de idade. Doente internado no Serviço a 10-11-26, na cama n.º 14.

*Diagnóstico*: — Luxação coxo-femural traumática (variedade iliaca) da anca esquerda.

Tem 3 1/2 meses na ocasião da entrada.

*Causa*: — Um portão de ferro que caiu sobre a criança.

Radiografia a 12-11-26.

*Relatório*: — Anca esquerda. Vemos que há luxação do fêmur para cima,

aparecendo certa diminuição de transparência óssea na região trocanteriana, bem como na cavidade cotiloideia.

1-12-26. — Tenta-se a redução por manobras externas, tendo-se a impressão que se consegue.

Mantém-se sem aparelho gessado.

Radiografia a 4-12-26.

*Relatório:* — A cabeça femural encontra-se por cima da cavidade cotiloideia, junto ao seu rebôrdo superior, encontrando-se portanto ainda luxado. 30-12-26. — Redução a céu aberto por via posterior.

7-1-27. — Tem tido temperaturas.

Fez edema e derrame seroso da ferida. Pela pressão sai pus.

20-1-27. — Supura menos. Tem feito injeções de septicemina. Está melhorando.

2-2-27. — Supuração quasi terminada. Apenas por vezes faz temperaturas. Vai à radiografia.

*Relatório:* — O fêmur já está na sua posição normal.

2-3-27. — Cicatrização quasi completa.

17-4-27. — Alta curado e andando, embora a coxa esteja em ligeira adução.

O diagnóstico, pelo menos nos dois primeiros casos, aqueles que observámos, foi fácil como é a regra para a maioria dos casos publicados.

Em ambos houve confirmação pelo exame radiográfico. Êste exame deve-se sempre fazer, pois pode-nos mostrar outras lesões coexistentes com a luxação, como seja uma fractura do rebôrdo cotiloideu, ou mesmo de outro qualquer ponto dos ossos da bacia, o que nos não deve surpreender, dada a violência do traumatismo geralmente em causa.

Os quatro casos são em rapazes, o que concorda com as estatísticas publicadas.

Três casos são da anca esquerda e um da direita. O caso publicado por L. Castro Freire em 1920 era também da anca esquerda. Esta maior frequência da anca esquerda ainda está de acôrdo com as estatísticas, e finalmente o caso de C. Freire bem como 3 dos nossos são da variedade ilíaca, que os números publicados dizem ser de todas a mais frequente.

Procurando na escassa literatura sôbre o assunto as causas provocadoras das luxações, encontramos os seguintes variados mecanismos: queda quando a criança brincava, ficando com o membro inferior entalado debaixo do corpo; queda dum lugar

elevado caindo de pé; queda ficando a perna fixada na posição que tinha; atropelamento; queda numa escada rolando até abaixo; movimento brusco imprimido à coxa por outra pessoa; queda ficando debaixo dum fardo que era transportado às costas. Como se vê, são tudo acidentes em que não houve um traumatismo incidindo sobre um ponto limitado, o que provocaria uma fractura, mas sim foram causa de movimentos exageradamente amplos, das alavancas ósseas, que, como atrás disse, são os provocadores da luxação.

Nos dois casos que publicamos em que foram indagadas as causas determinantes da luxação, foram estas: para um, um atropelamento; para outro, uma queda tendo ficado a perna fixa. São como se vê mecanismos já mencionados para outros casos descritos.

Quanto ao tempo decorrido até a redução, nos 46 casos reunidos por F. MAFFEI, encontramos um período variável desde 1 hora até 2 1/2 anos. O caso mais antigo em que se conseguiu obter a redução por manobras externas foi de 90 dias (PIETRZIKOWSKY), havendo outro de 70 dias (LOMBARD). Mas estes casos aponta-os MAFFEI como excepcionais, pois, com mais de 20 dias decorridos, em nenhum outro se conseguiu a redução por manobras externas.

É natural e de todos sabido que, quanto mais precocemente fôr feita a redução, tanto maior facilidade haverá na sua execução, e maiores serão as probabilidades de a executarmos e conseguirmos manter com êxito. Mas há casos em que luxações mesmo recentes apenas se conseguem reduzir a céu aberto, como um de 14 dias de HELFERICH e outro com o mesmo tempo de HIROSCH, em que todas as tentativas de redução não sangrenta falharam por completo.

É que, se é certo que nas luxações antigas os obstáculos à redução são muito maiores, por se terem dado retracções musculares e ligamentosas que dificultam o movimento da cabeça femural, ou por a cavidade cotiloideia se ter reduzido nas suas dimensões, enchendo-se de tecido fibroso, a ponto de se tornar, por vezes, insuficiente para alojar a cabeça femural, e é certo que isto indubitavelmente sucede, não é menos certo que outros factores podem existir desde início, que impõem imediatamente a redução da luxação. As acções musculares a que primitivamente se deu

uma importância exagerada (NATHAN SMITH, W. REID) não têm, para as luxações recentes, a importância que adquirem para as antigas. Aqui, o principal factor de resistência é a própria cápsula, ou porque os fragmentos rasgados se interponham entre as superfícies articulares, ou porque a porção intacta oponha resistência aos movimentos que pretendemos imprimir ao membro, ou, ainda, porque o orifício de saída da cabeça, através da cápsula, sendo de reduzidas dimensões, não permita a ulterior passagem da cabeça em sentido contrário.

Sejam quais forem as razões, o que é incontestavelmente certo é que não podemos, para julgar da redutibilidade ou irreducibilidade duma luxação, lançar mão do simples critério da sua antiguidade, embora êste não permita fundar mais ou menos esperanças no bom êxito duma redução não sangrenta.

Muitas vezes uma luxação, que a primeira tentativa não conseguimos reduzir, será redutível depois da aplicação duma extensão continua que pela sua acção vai distendendo todos os tecidos moles que primeiro nos estorvavam.

Se não conseguirmos uma redução por manobras externas, ou porque a luxação se apresenta desde início irreducível por êste processo, ou porque a negligência ou um êrro de diagnóstico tenham permitido que decorra o tempo suficiente para se tornar irreducível, resta-nos o recurso da intervenção sangrenta. Poderemos, dentro dêste capítulo, optar por qualquer dos variados métodos que têm sido postos em prática, pois com todos êles estão registados resultados favoráveis. O que se deve primeiro tentar é a reposição da cabeça femural no cótilo, fazendo com uma alavanca pressão sôbre o colo femural, e cortando, em caso de necessidade, os tecidos moles que se oponham ao movimento que a cabeça femural tem de executar. Se se conseguir por êste processo a redução e a sua manutenção, creio que não haverá discussão possível sôbre a intervenção a fazer.

Mas, pode a cavidade cotiloideia desabitada, seguindo a lei geral da atrofia dos órgãos inúteis, ter-se tornado de dimensões insuficientes, não permitindo a redução ou, permitindo-a, não permitir a sua manutenção. Então já se pode discutir e optar por um dos diferentes processos que se apresentam para a escolha.

Pode-se esvaziar a cavidade cotiloideia de todo o tecido fi-

broso que a enche, a fim de a tornar, de novo, suficiente para alojar a cabeça femural. Esta intervenção tem sido já executada com êxito em número avultado de casos (WOLKMAN, ENDLICH, GERSTNER, LAMBOTTE, TUBBY, etc.). É claro que é indispensável a mais rigorosa assépsia, como sempre que se intervém sôbre uma articulação.

Foi esta a técnica seguida no caso da observação IV. Têm sido introduzidas algumas modificações nesta técnica a fim de evitar a anquilose que, às vezes, se observa. Assim, PUTTI, depois de decapitação parcial do fémur, modela a superfície articular e interpõe um retalho de *fâscia lata*.

Quando, a pesar-de esvaziada a cavidade cotiloideia do tecido que a enchia, não se consegue a redução, algumas soluções nos restam ainda. São as chamadas intervenções paliativas. Uma das mais usadas, e que conta êxitos seguros no seu activo, é a resecção da cabeça femural. Foi a intervenção que se empregou no caso da observação I e com feliz resultado.

Outra solução é irmos nós fazer aquilo que a natureza faz por si, em certos casos.

É efectivamente sabido que certas luxações já antigas, nunca tendo sido reduzidas, permitem uma marcha satisfatória, sem dor, às vezes apenas claudicante pelo encurtamento do membro. Pelo exame radiográfico nota-se que a cabeça criou, sôbre o ponto do ilíaco em que assenta, como que um novo cótilo, que funciona tal como o antigo na primitiva articulação. É pois lógico, em vista disto, ir talhar no ilíaco uma batente osteoperióstica que irá servir de suporte à cabeça femural. Esta batente será mantida por retalhos osteoperiósticos tirados do próprio ilíaco ou doutro osso qualquer, a tibia, por exemplo (KÆNIG 1891, MAUCLAIRE 1922).

Para as luxações congénitas irreduzíveis, LANCE (1926) dá nitidamente preferência a esta ou outra intervenção extra-capsular, sôbre a resecção da cabeça femural, ou outra qualquer intervenção intra-capsular.

As razões que apresenta são na realidade dignas de atenção: perigo, por vezes até mortal, das intervenções intra-articulares em contraposição com a benignidade das intervenções extra-capsulares. Resultados idênticos para os dois tipos de intervenção.

No caso que tratamos das luxações traumáticas creio que aquelas considerações não são de real importância, pois mesmo



# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

## SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assaltò e de estabilisação terapeutica).

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

## LABORATORIOS CLIN. COMAR & C<sup>o</sup> — PARIS

GMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1<sup>o</sup> — LISBOA

D. P. 158

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

## ELECTRARGOL

(Prata)

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

Todas as doencas infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

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

## ELECTRAUROL (Ouro)

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

## ELECTROPLATINOL (Platina)

## ELECTROPALLADIOL (Pó)

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

## ELECTRORHODIOL (Rho io)

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

## ELECTR = Hg (Mercurio)

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

Todas as formas da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

Cancro. Tuberculose, Doencas infecciosas.

## ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

Tratamento do Cancro.

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

Tratamento do Syndroma anemico.

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

## COLLOTHIOL (Enxofre)

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

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

## IOGLYSOL (Complexo iodo-glycogenio)

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

Curas lodada e iodurada

## ELECTROMANGANOL

(Manganez)

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

Affecções estaphylo. coccicas.

**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

que se não vá abrir a cápsula, esta já está rasgada por vezes até largamente.

Quando numa luxação antiga em que já se tenha dado uma adaptação funcional, com criação dum neo-cótilo, a marcha fôr dificultada ou pela posição viciosa da coxa ou pelo encurtamento do membro, pode-se recorrer às diferentes variedades de osteotomias, às tenotomias ou à transplantação das inserções dos músculos cuja acção determina a posição viciosa do membro. Neste grupo uma intervenção deveras engenhosa é a secção do grande trocânter e sua reimplantação na diafise femural, a fim de pôr em tensão os músculos que sôbre aquele maciço ósseo se inserem, e corrigir assim a posição de adução (DUPUY DE FRENELLE).

Uma vez conseguida a redução, ou em seguida a qualquer intervenção paliativa, deve-se sempre imobilizar o membro em abdução por meio de um aparelho gessado.

Tem-se escrito que nas crianças estas luxações se tornam irreductíveis mais cêdo que nos adultos. MAFFEI faz notar que êste facto está de acôrdo com o maior poder de granulação dos tecidos nas crianças, enchendo-se o cótilo mais rapidamente de tecido fibroso.

Esta opinião não é, no emtanto, unânime, pois outros autores têm afirmado o contrário. L. CASTRO FREIRE está com os últimos quando, no artigo que já atrás citei, diz: «Nas crianças é notável a facilidade da redução por manobras externas, mesmo quando já se tenha passado bastante tempo».

Em face destas duas opiniões antagónicas, manda a prudência ficar no meio, e é possível que, neste ponto, não haja diferença sensível entre crianças e adultos.

No emtanto, para mim, a explicação de MAFFEI é racional, embora os outros possam argumentar que têm a seu favor a maior elasticidade dos tecidos nas crianças que permite a redução, mesmo havendo grandes retracções fibrosas e musculares.

## NOTAS CLÍNICAS

### TUBAGEM DUODENAL, SEGUNDO A PROVA DE MELTZER-LYON

POR

MANUEL JOAQUIM COSTA

Assistente de Patologia Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra

I

### VALOR SEMIOLÓGICO

Antes de falar nos elementos semiológicos da prova de Meltzer-Lyon, trarei alguns esclarecimentos de ordem puramente patológica, úteis de conhecer por si mesmos e pelo auxílio semiológico que possam representar.

Os seus esclarecimentos sob o ponto de vista patológico são prejudicados por causas de erros inevitáveis, mencionadas por Chabrol, e que são: diluição da bile pelos sucos duodenal, pancreático e gástrico, e até, por vezes, a saliva; a intervenção fisiológica da vesícula, ejaculando bile intermitentemente, a aquisição parcial da bile. (A outra parte vai para o intestino).

Desprezados estes erros, a sua contribuição não é inútil.

Assim, ao grande e complexo problema das icterícias de origem hepática (icterícia catarral, espiroquetose ictero-hemorrágica, etc.), com as fezes descoloradas, podemos, pela tubagem duodenal, afirmar que o líquido biliar passa através dos canais biliares.

É certo que Brulé e Feinstein o negam categoricamente; que Abrami e Widal dizem ter encontrado, em necropsias de doentes mortos de espiroquetose ictero-hemorrágica, vesículas com uma pequena porção de bile muito escura e é esta que explica a coloração do suco duodenal; mas não é menos certo que um número enorme de autores (Chabrol, Bernard, Gambillard, Carnot, Libert, Hatzieganu, etc.) afirmam que nas suas investigações em tais casos *sempre* encontraram importantes proporções de bilirubina no duodeno.

É evidente que estes autores se referem a casos de hepatite e não a causas de obstruções que, podendo ser parciais, podem também ser absolutamente totais.

Chabrol considera os seguintes números como normais para a bile hepática.

Pigmentos — 1/2000 a 1/4000 (1)

Sais — 9 gramas

Colesterina — 0,60 %

---

(1) Os pigmentos são doseados por auxílio de um soluto padrão de bicromato de potássio a 1/8000.

Baseado nestes números, êste autor diz ter provado que são a icterícia crônica esplenomegálica, (ictemolítica), a colemia familiar e as cirroses venosas, os estados mórbidos que, por ordem decrescente, apresentam uma maior pigmentação da sua bile.

Nas cirroses venosas há uma esplenomegalia que por hemolise explica essa policolia.

A existência de icterícias dissociadas de origem hepática, nítidas como entidades mórbidas, tem na tubagem duodenal o mais formal desmentido.

Lemierre e Brulé têm de arrefecer os seus entusiasmos.

*Na icterícia dissociada com retenção de sais* (como por exemplo aconteceria nas cirroses venosas, e em que aparecem prurido, bradicardia, R. de Hay positiva e sem pigmentos nas urinas) os autores esquecem que podem aparecer outros pigmentos (R. de Gubler); que Gilbert e Herscher demonstraram que no sôro dos cirróticos existe uma taxa elevada de bilirubina, que os sais e os pigmentos não têm a mesma taxa de difusibilidade, o mesmo limiar de eliminação e que, finalmente, em tais doentes se encontram sais biliares no líquido duodenal na proporção de 6 e 7 gramas por litro.

*Na icterícia com retenção de pigmentos* (como por exemplo seria a icterícia catarral, em que aparecem pigmentos biliares nas urinas, R. de Hay negativa sem prurido e sem bradicardia), além de estes sintomas não corresponderem rigorosamente à verdade, a tubagem duodenal desmente categoricamente essa retenção pigmentar, mostrando-os no suco duodenal na taxa de 1/2000.

Todavia, nós não podemos peremptoriamente negar que haja por vezes uma certa dissociação, observada por muitos autores, dissociação nunca absoluta (1) originada por uma biligenia dissociada fora do fígado ou com sede nêle, intervindo os limites de difusibilidade e os limiares de excreção dos elementos biliares, a interrupção do círculo entero-hepático dos sais biliares (Schiff) e o estado químico dos humores sanguíneos (hipercolesterinemia) criando a falta do núcleo colábico.

Para o estudo da *litiase biliar* contribui a tubagem com alguns elementos. Auxilia a pôr de parte, como factor determinante da calculose, o catarro litogênico de Berg, originado por uma estase funcional da vesícula.

É que, pela tubagem duodenal, confirmada pela colecistografia, pelo acto operatório e pelo exame necrópsico, conhecem-se casos de estases vesiculares (2), atonias da vesícula, durando mais de um ano sem o aparecimento do estado litiásico.

Também a hipótese de Bouchard, afirmando que a litiase era uma consequência de falta de sais, criando um meio hipo-solúvel para a colesteroína que se precipitaria, cai por terra, pois em casos de litiase se encontram os sais biliares muitas vezes acima do normal (12 gramas) (normal: 9 gramas), acontecendo ainda que, em estados que predispõem para a litiase biliar (dia-

---

(1) Como dissociação absoluta só se conhece até hoje a icterícia hemolítica.

(2) Conheço alguns onde se não encontrou qualquer sinal de litiase.

betes, gravidez), a relação sais-colesterina não se afasta do normal, estando na primeira ambos aumentados (1), e na segunda diminuídos.

São Schade e Lichtwitz, fazendo intervir a físico-química, o estado coloidal das diferentes substâncias componentes da bile, que mais se aproximam da verdade científica na formação dos cálculos. Não desprezam a infecção e estase que consideram como elementos grandemente propícios e adjuvantes para colelitíase.

Pela tubagem duodenal ainda se declara falsa a teoria que fazia da contractura do esfíncter de Oddi a razão de ser da cólica hepática.

Nos doentes com úlceras duodenais há, por vezes, contracturas do esfíncter de Oddi, mas as dores têm um carácter muito diferente; e com a prova de Meltzer-Lyon produzem-se algumas vezes ligeiras cólicas, quando é certo que o esfíncter de Oddi se relaxa.

Também a fisio-patologia do *pâncreas* lucrou com este processo.

MC-Clure e Wetmore estudam as funções pancreáticas pela refeição de 300 c. c. de caldo de carne, fazendo a sondagem duodenal antes, durante a passagem daquela no duodeno e depois, tendo encontrado valores semelhantes entre si, mas, atendendo à diluição, é incontestável que a dosagem feita no líquido obtido durante a passagem duodenal denota maior quantidade de fermentos.

Grote e Katsh servem-se da instilação duodenal de 2 a 4 c. c. de éter. Ao fim de 5 a 10 minutos há secreção pancreática em abundância, obtendo-se por isso esta sem bile. Tem o inconveniente de ser um meio pouco fisiológico e de, às vezes, nos dar fermentos em maior quantidade que no estado normal, quando por um exame coprológico se denuncia uma digestão insuficiente, só imputável a uma insuficiência pancreática.

Por isso nós, nos nossos estudos sobre o *pâncreas* com o fim semiológico, temo-nos servido, como também o mandam alguns autores, de suco duodenal obtido só pela excitação da sonda.

Neste doseamos a lipase, porque todos os tratadistas são da opinião que tal dosagem é das que nos podem dar maiores indicações. Também aceitamos, como praticamente úteis para a semiologia do *pâncreas*, as dosagens da amilase nas fezes, no soro sanguíneo e na urina, comparando depois os valores obtidos.

Pela tubagem duodenal demonstra Weil (de Bruxelas) que, na icterícia catarral, a prova das hemoconias, tão louvada por Lemierre e Brulé, nada vale para apreciar as variantes de retenção dos sais biliares, porque também a secreção pancreática está deficiente em tal caso.

Trabalhos de Piersol e Bockus demonstram que, em 85 % dos colecísticos, a quantidade dos fermentos pancreáticos é reduzida de 50 %, o que é um convincente argumento de que a colecistite, em regra, se acompanha de pancreatite crónica.

---

(1) Chiray diz que na litíase a normal dissociação colesterino-pigmentar, devida à hipocolesterinocolia, desaparece, servindo-se disso como meio de diagnóstico. Chabrol não concorda. Não discutimos o assunto porque nos faltam experiências pessoais em número suficiente para o fazer.

Também a afirmação de alguns autores de que uma aquilia gástrica (por falta de HCl que no duodeno transformasse a prosecretina em secretina, a qual excita a função pancreática) era sempre acompanhada de insuficiência pancreática, é posta em dúvida e mesmo negada por alguns autores (Gunzburg, Leder, Deloch, etc.) que têm encontrado casos de aquilia gástrica coincidindo com valores normais dos fermentos pancreáticos ou até aumentados.

Se a utilização de qualquer análise do líquido duodenal é negada pelo facto de se tratar de um suco mixto (gástrico, intestinal, pancreático e hepático) não é menos verdade que, sempre que esteja demonstrado não existir secreção pancreática, o líquido duodenal tem um poder fermentativo reduzido.

É baseado neste facto que, tanto sob o ponto de vista patológico como semiológico pancreático, não se devem desprezar os seus ensinamentos.

Começando agora pròpriamente a semiologia que nos fornece a prova Meltzer-Lyon, desejo fazer o aviso prévio que será mais um relato dos resultados semiológicos que tenho obtido do que uma descrição minuciosa do que se tem escrito sôbre o assunto.

Esta prova dá-nos duas categorias de ensinamentos :

I — O da observação directa de certos pormenores no decorrer da prova, como sejam o tempo gasto no corrimento das diferentes biles, a sucessão destas, o seu aspecto macroscópico e as reacções produzidas no doente, por vezes de carácter doloroso;

II — Os ensinamentos que uma boa análise nos pode dar.

A interpretação é por vezes difficil. Devemos ter presente que o valor da observação directa, daquilo a que poderei chamar o exame externo da prova, se equipara à mais minuciosa análise. Não esquecer ainda que, ao lado da prova de Meltzer-Lyon, deve estar o exame clínico confirmando-a ou pelo menos não contradizendo os seus resultados.

Quis-se utilizar a tubagem duodenal (sem Meltzer-Lyon) para apreciar a insuficiência hepática, na função anti-tóxica, empregando várias substâncias corantes (fenolfaleína tetracolorada, azorubina S, indigo-carmim, etc.) que se introduziam no organismo e que se pesquisavam e doseavam depois no duodeno. Por razões bem fáceis de compreender, as causas de êrro são múltiplas, de modo que é desprezada tal técnica (1).

Lembramos que a bile B é a bile vesicular, que no estado normal as três biles (A, B, C) se sucedem segundo estão mencionadas, aparecendo e desaparecendo a bile B bruscamente que aquelas designações, sem rigorismos que se não podem enquadrar bem em biofisiologia, correspondem a localizações das suas origens; lembramos ainda que a bile B aparece 10 a 15 minutos depois da injeção do sulfato de magnésio; que normalmente ela é límpida; e que, finalmente, o exame químico, citológico e bacteriológico nos dá os seguintes valores :

---

(1) Para tal fim, o processo mais rigorosamente scientifico parece ser aquele que consiste em dar injeção endovenosa de fenolfaleína tetracolorada, e 1/2 a 1 hora depois procurá-la no sôro do doente,

Bile A	Côr: amarela p H — 6,9 Pigmentos — 1/10.000 Sais biliares — 175 a 185 gotas Colesterina — vestígios a 0,60 ‰
Bile B	Castanho-escuro p H — 7 Pigmentos — 1/2000 <sup>a</sup> 1/3000 Sais biliares — 180 a 190 gotas Colesterina — 0,75 a 2,40 ‰
Bile C	Amarelo (menos corado que A) p H — 6,9 Pigmentos — 1/15.000 Sais biliares 175 a 185 gotas Colesterina — vestígios a 0,20 <sup>b</sup>

O exame microscópico é quasi idêntico nas três biles do estado normal: raros cristais de colesterina, leucócitos não pigmentados de origem intestinal, algumas — mas raras — células gástricas ou intestinais, alguns micróbios, em regra colibacilos.

Com todos estes dados, creio-me apto a usar da prova de Meltzer-Lyon e dela poder tirar alguns elementos semiológicos.

Tendo a certeza absoluta de que a oliva está no logar próprio e dando o verdadeiro desconto ao temperamento neuropático do doente, a provocação de dores na região vesicular, em tudo idênticas a ligeiras cólicas hepáticas, é sinal de colecistite ou pericolecistite.

Se é certo que Chabrol leva o seu exagêro a dizer que todas as vezes que a tubagem duodenal não produz dores é sinal de que o doente não sofre da vesícula, também é certo que posso fazer a afirmação de que, algumas vezes, casos de colecistite litiásica e não litiásica e pericolecistite diagnosticados pelos meios clínicos, laboratoriais e radiológicos, têm suportado repetidas provas de Meltzer-Lyon sem a mais pequena dor vesicular.

Se a dor é pois um elemento a conservar em tais casos, a sua falta nada nos diz.

Por vezes não se obtém nenhuma bile e então ao nosso espírito surgem as mais variadas hipóteses que possam impedir o seu aparecimento: espasmo do esfíncter de Oddi (que em regra cede à excitação da sonda ou ao sulfato de magnésio), cálculo encravado no coledoco, cancro do coledoco, cancro de ampola de Vater, cancro da cabeça de pâncreas, bridas, aderências, tumores da vizinhança, etc., que provoquem uma obstrução total.

Compete ao exame clínico, auxiliado pelo exame laboratorial do suco duodenal obtido, resolver a questão, sendo este no presente caso, pela dosagem da lipase, útil para distinguir o cancro da cabeça do pâncreas de qualquer outra causa, como veremos adiante,



Mas se fôr só a bile B que não aparece, as hipóteses reduzem-se. Só devemos fazer a afirmação de que ela não existe quando repétida a prova, quando associada a uma injeção de pituitrina, se continua a não receber bile escura.

A dificuldade da sua obtenção constitui um bom sinal de atonia vesicular.

Se, apesar de todos aqueles meios, ela não aparecer, pensemos num cálculo encravado no cístico, numa brida tensa interceptando êste, em emaranhada peritonite infra-hepática, em pericolecistite, em vesícula esclerosada, atrófica e cheia de cálculos (1), em colecistite crônica já muito antiga, que no dizer dos alemães é o bastante para tirar o poder concentrador à mucosa vesicular, compressões da vizinhança, etc. É evidente que em todos estes casos pode aparecer bile B, mas é sempre em pequena quantidade, sendo êste caso mais freqüente do que a falta absoluta.

A recepção de pouca ou nenhuma bile B é função da intensidade do processo obstrutivo do canal cístico.

O aspecto macroscópico das biles será muito elucidativo quando bem apreciado. Pondo o nosso espírito de sobreaviso quanto à turvação que lhe pode dar o suco gástrico, quer a bile venha para o estômago quer o suco dêste tenha passado para o duodeno, nós podemos tirar da turvação elementos de valor semiológico.

Assim, uma bile A inicialmente turva, com flocos abundantes, é sinal de inflamação do coledoco.

Se só a bile B tem turvação, se é espessa, se é acentuadamente escura, será a vesícula o principal órgão inflamado. Se todas as biles são turvas, flocosas, espessas, temos uma angiocolecistite.

A turvação da bile bem interpretada é um dos melhores elementos de diagnóstico. Já tenho feito varios diagnósticos de afecções das vias biliares com o seu auxílio.

Há cêrca de 15 dias que tratei um doente pela prova de Meltzer-Lyon, cujo diagnóstico de angiocolecistite me foi confirmado pelo aspecto das biles. Tal doente apresentou-me uma bile A tão turva e espessa que fazia lembrar gema de ovo batida, seguida de uma bile escura igualmente turva.

A turvação, os flocos, e uma côr verde tendo o aspecto de purê de ervilhas são sinais de inflamação, e neste último caso, acentuada infecção das vias biliares.

Se encontramos uma côr escura da bile B, denunciando um grande coeficiente de pigmentação, e ao mesmo tempo em grande abundância, tais factos traduzem-nos uma estase vesicular, seja qual fôr a sua origem (hipotonia ou atonia da parede vesicular, pericolecistite, aderências, etc.).

Recordo um doente sofrendo de uma hemicrânia biliar, onde me foi dado obter durante 1 hora cêrca de 400 c. c. de bile, sendo 150 c. c. de um líquido escuro, tal qual tinta preta (2).

---

(1) Já tive um caso com a vesícula cheia de cálculos, que umas vezes me dava alguns c. c. de bile B e outras em que nada era possível obter.

(2) Á frente relatarei o que aconteceu a êste doente sob o ponto de vista terapêutico, e que, só por si, bastaria para impor esta prova.

Os autores descrevem focos muco-purulentos, descendo sobre a bile mais limpa em casos de supuração das vias biliares; Chiray diz também ter encontrado *calculinos*, pequena aglomeração de cristais de bilirubina, visíveis já macroscopicamente e sentidos bem entre os dedos, considerando a sua existência como sinal certo de litíase. Nem um nem outro destes elementos me foi dado ainda encontrar.

Sobre a quantidade de bile B tenho obtido, em regra, entre 20 e 50 c. c., não esquecendo dizer que algumas vezes tenho obtido menos e outras muito mais. Como os doentes me traziam bons exames colecistográficos, eu pude assim verificar que era em casos de pericolecistite, de vesícula esclerosada, de calculose vesicular que obtinha menos bile, sendo em casos de hipotonia e atonia vesicular que obtinha mais.

Na minha experiência, à excepção de um caso de cancro da cabeça do pâncreas, em que a falta de bile B foi absoluta, não tenho casos de verdadeira ausência de bile B.

A existência de sangue em grande abundância, recebido com uma certa constância, é sinal quasi certo de carcinoma duodenal, da ampola de Vater ou do pâncreas que se propagou ao duodeno.

Mandámos depois o liquido duodenal para o laboratório, onde se deve proceder a exames químicos, citológico e bacteriológico, dos quais nos advirão importantíssimos resultados.

Em casos de coleditíase aquela dissociação colesterino-pigmentar de que nos falam os Americanos e Chiray, desaparece, havendo uma hipocolesterinocolia. É certo que na colecistite simples, a colessterina também diminui mas não tanto como na litíase.

Estudos feitos por Labbé e seus colaboradores dizem que um pH da bile abaixo do normal, descendo mesmo a 4,2 ou menos, é um bom sinal de infecção.

O *mucus* e a albumina em abundância, só por si, abonam o diagnóstico de inflamação das vias biliares.

O exame microscópico do sedimento pode-nos mostrar leucócitos abundantes, células degeneradas, tudo corado pelos pigmentos e em número superior a 20 por campo microscópico, o que está em completo desacôrdo com o normal que, em regra, não excede 3 a 4.

Com estes sinais pode-se fazer, sem receio, diagnóstico de infecções das vias biliares. Com êles e com abundantes cristais de colessterina, unindo-se e formando os cristais de Petry, e estes ainda unidos, formando os calculinos de Chiray, podemos diagnosticar litíase biliar.

O exame bacteriológico feito com os devidos cuidados, comparando em exames directos e culturas as floras do estômago, do duodeno e da bile, pode-nos fornecer elementos de capital importância na destrinça do agente patogénico responsável por certo processo mórbido.

Assim podemos obter elementos valiosos na pesquisa de portadores de germes tíficos ou paratíficos, porque a bilicultura é um processo mais eficaz e preciso do que a coprocultura.

Como diagnóstico das afecções tíficas e paratíficas, conquanto alguns autores encontrem na bilicultura um meio a utilizar, é indubitável que não é prática.

O tratamento de  
**SEPTICAEMIA PUERPERAL**

No British Medical Journal de 1 de Junho de 1929 (p. 984) encontra-se um artigo demonstrando que a septicaemia puerperal do streptococco haemolytico foi modificado de uma maneira notavel pelo uso de doses therapeuticas de

## **RADIOSTOLEUM**

**Todos os casos tratados por este producto ficaram completamente curados.**

Esta descoberta é sem duvida de grande importancia em obstetricia e os resultados indicam que a sua applicação na pratica deve trazer uma consideravel redução da mortalidade maternal.

A consecuencia natural desta descoberta é que o tratamento pelo Radiostoleum provará ser de um valor inestimavel no periodo de gravidez e no aumento das forças para resistir a qualquer infecção que possa haver no parto.

Radiostoleum é um liquido fornecido em capsulas ou em frascos de diversos tamanhos e que deverá ser administrado:

- (1) Em doses prophylaticas—na forma de capsulas.
- (2) Em quantidades therapeuticas—ás colheres de chá.

Outros esclarecimentos sobre a dosagem e amostras deverão ser pedidos ao nosso representante em Portugal da

**THE BRITISH DRUG HOUSES LIMITED—LONDRES**

**T. RODNEY HATHERLY-R. da Conceição, 35, 2.º Esq.-Lisboa**

## **R A D I O S T O L**

Sinónimos: { **ERGOSTEROL IRRADIADO**  
**VITAMINA D.**

RADIOSTOL é o ergosterol original irradiado; é um corpo que contém radio nas proporções precisas, isto é, não é irradiado nem de mais nem de menos; nem contém qualquer producto tóxico. O *Radiostol* é de notavel valor para as crianças como preventivo e tratamento das doenças dos ossos ou seu imperfeito desenvolvimento incluindo a demorada cicatrização da fontanela; é também importante o seu valor na tetania e spasmophilia e na dentição defeituosa ou demorada. Nos adultos tem-se provado serem benéficos os seus resultados nos casos de osteomalacia e no tratamento da carie dentaria, e ainda na digestação para melhor assimilação do calcio e phosphoro da comida e como tónico em geral.

O RADIOSTOL é preparado sob a forma de pilulas e em solução. Tanto as pilulas como a solução são rigorosamente reguladas por experiencias fisiológicas. Cada pilula de RADIOSTOL possui a acção da Vitamina D. equivalente a 60 gramas do mais puro óleo de fígado de bacalhau e cada c. c. da solução possui a acção da Vitamina D. equivalente a 100 gramas do mesmo óleo.

Tanto as pilulas como a solução são de sabor agradavel e não deixam o menor mau paladar.

Amostras para médicos enviam-se gratis quando pedidas ao agente em Portugal da THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.—LONDRES:

**T. Rodney Hatherly, Rua da Conceição, 35, 2.º Esq.-Lisboa.**



O **RADIO-MALT** possui incontestáveis propriedades anti-infectuosas anti-neuríticas e anti-raquíticas; também promove o crescimento saudável e correcto desenvolvimento dos ossos e dos dentes das crianças.

Evita além disso a stase intestinal, a cárie dos dentes e corrige o defeituoso metabolismo cálcio e phosphoro, tanto nas crianças como nos adultos.

Contendo a Vitamina B o **Radio-Malt** é um galactogogue valioso e por essa razão de grande importância para as mulheres que amamentam.

O **RADIO-MALT** é preparado e regulado por reconhecidos processos científicos, sendo regulado com toda a precisão e sendo também mais concentrado é portanto mais intenso nos seus efeitos, é de mais segura aplicação que o malte e o óleo de Fígado de Bacalhau, os quais excede. Deve ser receitado em todos os casos para que, até aqui, se indicava o malte e o óleo de Fígado de Bacalhau.

## **RADIO-MALT**

A preparação de Vitaminas sem igual

Amstras para médicos enviam-se gratis sendo pedidas ao agente em Portugal da

THE BRITISH DRUG HOUSES LTD.-LONDRES

T. RODNEY HATHERLY

Rua da Conceição, 35, 2.º Esq.—Lisboa

Outros dizem ter feito diagnósticos de tuberculose em casos duvidosos, à custa da inoculação de bile ao cobaio, tendo provado que não havia a ingestão de bacilos vindos das vias aéreas.

Também por intermédio da tubagem duodenal se têm feito diagnósticos de lamblíase vesicular, a-pesar-de a localização preferível da lamblia ser o duodeno. Todavia, há casos em que se não encontram no suco duodenal nem nas biles A e C e se encontram na bile B; há outros menos nítidos, existindo lamblias em todos aqueles líquidos, mas as formas mais activas e em maior quantidade estavam na bile B. A lamblia pode viver como saprofito na vesícula, constituindo aí um foco do qual infesta o intestino.

Sob o ponto de vista analítico, tenho feito, em especial, a dosagem da colessterina, da albumina e um ou outro exame microscópico. Raras vezes doseei os pigmentos.

Num doente com uma acentuada estase vesicular encontrei uma hipercolesterinocolia, o que só por si será o bastante para afastar o diagnóstico de litíase. Também a avaliação da albumina me tem fornecido bons elementos de apreciação.

Numa doente que estive na minha enfermaria com o síndrome icterico, determinei o valor da lipase duodenal pelo método de Bondi. Obtive 15, enquanto o valor normal é de 50 a 60. A doente foi para a mesa da operação com o diagnóstico de cancro da cabeça do pâncreas, tendo-lhe sido encontrado com essa localização um carcinoma do tamanho de uma noz.

Só pelos elementos de valor real que tenho obtido e em que resumidamente acabo de falar, para não mencionar os que os mais variados autores nos relatam, creio-me autorizado a afirmar que a prova de Meltzer-Lyon é um meio semiológico a juntar a colecistografia e às radiografias em série do duodeno, na patologia do quadrante superior direito do abdómen.

## II

### VALOR TERAPÊUTICO

É especialmente sob êste aspecto que se podem cantar louvores a êste método. Lyon é levado pela observação casual das melhoras subjectivas e objectivas dos doentes, onde praticara algumas tubagens com o fim de diagnóstico, à descoberta da sua utilidade terapêutica.

Tem sido com êsse fim que as tenho feito em maior número e onde posso trazer com mais segurança a minha opinião.

A sua aplicação requiere uma indicação bem precisa e o seu emprêgo bem seguido pelo médico. Aparte as colecistites agudas em período hiperdoloroso, não lhe conheço inconvenientes. Há casos de patologia hepato-biliar em que pouco ou nada vale.

O grande médico americano Lyon assenta as suas indicações terapêuticas sobre ideas que reputo cheias de lógica.

Admite a existência de três círculos viciosos de origem hepato-biliar, responsáveis pela sintomatologia a distância e pela persistência e aumento dos fenômenos na esfera biliar.

O primeiro é constituído pelos linfáticos que reúnem a vesícula ao fígado e ao pâncreas. A rêde linfática dêstes três órgãos transporta os agentes infecciosos da vesícula para o fígado e pâncreas, voltando àquela pela secreção hepática. Compreende-se que em tais casos, no fim de um certo tempo, haja uma colecistite intersticial bem inveterada.

O segundo e o terceiro círculos têm a bile como via de saída dos micróbios.

No segundo, os agentes infecciosos e os produtos tóxicos resultantes infectam o intestino e, por alterações dêste, são absorvidos e seguem as veias mesentéricas, a veia porta, chegando ao fígado onde novamente a célula hepática lhes sofre o embate e tem de os eliminar. No terceiro, os produtos infecciosos e tóxicos, absorvidos ao nível do intestino, caminham pelos linfáticos e na maior parte pelo canal torácico vão entrar na circulação venosa geral, chegando ao coração, donde saem com o sangue arterial indo lesar todos os órgãos e vísceras (miocardites). As colocadas no abdómen são as mais influenciadas, porque, além dos produtos tóxicos vindos pelo sangue arterial, são banhadas pelas suas excreções tornadas anormais, e particularmente no intestino ainda pelos tóxicos que absorve do meio exterior.

E todos êstes órgãos mandam pelo sistema porta tais produtos ao fígado, depois de lhe terem sofrido a acção.

Assim se compreende a existência de perturbações acentuadas e graves, estranhas ao fígado, mas daí oriundas, como miocardites, nefrites, esplenites, enterites, pancreatites, manifestadas pelos mais variados sintomas.

A-pesar-da grande reserva de resistência às influências tóxicas que a célula hepática tem, é compreensível que a pouco e pouco se vai gastando, até tornar a célula deficiente para a sua função, criando-se assim êsses estados de insuficiência hepática primeiramente ligeiros mas que se vão acentuando até se tornarem graves e irremediáveis.

É pois com esta visão do rebate hepático a distância e com a noção de que a função do órgão tem mais valor do que o seu estado anatómico (é evidente que não me refiro a doenças cancerosas), que podemos dar as boas indicações do tratamento pela prova de Meltzer-Lyon.

Todo o mundo médico hoje a emprega, mas somente na América a utilizam com carácter permanente, estando o doente com a sonda durante 3 semanas, em média, tirando assim 13 a 25 litros de bile.

Na Europa emprega-se o método intermitente e é êsse que eu tenho usado.

Faço 3 vezes por semana uma tubagem duodenal, segundo a técnica descrita atrás, tendo empregado doses de 60 a 70 c. c. de um soluto de 33 % de sulfato de magnésio, recebendo depois o fluxo biliar durante cêrca de uma hora.

E assim tenho obtido descargas biliares enormes, confirmadas quer pelo fluxo biliar que recebo, quer por diarreias biliosas durante êsse e o outro dia. Seguindo o seu raciocínio, Lyon dá-nos as seguintes indicações terapêuticas

que são negadas ou pelo menos julgadas exageradas por alguns autores, como adiante veremos (1).

Se estivermos em presença de uma colecistite intersticial, mais ou menos esclerosada já, calculosa ou não, sem utilidade funcional, mas ainda foco infeccioso do I círculo vicioso, é óbvio que pouco ou nada se pode ganhar com a tubagem duodenal, e, por isso, o mais lógico é fazer uma colecistectomia. Parece-me uma indicação bem posta, porque podendo muito bem a vesícula (porque está esclerosada) já não ser um foco infeccioso — o que ainda é problemático — mas em tal caso é já um órgão sem função e portanto inútil.

Mas, a acrescentar à exeresse cirúrgica, deve-se fazer a drenagem médica biliar, porque é um engano supor que uma vesícula pode estar lesada sem que os canais biliares o estejam.

Por êste facto se explica que os doentes, quasi sem excepção, depois de colecistectomizados, continuem a sofrer.

Com a tubagem duodenal conseguimos limpar o *tractus* biliar, levando-lhe aquela bile estagnada e intensamente infectada e os exsudatos inflamatórios das suas mucosas para fora ou para o intestino, onde são diluídos pelos sucos intestinais e pelas lavagens transduodenais com solutos antissépticos.

Assim aliviamos a célula hepática daquela pressão anormal, tirando-lhe aquele ambiente toxi-infeccioso em que vivia, donde resulta uma activação benéfica, melhorando indirectamente as funções a distância alteradas.

Por estas acções, a drenagem médica biliar tem as suas indicações nos seguintes casos:

I. — *Em todo o colecistectomizado*, devido à hepatite e angiolite residual. Também para o acto operatório estes doentes devem ser preparados por uma série de tubagens duodenais com o sulfato de magnésio.

II. — *Nos casos de litíase, quer latente quer com sintomatologia.*

Diz Lyon que, nos casos de litíase latente e no início, se pode obter aquilo a que podemos chamar uma cura, porque tiramos a produção dos cálculos a estase e a infecção, factores poderosamente favorecedores de tal processo.

Citam os autores que em casos de cálculo encravado no coledoco, provocando icterícia, com a prova de Meltzer-Lyon e injeções de morfina consegue-se que o edema inflamatório diminua e o cálculo possa voltar para cima ou ser expulso.

Não se julgue que por êste processo vamos actuar sobre os cálculos constituídos. Actuamos sobre o estado infecto-inflamatório da mucosa das vias biliares, que é afinal o único responsável pela sintomatologia da litíase biliar. Estamos longe de admitir a cólica hepática como produzida pela migração dos cálculos. (Hoje sabe-se que é produzida quasi sempre pelas contracturas da vesícula inflamada, favorecidas por um terreno neuro-vegetativo hiperexcitado).

---

(1) Durante esta resenha das indicações diremos em que casos já a empregámos e quais os resultados obtidos.

Temos tratado vários litiásicos com perturbações dolorosas e digestivas, uns e outros com o sulfato de magnésio e com águas alcalinas.

Quási sempre os resultados me maravilharam: alguns observados durante a aplicação terapêutica e outros durante tempos decorridos após o tratamento.

De duas dezenas de litiásicos tratados só 4 dizem continuar a sofrer como antes. Nem todos deixaram de ter cólicas, mas estas distanciaram-se e são mais ligeiras. Recordo uma doente em que, além de deixar de sofrer, sei, por colecistografias tiradas antes e depois do tratamento, que os cálculos se regularizaram na sua posição adentro da vesícula. Combatendo assim o estado inflamatório, temos assistido às melhoras subjectivas dos doentes que nos dizem não ter já as dores e mal-estar digestivos, assim como lhes vem o apetite e vejo, às vezes, ainda durante o tempo em que faço as tubagens, os doentes mais gordos e mais corados.

Da literatura médica que compulsei sôbre o assunto, todos os autores foram de acôrdo no efeito benéfico da prova de Meltzer-Lyon, excepto Chabrol, Benard e Gambillard que dizem que, em casos de colecistite calculosa, nada mais conseguimos do que produzir cólicas hepáticas, levando o seu exagêro a dizer que, quando não aparecem dores, podemos excluir a hipótese de colecistite simples ou litiásica ou de úlcera piloro-duodenal.

Posso afirmar, repetindo o que já atrás disse, baseado na experiência de vários casos de litiase e dois de úlceras piloro-duodenais, que isso não corresponde a uma verdade, pois quási todos os doentes não só não sentiram dores ou mal-estar, mas melhoraram consideravelmente.

É certo que, entre os doentes, alguns há que sentem durante o tratamento uma ligeira dor na região vesicular. São, porém, em número reduzido. Só tive um que teve uma cólica, umas horas depois, ficando na dúvida de poder imputá-la à tubagem duodenal.

Matsuo na sua clínica dá uma percentagem de melhoras de 60 % a 70 %; Lyon diz que é maior a percentagem dos melhorados. Eu tenho uma percentagem de 80 % de resultados benéficos.

III. — Nos estados infecciosos da vesícula, dos canais biliares extra-hepáticos e do próprio figado, seja qual fôr a intensidade da infecção, os autores aconselham-na.

Mas a sua utilidade em alguns casos é muito discutível. É assim na icterícia catarral.

Hopkins diz encurtar de  $\frac{1}{3}$  a duração e melhorar em poucos dias as perturbações gastro-intestinais. Lyon também diz ter obtido sensíveis melhoras. Só ainda fiz a sua aplicação em um caso de icterícia aguda apirética e não encontrei melhoras acentuadas e nem me pareceu apressar a sua evolução. Compreendendo bem o seu emprêgo, creio que a icterícia benigna catarral não necessita dêste método.

É nas icterícias infecciosas, nas hepatites de estados infecciosos vários, na angiocolite e colecistite depois dêstes estados, e em especial depois das afecções tifóides e paratifóides, que se obtêm bons resultados.

Nos estados infecciosos agudos podemos e devemos associar êste tratamento às auto-vacinas, do que resultará grande benefício para os doentes.



Já tratei dois casos de colecistites sucedidas a febres tifóides com brilhantes resultados.

IV. — Em duas doenças, puramente do campo médico: colecistite crônica e hipotonia e atonia vesicular, actua bem a prova de Meltzer-Lyon. São doentes que sofrem de dores e de perturbações digestivas (náuseas, por vezes até vômitos, eructações, enfartamentos, crises de diarreia alternada com obstipação, etc.).

Sabido que não há fortes aderências por pericolecistite que nos impeçam a acção do reflexo duodeno vesicular, podemos em tais casos combater a inflamação e a estase, reeducando e restabelecendo a função contráctil do colecisto.

Assim temos tido vários casos, não esquecendo um de pericolecistite em que o estado doloroso muito cedeu, segundo a afirmação do doente.

V. — Existe um outro grupo de doentes — os colémicos — (toxemia hepato-intestinal) de tão complexo quadro sintomatológico e de tão difícil tratamento, onde as tubagens muito têm conseguido. Sabe-se hoje quanto estes estados se acompanham de inflamação de todos os canais biliares, de modo que, mercê da deminuição ou mesmo desaparecimento daquela, permitindo melhor e mais desafogada vida à célula hepática, compreendem-se bem os benefícios observados.

Não tenho obtido curas, porque êsses doentes, em regra, nunca curam, mas tenho notado melhoras acentuadas. Chabrol diz que é por sugestão... que se registam essas melhoras.

Posso afirmar o contrário, porquanto tenho recebido doentes em verdadeira descrença pelo tratamento e que têm beneficiado. E depois, os hepáticos, pelo seu próprio temperamento, são um pouco renitentes a influências sugestivas.

VI. — Em doentes com *hemicrânias*, uma vez que se demonstre nitidamente a sua origem biliar (Chiray, Triboulet, Lyon, etc.), a tubagem duodenal conta verdadeiros sucessos.

Dizem aqueles dois primeiros autores que é a estase vesicular a responsável pela hemicrânia. Com outros, eu admito tal hipótese mas, pelo seguinte mecanismo: A hemicrânia é um estado mórbido de acentuado parentesco etio-patogénico com o choque anafilático, como afirmei num trabalho sôbre a teoria fisico-química do choque e estudo das perturbações humorais em certos estados mórbidos, entre os quais a hemicrânia. Sabe-se, por outro lado, que todos os instáveis humorais são, mais ou menos, débeis hepáticos. Compreende-se que uma estase vesicular se reflita sôbre o estado hepático (é fisiológico êste rebate, pois se sabe que, quando a vesícula está cheia, o fígado segrega menos), originando uma debilidade hepática e a correspondente perturbação humoral latente, que só precisa o momento propício para se manifestar.

Associada à proteínoterapia, os sucessos são quasi certos.

Relembro aquele doente em que tirei cêrca de 150 c. c. de biles escura, negra, que é um caso de cura de hemicrânia por estase vesicular.

VII. — Devemos empregá-la em doentes portadores de bacilos tíficos e paratíficos, a fim de, em pouco tempo, eliminar êsses focos ambulantes de

contágio. Também favorece a eliminação de certos parasitas, como as lamblíias, acantonadas, por vezes, na vesícula.

VIII. — Em doentes sofrendo de colopatias e tiflocolites, é vulgar a vesícula sofrer também, e então os resultados são benéficos (Prof. Moraes Sarmiento).

IX. — Em vários estados mórbidos que aparentemente nada têm com o fígado, mas em que realmente êste está lesado e indirectamente pode influenciar essas afecções, como asmas, nevrites, artrites crónicas, certas pancreatites, certas anemias perniciosas, etc.

X. — A tubagem duodenal, sem prova de Metzger-Lyon, como meio de alimentação, emprega-se em casos de gastrites intensas, de crises de hipercloridria, de grandes dilatações gástricas e muito especialmente de *ulcus piloro-duodenal*, porque pondo o estômago em repouso, os benefícios são grandes, segundo Damade e Einhorn, tendo êste uma estatística de 500 casos com 90 % de bons resultados datando de há anos.

Propositadamente não falo no emprêgo da tubagem para administrar medicamentos, como antissépticos, neo-salvarsan, vacinas, filtrados microbianos, oxigénio, etc., porque, estando estes estudos no início, só depois da prática nos dizer alguma cousa devemos tomá-los em conta.

A terapêutica da prova de Meltzer Lyon foi pois por mim utilizada em casos de *colecistite crónica litíásica e não litíásica, em atonias e estases vesiculares, em hemi-crânias biliares e em estados cholémicos*, tendo na quasi totalidade dos casos obtido bons resultados.

É uma terapêutica que tem já os seus direitos de cidade que ninguém lhe tira.

#### BIBLIOGRAFIA

- CHIRAY ET PAVEL. — La vésicule biliaire. — Paris, 1927.
- MARCEL GARNIER. — Études de physiologie pathologique: l'ictère catarrhal n'existe pas. — *La Presse Médicale*, 27 février, 1929.
- ÉMILE SERGENT, RIBADEAU-DUMAS ET BABONNEIX. — Foie et Pancréas. — *Traité de Pathologie Médicale & de Thérapeutique appliquée*.
- M. CHIRAY ET MILOCHEVITCH. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire. — Paris, 1924.
- CHIRAY ET LEBON. — Le tubage duodenal. — 1924.
- NOEL FIESSINGER & HENRY WALTER. — L'exploration fonctionnaire du foie et l'insuffisance hépatique. — Paris, 1925.
- MERLE SCOTT Y WHITAKER. — La expulsión de su contenido como funcion de la vesicula biliar (Aplicacion clínica). — *The Journal of the American Méd. cal Association*, Julho-16-1927, trad. esp.
- WILLIAM LADD. — Atresia congenita y estêrosis de los conductos biliares. — *The Journal of the American Médical Association*, Novembro-1-1928.
- CHIRAY ET PAVEL. — Physiologie de la vésicule biliaire. — *Presse Médicale*, 30 Mai, 1925.
- IDEM. — Pathogenie de la colique hépatique. — *Presse Médicale*, 10 Février, 1926.

- G. PARDURIER ET MARCEL THALKEIMER. — Diagnostic et traitement des icteres par retention. — *Presse Médicale*, 8 Mai, 1929.
- VINCENT LYON. — Une conception du diagnostic et du traitement de la cholecystite et des maladies connexes de l'appareil biliaire (Valeur de la technique de Vincent-Lyon dans le drainage des voies biliaires). — *La Presse Médicale*, 22 Décembre, 1928.
- ROGER WIDAL. — Foie. — Voies biliaires.
- GALLART Y MONÉA, FONCUBERTA, Y CASAS. — Critique de l'épreuve de Meltzer Lyon. — Séance du 14 Mai, 1928 (Société de Gastro-enterologie de Paris).
- P. VALLERY-RADOT, BLAMOUTIER, CHIRAY ET LOMON. — Traitement des migraines par les tubages duodénaux. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 10 Juin, 1927.
- HATZIEGANU ET HALITZA. — Une modification de l'épreuve de Meltzer-Lyon. — (C. R. de la Société de Biologie, t. xcvi, 27-1926). Archives des maladies de l'appareil digestif, 6 Juin, 1926.
- A. KOBRYNER. — Observations physiologiques faites au cours du tubage duodénaux. — (Hôpital Cryste, Varsovia).
- EDOUARD ANTOINE. — Angiocholecystite aigüe à bacilles paratyphiques B. Valeur des tubages duodénaux pour le diagnostic et le traitement. — (Société de Gastro-enterologie de Paris). Séance du 10 Mai, 1926.
- BONNAMOUR ET DÉLOIE. — Contribution à l'étude des diagnostics erronés de la tuberculose pulmonaire; la forme pseudo-tuberculeuse des cholecystites chroniques. — *Presse Médicale*, 1 Septembre, 1928.
- CHIRAY, MILOCHEVITCH ET PETROVITCH. — Dosage et variations de la bilirubine dans le suc duodénaux. — Société Médicale des Hôpitaux, 7-VII-924 et 27-VI-924.
- CHABROL, BENARD, LAPEYRE, DAMADE, LABBÉ, MOOR, NEPVEUX, LIBERT, CARNOT ET GAMBILLARD. — *Journal des praticiens*, n.º 12, 1924. (Este número é todo dedicado à tubagem duodénaux e escrito por estes autores).
- MARCEL LABBÉ, DE MOOR, NEPVEUX. — Tubage duodénaux. — *Annales de Médecine*, Février, 1925.
- MALLET-GUY ET PUIG. — Applications cliniques de la méthode duodénaux de Einhorn; l'excretion vésiculaire douloureuse. — *Lyon Médicale*, Juillet, 1927, n.º 29. *Arch. Mal. App. Digestif*, t. xvii, n.º 9, Novembre, 1927.
- DURAND ET DIMITRESCO (Bucarest). — Tubage duodénaux et cholecystographie dans la recherche du diagnostic des affections de la vésicule biliaire. — (Société de Gastro-enterologie de Paris). Séance du 8 Février, 1926.
- MARIANO COSTEX ET CÉSAR GALAN (Buenos Ayres). — La giardiase duodénaux. — *Arch. Mal. App. Digestif*, Juin, 1926.
- LABBÉ, DE MOOR ET NEPVEUX. — Le tubage duodénaux et son application à l'étude des maladies des voies biliaires. — (Société de Gastro-enterologie de Paris). Séance du 12 Mai, 1924.
- LABBÉ, NEPVEUX ET GAVRILA. — La lambliaose duodénaux. — *Annales de Médecine*, Novembre, 1925.
- BEAUMONT AND DODDS. — Recent advances in medicine. — (Clinical Laboratory Therapeutic).

## Revista dos Jornais de Medicina

O tratamento eléctrico da borsite sub-acromial. (*Le traitement électrique de la boursite sous-acromiale*), por N. E. Titus (New-York). — Congresso Internacional de Radiologia (Stockholm, Julho de 1928).

Segundo a opinião do A., numerosos casos, que têm sido considerados como neurites braquiais crónicas, não são mais do que borsites da espádua. Na realidade, um cuidadoso exame radiográfico mostra uma calcificação da região da bolsa sub-delhoideia, que para uns se localiza na base da parede da própria bolsa e, para outros, no tendão do músculo subjacente.

Como consequência desta lesão, os doentes apresentam, na maioria das vezes, um estado crescente de incapacidade do membro, que os obriga a recorrer à intervenção cirúrgica (extirpação da bolsa).

De todos os tratamentos eléctricos é a diatermia a modalidade que melhores resultados tem permitido obter, uma vez que se empregue a técnica seguida pelo A. e que não pode, na realidade, ter o nome de diatermia na aceção clássica da palavra.

Deita-se o doente num leito auto-condensador e submete-se a uma corrente de alta frequência de 800 miliamperes. O dedo do médico é, então, aplicado directamente sobre a pele, por cima da bolsa, que, deste modo, é atravessada pela corrente e sujeita a uma elevada temperatura, o que não acontecia quando se empregava a técnica vulgar dum electrodo na face anterior e outro na posterior da articulação da espádua, ou um na axila e outro na região duboideia.

Associando a este tratamento o eflúvio estático, os resultados são rápidos e permanentes.

F. FORMIGAL LUZES.

Radiumdermite crónica e insulina. (*Radiumdermite chronique et insuline*), por RAYNAL (Limoges). — Comunicação à Société Française d'Electrotérapie et de Radiologie. — Fevereiro, 1929.

O A. apresenta a observação duma doente de 65 anos, portadora de vastas lesões lúpicas da face dorsal e bordo externo do pé direito, às quais não pôde ser feito qualquer tratamento médico ou cirúrgico devido à doente ser muito pusilânime. A doente consente que lhe sejam feitas aplicações de *radium* que, por descuido seu, foram demasiado longas e das quais resultam extensas e profundas lesões de radiumdermite, que lhe acarretam violentas dores.

A doente foi submetida durante cerca de dois meses e meio a aplicações de infra-vermelhos e a eflúvios de alta frequência, sem resultados animadores.

Em face da ineficácia desta terapêutica, foi aplicada sobre a lesão uma pomada com insulina, e três meses decorridos após a sua aplicação a doente deixava de ter dores e apresentava uma cicatrização completa.

A doente não era glicosúrica.

F. FORMIGAL LUZES.

**A irradiação ultra-violeta com origem artificial apresenta perigos nos tuberculosos pulmonares?** (*L'irradiation ultra-violette par source artificielle présente telle des dangers chez les tuberculeux pulmonaires?*), por E. e A. BIANCANI (Paris). — Comunicação à Conferência Internacional da Luz (Lausanne), 1928.

Embora seja incontestável que os raios ultra-violeta podem determinar um certo número de acidentes graves nos tuberculosos pulmonares (hemoptises e *poussées* evolutivas), não quiere, porém, isto dizer que o seu emprêgo no tratamento desta afecção seja para abandonar por completo.

São contra-indicações as formas agudas, as formas em que todo um lóbulo é atingido e as de carácter evolutivo.

Segundo o A. a irradiação não deve ser praticada na tuberculose exclusivamente pulmonar; mas, sim, sempre que concomitantemente existe uma outra localização, cutânea, ganglionar, óssea, articular, pleural, ovariana ou peritoneal, no tratamento das quais é soberano o emprêgo desta modalidade terapêutica.

Deverá usar-se da máxima prudência no seu doseamento, evitando as doses eritematosas que podem provocar o amolecimento do foco pulmonar. O pêso e a temperatura deverão ser atentamente vigiados.

---

F. FORMIGAL LUZES.

**A diatermia na pneumonia e nas suas consequências**, por ADOLPH A. LILIE e JOR ECHTMAN. — *Médical Journal and Record*, n.º 18. Janeiro, 1928. Pág. 68.

Os AA. aconselham a diatermia transtorácica na pneumonia franca aguda, na bronco-pneumonia, na bronquite, na asma e em determinados casos de abcesso pulmonar, após a drenagem. Chegam a fazer 3 sessões diárias.

---

F. FORMIGAL LUZES.

**Tratamento da tosse convulsa pelos R. U.  $\hat{V}$ .**, por J. BECHER. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXV, n.º 25. 22 Junho de 1928.

As irradiações modificam o horário dos quintos, o que permite às crianças dormirem tranqüilamente, sobretudo na segunda metade da noite. Dêste repouso advém uma melhoria do estado geral.

A acção é apenas devida às radiações ultra-violeta e não à inalação de ozono, porque crianças colocadas na sala de tratamento, mas não sujeitas à acção delas, não experimentam melhoras.

O A. explica esta acção calmante devido à elevação da percentagem de Ca no sangue.

F. FORMIGAL LUZES,

A fisioterapia da asma brônquica, por M. P. LIBOFF. — *Physiotherapie*, n.º 2. Março e Abril, 1928. Págs. 121-126.

Conforme a origem da asma assim o A. escolhe a modalidade a empregar: nas crianças recorre aos U. V. associados aos I. V, com lampada Solux; nos indivíduos com miocardite utiliza a ionização cálcica; nos adolescentes de peito pouco desenvolvido pratica a gymnástica respiratória, e, em grande número de outros casos, emprega a diatermia do baço e transtorácica.

Os resultados obtidos são bastante animadores.

---

F. FORMIGAL LUZES.

Tratamento da actinomicose, por A. O. FREIFELD (de Moscou). — *Physiotherapie*, n.º 4. Julho-Agosto de 1928. Págs. 87-95.

O A. publica dois casos de actinomicose da face e pescoço tratados pela ionização iodada. Um encontra-se curado há quatro anos, outro há quatro meses. A técnica usada foi a seguinte: sessões tri-semanais durante três meses, com intensidades de 4 m. A.

---

F. FORMIGAL LUZES.

Efeitos dos banhos de luz sobre a hipertensão, por M. HELLMONT. — *Klinische Wochenschrift-VII*, n.º 17. 22 de Abril de 1928.

O A. submeteu 21 indivíduos com hipertensão essencial ao banho de luz na posição deitada. A pressão era medida todos os cinco minutos. Em todos houve um abaixamento da pressão mais ou menos considerável, que se manteve em 7 e que se fez acompanhar duma melhoria dos sintomas subjectivos.

---

F. FORMIGAL LUZES.

O tratamento da tuberculose pulmonar e da asma brônquica pela ionização do cálcio, por B. M. BRODERSON e V. L. STOJANOVSKAYA (de Leníngrad). — *Physiotherapie*, n.º 3. Maio-Junho de 1928. Págs. 146-158.

Os AA. dizem ter obtido nas tuberculosas pulmonares com a ionização do cálcio os seguintes resultados: diminuição das dores torácicas, aumento do pêso e do apetite, abaixamento da temperatura, melhoria do estado geral, aumento pouco acentuado de Ca sanguíneo, atraso do tempo de sedimentação dos glóbulos vermelhos, aumento do número de eosinófilos e desvio para a direita da fórmula de Arneth.

Na asma brônquica das crianças com adenopatia tráqueo-brônquica os AA. observaram: diminuição ou desaparecimento dos acessos, diminuição da dispneia, melhoria do estado geral, aumento do cálcio sanguíneo e diminuição dos eosinófilos.

---

F. FORMIGAL LUZES.

A propósito da esterilização temporária da mulher. (*A propos de la stérilisation temporaire de la femme*), por TURENNE. — *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 6. 1929.

A questão da esterilização temporária está na ordem do dia.

Os métodos de esterilização temporária para serem admitidos devem:

1.º — Ser inofensivos sob, o ponto de vista local e geral bem como para os produtos duma futura concepção.

2.º — Ser de aplicação fácil.

3.º — Não provocar alterações anatómicas, nem perturbações funcionais profundas ou duradouras.

4.º — Ser duma duração definida.

5.º — Permitir de novo e à vontade a concepção.

Estas cinco condições são inseparáveis; a falta de qualquer delas compromete o fim proposto de assegurar a interrupção das concepções e a sua reaparição voluntária.

Actualmente há três grupos de métodos de esterilização temporária: os métodos actínicos (raios X, rádio, mesotóxico), os métodos cirúrgicos e os métodos biológicos.

O A. põe de lado todas as precauções e fraudes anti-concepcionais cuja ineficácia, inconvenientes e perigos são conhecidos de toda a gente. São meios de valor científico nulo.

A característica dos métodos actínicos é a destruição mais ou menos profunda dos óvulos em evolução.

A esterilização actínica é de aplicação fácil para o radiologista competente, mas provoca alterações anatómicas e perturbações funcionais, não é de duração definida e não permite a restauração voluntária da concepção. Não corresponde pois às condições estabelecidas (3.ª, 4.ª e 5.ª).

Há algum tempo que a esterilização biológica suscitou interessantes experiências.

A Farnum pertence a prioridade das experiências tendentes a averiguar se a injeção de esperma a coelhas provoca a aparição da precipitinas específicas, tendo êsse autor norte-americano obtido resultados positivos. Das numerosas investigações que se seguiram às de Farnum cita o autor as de Kostromim e Kartasheff, inspiradas pelo governo soviético, que, preocupado com os resultados do aborto oficializado, procura outros meios de obter a esterilização temporária, baseado em razões de ordem económica. Estes autores e Jarcho, de Nova-York obtiveram esterilizações temporárias em coelhas por meio da injeção de espermatozoides vivos, mortos ou destruídos química ou mecânicamente. Mac. Cartney observou que a secreção vaginal e uterina dos ratos fêmeas imunizados é espermatotóxica.

Qualquer que seja o mecanismo da imunização anti-concepcional podemos admitir provisoriamente:

1.º — Que a esterilização temporária por injeção parenteral de espermatozoides é possível.

2.º — Que esta injeção é inofensiva, mesmo quando se empregam espermas de espécies heterogéneas.

3.º — Que a aplicação não tem dificuldade alguma.

4.º — Que não produz modificações anatómicas ou funcionais do aparelho genital, sendo a esterilização devida provavelmente à existência dum estado espermatotóxico.

A esterilização temporária biológica é pois um método cheio de promessas, mas que necessita um mais profundo estudo para que depois possa ser aplicado à espécie humana. Entretanto, e talvez transitòriamente, os métodos de esterilização temporária indicados são os cirúrgicos.

O método operatório do autor, simples, resolve o problema satisfazendo as condições requeridas (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Dezembro de 1919). Seguem-se a descrição dêste processo operatório e as conclusões que o autor tira do seu trabalho, a saber:

1.º — Todos os meios anti-concepcionais correntes (preservativos, soluções e pastilhas ou comprimidos ácidos, pomadas, pessários vaginais e intra-uterinos, *coitus interruptus*, etc.) são infieis ou prejudiciais.

2.º — A esterilização temporária pelos meios actínicos provoca alterações anatómicas dos ovários com lesão funcional e não é susceptível de doseamento exacto.

3.º — A esterilização temporária por inclusão tubária ligamentar é neste momento o método que mais se aproxima das condições óptimas requeridas.

4.º — A esterilização temporária biológica parece ser o método do futuro. A-pesar-do desconhecimento do seu mecanismo e da falta de experimentação clínica, será na provocação dum estado humoral anti-espermático que se achará a aplicação voluntária dum processo que a natureza emprega e que esclarece talvez certas infecundidades transitórias ou definitivas que o mais cuidadoso exame clínico não consegue explicar.

F. FONSECA.

**Sobre a patogenia dos accidentes graves da insuficiéncia supra-renal.**  
(*Sur la pathogénie des accidents graves de l'insuffisance surrénale*), por G. MARAÑÓN. — *La Presse Médicale*, n.º 63. 1929.

Como conclusão do seu trabalho afirma o autor:

Que nos organismos com insuficiéncia supra-renal espontânea (doença de Addison) ou experimental (extirpação das glândulas supra-renais), há uma tendência habitual para a acidose;

Que esta acidose é mais grave quando existem sintomas agudos do tipo digestivo ou encefalopático e que evoluciona paralelamente com estes sintomas.

Êste paralelismo leva a admitir a patogenia acidósica de alguns dos accidentes graves da doença de Addison.

Esta hipótese não exclui a de que outros factores (hipoglicémia, hiperviscosidade, outras intoxicações, etc.) colaborem na produção dos accidentes adisonianos.

A acidose adisoniana parece ligar-se à perturbação do metabolismo dos



hidratos de carbone própria a esta doença. Perturbação oposta à dos diabéticos. Não é pois comparável à acidose nefrítica.

O tratamento anti-acidótico é pois racional e útil nestes accidentes.

---

F. FONSECA.

O comportamento quimico das substâncias serológicas dos grupos A e B; aparição e verificação das mesmas nos liquidos do organismo. (*Das Chemische Verhalten der serologischen Gruppenstoffe A und B, ihr, Vorkommen und ihr Nachweis in Körperflüssigkeiten*), por R. BRAHN e F. SCHIFF. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 33. 1929.

Os autores verificam a existência de substâncias específicas dos grupos na saliva, na urina, no soro sanguíneo, no leite, nos sucos gástrico e duodenal e na bile.

Quanto à sua natureza química afirmam que se não trata de substâncias proteicas, lipóides ou hidratos de carbone.

---

F. FONSECA.

Sobre a glicolise e o comportamento do ácido láctico no liquido céfalo-raquidiano normal e patológico. (*Über die Glykolise und das Verhalten der Milchsäure in normalen und pathologischen Liquor cerebrospinalis*), por H. FACOLD e H. SCHMIDT. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 33. 1929.

No liquido céfalo-raquidiano isento de células por centrifugação não há glicolise.

Pelo contrário, nos liquidos céfalo-raquidianos ricos em células há decomposição do açúcar, provavelmente devida a pequenas quantidades de fermentos libertados pelos elementos celulares mortos.

A pequena decomposição do açúcar não é verdadeiramente devida a um processo de glicolise porque não há aumento correspondente de ácido láctico.

O liquido céfalo-raquidiano obtido por punção pode ser observado dentro das primeiras 12 horas, sem que êsse exame tardio occasiona qualquer erro.

---

F. FONSECA.

Observações sobre a acção circulatória da histamina nos normais, hipertónicos, hipotónicos e insuficientes circulatórios. (*Beobachtungen über die Kreislaufwirkung des Histamins bei Kreislaufgesunden, Hypertonikern, Hypotonikern und Kreislaufinsuffizienten*), por F. KISCH. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 33. 1929.

A administração de histamina a individuos normais na dose de 0,5 c. c. Imido «Roche» occasiona uma baixa de pressão sanguínea que se mantém por mais de uma hora, aumento do produto amplitude-freqüência (indicador do volume por minuto) e aumento da freqüência cardíaca. Nos hipertónicos a baixa da pressão é, a maioria das vezes, mais intensa (em média 13, 28 %)

na máxima), mantém-se menos tempo e é seguida de hipertensão superior à inicial; o produto amplitude-freqüência nem sempre aumenta, havendo aceleração da freqüência cardíaca. Nos hipertônicos observa-se, em seguida à injeccção de histamina, uma leve baixa de pressão (9-12 %), pouco duradoura, o produto freqüência-amplitude sofre um pequeno aumento e quasi não há alteração da freqüência cardíaca. Nos insuficientes circulatórios a acção da histamina é muito variável não ocasionando, por vezes, hipertensão, o produto freqüência-amplitude aumenta nuns casos e diminui noutros, sucedendo o mesmo com a freqüência cardíaca.

A injeccção de histamina determina sempre rubor da pele e sensação de calor, sendo a intensidade da reacção variável, tanto nos individuos normais como nos insuficientes da circulaçção.

F. FONSECA.

**A hepatite amebiana crónica, periódica.** (*Die chronische, periodisch aufflackernd Amöben-Hepatitis*), por SCHRUMPF-PIERRON. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 33. 1929.

A invasão do figado pela amoeba da disenteria pode ser primária, sem sintomas de disenteria intestinal, ou secundária, como complicação de uma colite disentérica.

A forma de hepatite amebiana descrita pelo autor constitui uma doença crónica, com grandes remissões, interrompidas por acessos periódicos e agudos que vão desde a simples tumefacção dolorosa e apirética do figado à inflamação localizada ou difusa, dolorosa e febril do mesmo órgão.

Estes acessos agudos são, a maioria das vezes, despertados por uma subida brusca da temperatura exterior ou por abuso do alcool.

A emetina constitui o único meio terapêutico activo do acesso.

Entretanto, o doente não fica curado, visto que, mais tarde ou mais cedo, sobrevém novo acesso. Trata-se, pois, duma infecção crónica, latente, com acessos agudos periódicos.

F. FONSECA.

**Sobre a intensificação da diurese do novasurol (salirgan) pelo cloreto de amonium.** (*Über die Verstärkung der Novasurol (Sabyrgan) diurese durch ammoniumchlorid*), por P. SAXL. — *Therapie der Gegenwart*, n.º 8. 1929.

O cloreto de amoniaco administrado na dose de 6 a 8 grs, na forma da mistura *solvens*, e durante os dois a cinco dias que precedem e o dia que succede á injeccção de sairgan, determina, a maioria das vezes, um notável aumento da diurese mercurial. Esta acção é, sobretudo, evidente nos casos em que o exclusivo emprêgo do sairgan não manifestou efeito diurético apreciável. A terapêutica de combinaçção, cloreto de amoniaco-salirgan ou novasurol, tem indicações idênticas ás dos diuréticos mercuriais.

A causá da acção favorável desta terapêutica de combinaçção consiste na acidificaçção do organismo.

F. FONSECA.

**Medidas de combate contra o cõma diabético.** (*Abolishing diabetic coma*), por E. P. JOSLIN. — *Jour. Am. Med. Ass.*, 6 de Julho de 1929.

Nunca será demasiada a campanha que se faça com o intuito de espalhar, entre a classe médica e entre os doentes com diabetes, as noções elementares mas fundamentais que visam o tratamento e a profilaxia do cõma diabético. Mal se compreende que, ainda na hora presente, tantos médicos e doentes desconheçam o alcance de certas prescrições, cujo respeito e cumprimento representam, pode dizer-se, o bem-estar e, mais do que isso, a própria vida dos doentes. Leia-se o que diz Joslin :

«A diabetes é uma doença crónica, mas o cõma diabético é uma doença aguda. Se estas considerações fõssem suficientemente compreendidas, o cõma diabético desapareceria do número das complicações da diabetes.

É já tempo, decorridos 7 anos sôbre a descoberta da insulina, para se tirar dêste remédio, curativo do cõma diabético, todo o proveito que êle é capaz de nos fornecer.

¿Porque se não põe tẽrmo, de uma vez para sempre, a esta complicação?

Este seria o meio ao mesmo tempo mais simples e mais eficaz de fazer baixar a mortalidade da diabetes.

O diagnóstico do cõma diabético depende em larga escala da sua feição clínica, com sua história particular e seu desenvolvimento progressivo; o doente sente-se abalado nas suas fõrças, aparenta uma grave alteração da sua saúde e êstes sinais predominam sôbre os de colapso que, pelo contrário, são ponderantes no *shock* insulínico; neste são também marcados os tremores, os suores, a inconsciência e as convulsões.

O interrogatório pode revelar-nos que a insulina deixou de ser injectada, ou que a dose se tornou insuficiente, ou, ainda, que o doente alterou por sua conta a dieta prescrita. Noutros casos verifica-se que o cõma se desencadeou a partir de uma infecção.

Usualmente as náuseas, os vômitos e a dor, simulando uma afecção abdominal grave, conduzem à restrição alimentar ou à suspensão total dos alimentos e, em consequência destas medidas, o organismo passa a viver à custa das suas próprias proteínas e gorduras e a acidose aparece.

Grãdualmente o doente vai-se mostrando cada vez mais excitado até que, depois, sobrevêm a dispneia, com movimentos respiratórios amplos e sem cianose, a inconsciência e o cõma.

Êste quadro clínico é um contraste do *shock* insulínico, cujos sintomas são de comêço bruscos; alẽm desta particularidade é também importante a ausência de perturbações do ritmo respiratório.

No cõma diabético a urina, obtida por cateterismo, contém açúcar e corpos cetônicos. No *shock* insulínico a urina não revela nem açúcar nem corpos cetônicos.

#### TRATAMENTO

1) O tratamento do cõma diabético faz-se como o de uma emergência que suplanta, pela sua importância, toda e qualquer outra.

Ao diagnóstico, uma vez estabelecido, segue-se a administração da insulina, por via sub-cutânea, em doses de 10 a 40 unidades, repetidas todas as meias horas, até o retôrno da lucidez do doente e da respiração normal e até que se verifique o decréscimo na glicosúria.

Quando se queira injectar a insulina por via intra-venosa é indispensável fazer, simultâneamente, a injeccção subcutânea.

2) Os tecidos do doente em cõma diabético estão desidratados e por isso, logo na entrada do tratamento, deve-se injectar, por via subcutânea, cêrca de 1 litro de sôro fisiológico.

É perigoso confiar na absorpção de líquidos por via gástrica e na do sôro por via rectal.

As injeccões de sôro por via intra-venosa são aconselháveis desde que sejam executadas por forma a fazer a introdução do líquido com grande lentidão, e isto para obviar a uma dilataçãõ cardíaca.

3) A circulação estimula-se por meio da cafeína (0,5 gr.), repartida em 4 doses, a uma hora de intervalo.

4) O estômago deve ser esvaziado e lavado, usando sempre em tais circunstâncias manôbras cautelosas e suaves.

Os líquidos que se aconselham para beber são a água, os caldos de carne magra, café, chá, água de arroz, e melhor do que tudo, durante as primeiras 24 horas, laranjada feita com água e sumo de duas a três laranjas ou, por outras palavras, cêrca de 50 gr. de hidratos de carbone.

Mais tarde volta-se ao emprêzo de artigos culinários simples, adaptando as doses de insulina aos ensinamentos colhidos pelo exame fraccionado das urinas, de princípio a intervalos de 2 horas, depois a intervalos de 4 ou 6 horas.

As doses de 15, 10 e 5 unidades de insulina correspondem sensivelmente às colorações vermelho, amarelo e verde, da reacção da urina com o soluto de Benedict.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

A prevençãõ do cõma diabético vale mais do que o seu tratamento. O doente precisa de ser iniciado no conhecimento dos meios por que se evita o cõma. É preciso ensinar-lhe que nunca deverá suspender a insulina emquanto tiver açúcar nas urinas, quer faça ou não uso de alimentos.

No caso de sobrevir qualquer complicaçãõ, por exemplo uma doença febril, precisa de aumentar a dose de insulina repartindo-a por um maior número de injeccões.

O doente deve estar ao facto dos perigos que advêm da quebra do regime alimentar e saber de cõr e salteados os 6 mandamentos seguintes :

Logo que se sinta doente mandará chamar o médico. Recolherá à cama. Beberá uma chávena de líquido quente todas as horas. Far-se há vigiar constantemente por uma pessoa capaz de lhe prestar assistência. Fará um clister. Conservar-se há convenientemente aquecido».

MORAIS DAVID,

**Colite ulcerosa crônica. Resultados do tratamento com vacina em cinco casos.** (*Chronic ulcerative colitis. Results of treatment with vaccine in five cases*), por E. HORGAN e J. HORGAN. — *Jour. Am. Med. Ass.*, 27 de Junho de 1929.

Cinco casos de colite ulcerosa crônica, com feições clínicas diversas, desde a forma com sintomas iniciais discretos até a forma grave de evolução avançada, foram tratados exclusivamente por meio das vacinas e filtrados do diplococo isolado das lesões intestinais, segundo a técnica de Bargen.

Em todos os doentes a cura foi completa. Se as remissões espontâneas na marcha da doença são uma das suas características mais importantes, são assim mesmo notáveis as coincidências verificadas nos cinco doentes: em todos êles as melhorias foram contemporâneas do tratamento e se iniciaram com êle.

Alguns dêstes casos já tinham sido submetidos a outros tratamentos, sem resultado. As histórias clínicas vêm incluídas no artigo.

MORAIS DAVID.

**Úlcera péptica. Um estudo sobre 556 casos.** (*Péptic ulcer. A study of 556 cases*), por E. EMERY e R. MONROE. — *Arch. Int. Med.*, Junho de 1929.

O artigo resume o estudo de 556 casos de úlceras gástricas e duodenais, sob o ponto de vista das suas particularidades clínicas e dos resultados das diversas medidas terapêuticas adoptadas.

A hiperacidez appareceu em 50 % dos casos. Apenas um caso mostrou acloridria e neste o diagnóstico da afecção foi feito exclusivamente por intermédio da observação radiológica, pois não havia na sua história qualquer elemento suspeito de úlcera.

O exame radiológico foi negativo em 36 doentes, ou sejam 7 % dos casos.

A hemorragia foi uma complicação de 194 casos (34,8 %) e foi causa de morte em 8. 77 casos apresentaram mais de uma hemorragia. Em 25 a hemorragia foi o primeiro sinal de doença.

A perfuração aguda appareceu 38 vezes, figurando como causa de morte de 11 casos.

O cancro foi encontrado em 6 dos 135 casos de úlcera do estômago (4,4 %) 3 dêstes parece terem-se desenvolvido sobre uma antiga úlcera.

A estase gástrica foi demonstrada em 135 casos, 92 por espasmo pilórico.

Em 16 casos o estômago era bilocado.

Não se encontrou uma percentagem maior de focos sépticos entre os doentes ulcerados do que entre outras categorias de doentes hospitalizados.

Em 41 casos a úlcera foi a causa determinante da morte. 21 mortes ocorreram após intervenção operatória.

Os tratamentos melhoraram 60 % dos casos, referindo-se estes resultados a um período de observações que abrange 4 anos.

O tratamento de Sippy rigoroso provou como o melhor dos processos de

tratamento médico e a gastro-enterostomia como o melhor tratamento cirúrgico. As medidas cirúrgicas pareceram mais eficientes que as médicas.

A úlcera do estômago é uma afecção de evolução crónica que tem como processos actuais de tratamento simples medidas paliativas, e a cura é provavelmente rara.

Cada método de tratamento tem as suas vantagens mas a par os seus defeitos; a cada caso clínico convém um método que só pelo estudo do doente poderá ser devidamente indicado.

MORAIS DAVID.

**Acêrca dos efeitos terapêuticos de um novo sôro anti-estreptocócico.**

(*Sur les résultats thérapeutiques donnés par un nouveau serum antistreptococcique*), por H. VINCENT. — *Acad. Scien. in Presse Méd.*, 3 Julho, 1929.

O Prof. Vincent apresentou na Academia das Ciências de Paris (sessão de 27 de Maio último), um novo sôro anti-estreptocócico preparado pela inoculação repetida de pequenas doses de culturas altamente virulentas, desenvolvidas em meios especiais. Os seus efeitos terapêuticos são, segundo o Prof. Vincent, dignos de registo. Casos de prognóstico quasi fatal, submetidos ao tratamento por este sôro, obtiveram resultados brilhantes. Em doses médias de 80 c. c. por dia produziu a queda brusca da temperatura, entre 24 a 48 horas, em casos de erisipela maligna. Com a temperatura desapareceram conjuntamente os sintomas locais e demais sintomas gerais da doença.

Comportamento semelhante tiveram casos de erisipela do cordão umbilical, no recém-nascido, cuja evolução habitual costuma terminar pela morte. A febre puerperal cede da mesma forma, com grande rapidez.

É indispensável sujeitar os doentes ao tratamento seroterápico durante os 3 ou 4 dias que passam depois da queda da temperatura. Nos casos de maior gravidade deve fazer-se a injeção do sôro por via intra-venosa.

MORAIS DAVID.

**O estado actual do tratamento da gonorreia no homem.** (*Present day treatment of gonorrhoea in the male*), por H. S. JECK. — *Jour. Am. Med. Ass.*, 27 Julho, 1929.

Jeck esquematiza em 5 tipos diferentes as formas mais correntes da gonorreia do homem e para cada um apresenta o itinerário do tratamento a empregar. Faz algumas considerações sobre o exame bacteriológico do corrimento uretral, sobre o exame da secreção prostática, sobre os exames biológicos para a diagnose da infecção gonocócica, e finalmente sobre processos terapêuticos e agentes medicamentosos da afecção. Conclui:

Os métodos de tratamento da gonorreia, actualmente em uso, pouco diferem dos que se empregavam há 10 anos e poucas drogas têm vindo enriquecer o antigo arsenal terapêutico.

A acriflavina é dos medicamentos modernos o de maior valia, applicando-se em injeções uretrais.

O mercurocromo também tem suas indicações no tratamento das uretrites crônicas posteriores.

Os velhos compostos orgânicos de prata mantêm ainda todo o seu valor terapêutico, e o mesmo se deve dizer a propósito do permanganato de potássio. Nas uretrites gonocócicas, de forma hiperaguda, está contra-indicado qualquer tratamento local.

Nos casos mais frequentes, a desapareição dos sintomas inerentes à doença e uma reacção de fixação do complemento negativa são melhores critérios de cura do que as culturas bacteriológicas.

O tratamento das uretrites agudas é de resultados mais seguros quando é feito por meio de injecções uretraes do que quando se empregam as irrigações forçadas que, pela distensão que determinam, traumatizam a uretra inflamada.

A massagem prostática precisa de ser executada com moderação e a intervalos suficientemente espaçados.

A exigüidade do meato urinário implica a meatotomia como tratamento *ab initio*.

O alongamento anormal do prepúcio e, mais particularmente, se é acompanhado de fimose, impede a drenagem necessária do corrimento uretral e retarda a marcha do tratamento.

O valor da vacina está ainda por decidir, seja como agente de tratamento específico, seja mesmo simplesmente como agente estimuloterápico. As suas mais nítidas indicações cabem aos processos inflamatórios crônicos e metastáticos.

A diatermia, no dizer de certos autores, dá resultados brilhantes, mas outros são menos entusiastas nos seus efeitos.

Os resultados do tratamento pelo mercurocromo, metatena, iodeto de sódio, diatermia, leite e auto-seroterapia são nitidamente precários.

MORAIS DAVID.

**Tratamento das pleurisias purulentas da infância.** (*Traitement des pleurésies*, etc.), por P. LEREBoullet. — *La Pédiatrie Pratique*, n.º 11-15. Abril, 1928.

No tratamento das pleurisias purulentas das crianças é bom recordar que o pus não se reabsorve senão excepcionalmente, que o derrame é muitas vezes difícil de diagnosticar, e na criança é sempre absolutamente preciso evacuar o pus. Têm sido usados vários processos para o fazer, de maior ou menor sucesso: a punção simples ou com injecções de líquidos modificados, sifão, drenagem, etc.

No entanto, o A. entende que a pleurotomia mínima, sem ressecção costal, seja a mais eficaz. A sua acção depende também do estado do pulmão subjacente e do estado geral da criança.

Na apreciação do momento favorável para a intervenção convém que o clínico não seja nem muito ousado nem demasiado contemporizador. Algumas

indicações especiais sobre a etiologia da pleurisia e os cuidados com as seqüelas completam êste artigo extremamente prático.

MENESES.

**Síndrome de contractura sacro-lombar nas crianças.** (*Syndrome, etc.*), por MOUCHET E ROEDERER. — *Buletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, n.º 4. Abril, 1928.

Os AA. apresentam dois casos, referentes a crianças de treze e de dezasseis anos, nos quais apareceu bruscamente, em seguida a um movimento brusco e forçado, uma escoliose total dorso-lombar, irredutível.

Ao exame objectivo, nada que possa explicar esta attitude. Tratamento pela gymnástica e cura em quinze dias.

No decurso da discussão que se seguiu à apresentação dêstes casos, fez-se notar a importância que tem não se tratarem estes casos de contracturas histéricas pelos métodos ortopédicos.

MENESES.

**A colesterinemia na difteria.** (*La cholestérinémie, etc.*), por P. LEREBoullet, M. DAVID E DONATO. — *Archives de Médecine des Enfants*. Tómo XXXI, n.º 12. Págs. 709-728.

Segundo as constatações feitas pelos AA., a colesterinemia no decurso das anginas diftéricas obedece às mesmas leis que as colesterinemias das outras doenças infecciosas, tendo todavia os caracteres mais claramente limitados, contrastes mais nítidos, e além disso um polimorfismo particular em relação com os incidentes patológicos e as complicações que podem sobrevir no decorrer da evolução da doença.

Assim, uma colesterinemia inferior a 1 grama nos quatro primeiros dias é de máu prognóstico, uma hipocolesterinemia persistente no período de estado é também de mau augúrio — abstracção feita da hipocolesterinemia dos accidentes séricos e das doenças intercorrentes que podem, por si sós, claramente, agravar o prognóstico da difteria.

Concluíram também que um augmento progressivo da colesterinemia no período de estado deve ser considerado como de bom augúrio, quando persiste durante várias dosagens e que não se acompanha de paralisia, factor de hipercolesterinemia.

A hipocolesterinemia, como a hipoglicemia, é muito freqüente no decurso das anginas malignas. Parecem ambas elas seguir um ciclo paralelo que parece comandado pela insuficiência supra-renal resultante do toque patológico destas glândulas.

Foram estes factos os que levaram os AA. a publicar algumas observações, completando outras anteriormente referidas e que punham em relêvo a importância e a significação da hipoglicemia.

Estas duas séries de pesquisas chegam à mesma conclusão: a insuficiência supra-renal, sem ser constante, é freqüente no decurso das difterias malignas e é facil verificá-la anatómicamente nos casos mortais. Deve ser ela



quem provoca e gradua a hipoglicemia e a hipocolesterinemia muitas vezes notada.

A opoterapia supra-renal sistemática está portanto absolutamente indicada na maior parte das difterias graves, e talvez se possa associar-lhe com vantagem injeções de azeite colesterinado. Na difteria, mais ainda do que em outras doenças infecciosas, têm elas uma indicação particular.

---

MENESES.

Investigações sobre as reacções de Pirquet e de Wassermann nas crianças asmáticas. (*Investigations on the Pirquet, etc.*), por H. BAAGOE. — *The British Journal of Children's Diseases*, n.º 292-294. April-June, 1928.

A cuti-reacção à tuberculina, nos estudos do A., não se mostrou mais freqüente nas crianças asmáticas do que nas crianças normais. Por outro lado, a reacção de Wassermann nunca foi encontrada positiva em crianças asmáticas. Conclui daí o A. que não há hipersensibilidade à tuberculina nas crianças asmáticas e que a sífilis não desempenha papel algum na etiologia da asma infantil.

---

MENESES.

Os germes da escoliose. (*Der Skoliosenkeim*), por F. SCHEDE. — *Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie*. Bd. 49-H. 1. Págs. 74-91. 1927.

A escoliose dos adolescentes apresenta caracteres tão constantes que se tem sido levado a admitir que seja uma entidade patológica. Entre estes caracteres constantes um dos mais notáveis é a sede *constante* no início da deformidade vertebral ao nível da oitava e nona dorsais. É notável que se procure saber a razão desta localização e se, achada ela, se poderá precisar a causa real da escoliose.

Para Schede, a escoliose essencial deriva da cifose raquítica da criança. A origem da escoliose deve ser de facto extremamente precoce, pois a deformidade vertebral não se pode explicar senão admitindo uma lesão que atinja a cartilagem de conjugação intermediária entre o corpo e lâmina da vertebra; e então isso vai até o 1.º ou o 2.º ano da vida.

Esta cifose raquítica, sempre de curto raio, ao nível da região dorso-lombar, apresenta por outro lado uma grande tendência a tornar-se rígida.

A escoliose resulta do endireitamento espontâneo desta cifose raquítica tornada rígida. Assim se explica a sede constante médio-dorsal do início da inclinação escoliótica. Esta inclinação lateral não é apreciável clinicamente nos indivíduos novos, mas aparece nitidamente na radiografia. Essa ligeira torção do raquis médio-dorsal constitui uma escoliose em gestação, um germe de escoliose.

Quando se apresentarem as causas ocasionais: diminuição da resistência dos meios de apoio do raquis, aumento da carga, insuficiência raquidea

no sentido lato das palavras, o equilíbrio instável do raquis será perturbado, e a escoliose manifesta-se mesmo clinicamente.

Estas circunstâncias encontram-se sobretudo na idade púbere e no sexo feminino.

O A. conseguiu seguir clinicamente muitos doentes desde novos e raquíticos, e pôde constatar como estas hipóteses correspondem à realidade.

O indivíduo novo e raquítico, com gibosidade dorso-lombar, apresentará na sua infância um dorso chato; êste dorso chato não é mais do que uma primeira manifestação de uma escoliose que no futuro se há-de revelar. Daqui resulta que o melhor tratamento preventivo da escoliose é o tratamento da cifose da criança raquítica. Esta terapêutica consistirá sobretudo no decúbito prolongado em posição de declive.

Necessitará uma longa vigilância, que não é compatível senão com a hospitalização destas crianças em estabelecimentos adequados.

MENESES.

**A acção do psoas nas doenças articulares da anca.** (*De l'action du psoas dans les affections*, etc.), por J. GOURDON (Bordéus). — *Presse Médicale*, n.º 1. 1929. Pág. 3-4.

Em todas as lesões da articulação da anca, em que haja uma disjunção ou uma inflamação, são sempre influenciados os músculos da região, que, ou se deslocam, ou se contraem ou se retraem. Daí o dirigirem-se manobras especiais contra essas modificações dos abductores, do tensor da *fascia lata*, do costureiro, mas quasi sempre nada se faz contra o psoas, que também sofre essa influência, mas sobre o qual é mais difícil de actuar. ¡É quantas vezes o encurtamento dêste músculo não compromete o futuro funcional do membro pelas modificações de attitude que traz à anca!

É sobretudo na luxação congénita da anca que a influência do psoas se faz sentir, apresentando os doentes uma «lordose alta» que se acentua com a idade. Devida a uma retracção do psoas, é esta retracção também um obstáculo à redução da luxação, e é quasi sempre devido a ela que se dão as luxações recidivantes.

Nas artrites da anca a acção do psoas é também nítida. Num coxálgico em evolução vê-se que a rotação externa do membro e a lordose aparecem ao mesmo tempo que a abducção, o que succede em todas as inflamações articulares, agudas ou crónicas.

As attitudes viciosas definitivas no decurso destas doenças produzem-se muito mais sob a influência do psoas que sob a de outros músculos.

Muitos doentes de lesões articulares coxo-femorais sentem dores na região dorso-lombar que não podem ser atribuídas senão à tracção exercida pelo psoas, pois desaparecem quando ela.

Nas doenças da anca nos indivíduos novos, quando o psoas está simplesmente contracturado, obtém-se o seu alongamento rápido pela extensão continua dos membros inferiores, juntando-lhe a compressão ao nível da parte anterior da bacia. Nos casos mais acentuados é bom estender o doente sobre um plano resistente, assegurar por meio de correias a posição do tórax e das

coxas e depois actuar por meio duma terceira correia sobre a região abdomino-pélvica para provocar o contacto da região pósterio-inferior do dorso com a prancha. Repete-se esta manobra várias vezes ao dia, durante uma hora para cada vez, podendo completá-la fazendo o doente trazer um colete rígido feito sobre um molde tirado ao doente na posição já corrigida, com cinta abdominal inferior.

Estes tratamentos ortopédicos deram ao A. resultados apreciáveis.

Há todavia retracções do psoas, em indivíduos de mais idade, que não cedem a estas manobras, sendo necessário recorrer à intervenção cirúrgica, seccionando o tendão ao nível do pequeno trocânter. Três vias de acesso foram propostas: incisões anteriores ou ântero-externas (Schede-Lucke, Hueter), que foram abandonadas por serem perigosas em virtude da proximidade do feixe vâsculo-nervoso e necessitando uma contra-abertura posterior para drenagem.

A incisão posterior de Anzoletti, de 8 cms., partindo do pequeno trocânter e seguindo a direcção dos feixes do grande glúteo, não é mais fácil.

A preferível é a técnica de Denucé-Lasserre, que utiliza a via de acesso inguino-crural interna para-vascular: a incisão começa um pouco abaixo da arcada crural, a 25 milímetros para dentro dos vasos, prosseguindo verticalmente ao nível da face interna da coxa, num comprimento de 10 cms., passando entre o pectíneo e a bainha dos vasos; permite, por clivagem anatómica, um acesso directo sobre o tendão do psoas ilíaco e sobre o pequeno trocânter.

A libertação da inserção inferior não provoca imediatamente o alongamento do psoas. A tensão exagerada e prolongada do tendão sobre o rebordo da bacia, entre a espinha ilíaca ântero-superior e a eminência ileo-pectínea, cava a goteira existente normalmente e provoca reacções ósteo-periósticas retendo o tendão. Deve-se pois completar a intervenção operatória pelo tratamento ortopédico que lhe assegura a eficácia.

O resultado funcional pode assim ser completo.

MENESES.

**Vacinação anti-diftérica.** (*Vacunación antidiftérica*), por G. A. ALONSO MUÑOYERRO. — *Revista Medica de Barcelona*. Julho, 1928.

A vacina anti-diftérica é absolutamente inofensiva, nunca se tendo observado nenhum caso de morte entre os milhões de vacinados na Europa.

O A., em 1.500 casos, não teve, em crianças pequenas, reacções violentas ou conseqüências desagradáveis. Entende que a vacinação anti-diftérica se deve tornar obrigatória, como a vacina contra a varíola, para evitar a mortalidade de mais de 4.000 crianças por ano em Espanha.

A idade mais apropriada para fazer a vacinação é a de um a dois anos, porém deve-se fazê-la até os cinco anos, sem ser necessário previamente fazer uma reacção de Schick.

A partir dessa idade devem imunizar-se apenas os receptivos, para o que se fará uma r. de Schick.

No caso de epidemia de difteria, dar aos não vacinados soro e três se-

manas depois anatoxina, três doses com intervalos de três semanas. Nos vacinados, se se não quiser fazer a r. de Schick, para evitar mais incómodos e pela inocuidade da anatoxina, basta uma injeção desta para ficarmos absolutamente seguros de que não sofrerão a enfermidade.

As crianças que já sofreram difteria diagnosticada, uma vez, devem imunizar-se. Praticamente pode considerar-se imunizada uma criança contra a difteria, se recebeu três injeções de anatoxina.

Nos casos do A. apenas encontrou uns 2 0/0 de resistentes que com uma quarta dose ficaram imunes.

É de justiça e de grande alcance humanitário tirar a impressão pública de que a vacinação anti-diftérica é perigosa, para evitar a resistência em a fazer que mostram não só as famílias como até muitos médicos.

MENESES.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## A viagem do Prof. Ricardo Jorge ao Brasil

Lentamente se vai operando o intercâmbio da intelectualidade brasileira e portuguesa. E se fizermos tábua rasa sobre o passado de uma *embaixada de triste memória*, nos últimos tempos Portugal tem enviado ao Brasil do melhor que possui no seu escol mental. Portugal tem enviado... não dizemos bem. Quando Portugal manda, escolhe mal. Há uns tempos para cá é o Brasil quem chama, e escolhe bem.

Esta é que é a verdade.

O Prof. Ricardo Jorge acudiu à chamada do Brasil, para a celebração do Centenário da Academia de Medicina. E a maneira galharda como esta nação o recebeu, enchendo-o de honrarias, aumentou o nosso orgulho pelo *valor* que possuímos dentro de portas. É que tínhamos ali quem, pelas inúmeras facetas da sua cultura e do seu espírito, melhor podia representar — e representou, de facto — a mentalidade portuguesa.

Com um passado e um presente na ciência lusitana (1) que motiva lá fora a sua existência, com uma cultura que, entre nós, não a atingiram os da sua igualha, com um *lexicon* opulento e uma linguagem castiça, ninguém como o Prof. Ricardo Jorge para representar o nosso país em terras de Santa Cruz. A sua extensa bibliografia científica constitui um padrão a contrapor à pobreza da bibliografia científica lusitana, à parca produção científica do nosso país. *On est toujours paresseux pour une chose qu'on fait mal.*

Foi recebido na Academia de Letras numa das suas sessões semanais, na Academia de Medicina, na Casa de Portugal do Rio de Janeiro, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

Entre os discursos e conferências que proferiu destacam-se a alocução do Centenário da Academia de Medicina, o discurso na Faculdade de Medicina sobre a *valia dos trabalhos da medicina colonial portuguesa no Brasil*, a conferência *Sobre o Brasilismo em Portugal*, pronunciada em sessão extraordinária da Academia de Letras, e duas notáveis conferências técnicas que versaram os trabalhos epidemiológicos que ultimamente mais o têm ocupado: uma sobre *Epidemiologia da Peste*, na Academia de Medicina; outra sobre *Alastrim e a família variólica*, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

A caneta portuguesíssima do Prof. Ricardo Jorge vai dar-nos, por certo, páginas coloridas de prosa sobre o *Brasil mental* e o *Brasil socail*.

---

(1) Chega-nos agora o livro de *Economio, Encephalite lethargica* (ed. de Vienna e Berlim, 1929), e só um nome português lhe aparece: Jorge (R.), as ideias do qual são aceitas e comentadas.

Mentalidade pródiga é a de Ricardo Jorge que nos faz compartilhar no que gozou e julgou. Se não houvéra outras razões, essa bastava para agradecer-mos à nação brasileira o tê-lo chamado.

Das suas impressões recortamos êstes passos que a sua mão traçou ao pisar de novo o solo pátrio: «Lá, grande enriquecimento, sem dúvida, mas aproveitado sabidamente e dilectamente para realce da civilização e da cultura. É uma nação próspera, ainda mais espiritualmente que materialmente; a dignidade e o brilho duma nação estão no amor dêsses predicados espirituais. O Brasil sabe-o e pratica-o, e nesse culto distancia-se claramente da antiga metrópole, força é dize-lo. Olhe-se, por exemplo, para a saúde e assistência. Não há esforço e sacrifício que se não faça para igualá-las com os melhores padrões conhecidos. A Medicina e a Higiene estão ali prestigiadas ao máximo; e êsse prestígio dá-lhe o próprio Estado, convicto de que um país se degrada perante os seus e os estranhos se não olha pela satisfação das necessidades sanitárias da população, hoje elementar num problema de governação pública. O combate da febre amarela, dirigido pelo professor Clementino Fraga, é, neste momento, uma prova prodigiosa dessa inteligência e dessa paixão».

Esperamos com ansiedade que, para enriquecimento da cultura e da prosa portuguesas, o seu punho trace as impressões de viagem, retratando a vida espiritual do Brasil — a melhor obra dos portugueses.

...Ai ficam estas palavras que certa gente não pode ler sem destempero da lingua, mas que faltavam como remate ao *Ensaio critico* que aqui escrevemos nos dois últimos números sobre Ricardo Jorge.

Dizer bem num país em que só se sabe dizer mal, dizer bem mas de espinhaço erguido — cousa rara neste meio — é um acto de heroísmo, é principalmente quando há quem não goste dentro do claustro.

EDUARDO COELHO.

### Prof. Ricardo Jorge

Transcrevemos do *Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine*, n.ºs 5-6, 1929:

«*Alastrim et variole. Vaccine. Encéphalites postvaccinales.* — Arquivos do Instituto Central de Higiene, vol. III, fasc. 2.

Dans ce volume de 180 pags., le Prof. Ricardo Jorge montre l'intérêt actuel de la variologie. Deux faits morbides récents sont effect dignes de remarques: l'alastrim et l'encéphalite postvaccinale. L'avenement de l'un et de l'autre a provoqué dans les assemblées bisannuelles de l'hygiène internationale, qui se tiennent à l'Office de Paris et à la Société des Nations à Genève, un vif mouvement de discussions, de communications et de travaux.

M. Ricardo Jorge y a apporté une importante contribution; il a suivi pas à pas l'évolution de l'alastrim. On surprend son invasion bruyante aux

Açores, et les varioles mitigées, répandues en Angleterre et en Suisse, le mildpox et le whitepox, s'identifient sans l'ombre d'un doute avec l'alastrim africo-américain. Revue d'ensemble et essai critique, le mémoire de Ricardo Jorge fut réimprimé par *The Lancet*, où il déclancha une averse de commentaires et de critiques.

Presque en même temps, en 1925, l'encéphalite postvaccinale, espèce jusqu'ici inconnue, surgit en Hollande, en Angleterre et en Suisse.

M. Ricardo Jorge consacre le dernier des cinq mémoires de ce volume à l'étude épidémiologique de ces encéphalites postvaccinales et de leurs relations avec l'alastrim, la variole et la vaccine.

LAIGNEL-LAVASTINE.

«*Encéphalite léthargique.* — Arquivos do Instituto Central de Higiene, vol. III, 3.º e último fascículo.

Dans ce troisième fascicule des Archives de l'Institut Central d'Hygiène, M. Ricardo Jorge fait une étude complète de l'encéphalite épidémique, en insistant particulièrement sur son histoire.

Il montre les rapports de l'encéphalite léthargique avec la grossesse et avec la grippe. Il donne une excellente étude de l'épidémie et de l'encéphalite dans le Portugal et en Espagne. On reconnaît ses excellentes qualités d'historien dans son ouvrage sur la grippe et le typhus dans les épidémies historiques au XVI<sup>e</sup> siècle. Enfin, ce volume se termine par une description sur les séquelles mentales de l'encéphalite léthargique au Portugal.

On voit par ces deux volumes quelle part importante le Prof. Ricardo Jorge a pris dans ces dernières années à la lutte sanitaire contre ces fléaux : la variole, l'alastrim, l'encéphalite postvaccinale et l'encéphalite épidémique.

LAIGNEL-LAVASTINE.

\*

\* \* \*

## Instituto Português para o Estudo do Cancro

### Curso de Roentgenterapia e Curieterapia

Em 1 de Novembro de 1929 inaugura-se no Instituto Português para o Estudo do Cancro o segundo Curso de Roentgenterapia e Curieterapia, que terminará em 31 de Dezembro do mesmo ano.

#### CONDIÇÕES DO CURSO :

- 1.ª — A inscrição é limitada a 8 alunos.
- 2.ª — A importância da inscrição é de esc. 5007700, satisfeita na Secretaria do Instituto até 30 de Outubro.

3.ª — O curso compreenderá quatro lições teóricas por semana e exercícios práticos todos os dias.

4.ª — Os alunos assistirão às consultas de cancerosos do Instituto.

5.ª — No fim do curso será passado um certificado aos alunos que tiverem frequentado mais de nove décimos das lições e dos exercícios práticos, demonstrando conhecimentos e aptidões.

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

Os Drs. Celestino da Costa Maia e Manuel Cerqueira Gomes foram nomeados professores auxiliares livres do 6.º grupo (medicina interna) da Faculdade de Medicina.

O Dr. Álvaro Borges de Aguiar foi nomeado assistente da cadeira de Fisiologia e Química Fisiológica.

### De Coimbra

Publicaram-se as seguintes reconduções para o ano lectivo de 1929-30: Drs. Mário Martins Ribeiro, assistente de Medicina Legal; Guilherme de Albuquerque, assistente de Patologia Geral; Pedro da Rocha Santos, assistente de Clínica Obstétrica; Vicente Gouveia, assistente de Farmacologia e Terapêutica; João Alarcão e Silva, assistente de Clínica Cirúrgica, e Manuel de Matos Beja, assistente de Bacteriologia.

### De Lisboa

Foram exonerados dos cargos de assistentes da cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina os Drs. Rodolfo Xavier da Silva e Brás de Jesus Nogueira.

— O Dr. Raul da Silva Viana foi exonerado, a seu pedido, da cadeira de Anatomia.

— O *Diário do Governo* publicou um decreto atribuindo à Faculdade de Medicina os seguintes institutos de investigação científica: de Anatomia, de Histologia, de Fisiologia, de Farmacologia, de Medicina Legal, de Bacteriologia, de Anatomia Patológica, de Medicina Operatória; e as seguintes clínicas escolares: obstétrica, cirúrgica, médica, ginecológica, neurológica, pediátrica, psiquiátrica, propedêutica, terapêutica, de patologia cirúrgica, de patologia médica e oto-rino-laringológica.

— O Dr. Carlos Alberto Vidal foi nomeado assistente de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina.



## Hospitais

### Civis de Lisboa

O Prof. Costa Sacadura, director do serviço de Obstetrícia dos Hospitais Civis, foi encarregado de, em comissão gratuita de serviço, estudar a organização e funcionamento das maternidades e obras de protecção às mães e recém-nascidos em Espanha, França, Itália, Bélgica e Suíça,

— A fim de estudar a organização geral dos serviços clínicos e de assistência a leprosos, foi autorizado a ir ao estrangeiro, em comissão gratuita de serviço público, o Dr. Isaac Jaime Anahory, assistente de clínica médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Também o Prof. Augusto Monjardino, director do serviço geral de Cirurgia, foi encarregado de estudar a organização das maternidades em Espanha, França, Suíça e Bélgica.

— Ainda o Dr. Tiago Marques foi autorizado a fazer uma viagem de estudo ao estrangeiro.

— Foram nomeados assistentes de serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa os Drs. Adelino José da Costa, António da Silva Martins e Armando Formigal Luzes, e assistentes do serviço de Radiologia dos mesmos hospitais os Drs. Aleu Saldanha e José Pereira Caldas.

### Escolar

Foi exonerado, a seu pedido, de sub-director do Hospital Escolar de Santa Marta o Dr. Luis de Sousa Adão.

### Da Marinha

O segundo tenente médico Dr. Sacadura Côrte-Real foi nomeado adjunto do encarregado do gabinete de bacteriologia e análises clínicas do Hospital da Marinha.

A consulta externa de doenças da bôca e dentes, no mesmo Hospital, foi encerrada.

\*  
\*

### Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na última sessão do ano académico da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, a que presidiu o Dr. Tiago Marques, foi feita, pelo Dr. Sacadura

Falcão, uma comunicação sôbre respiração bucal patológica, conseqüência de impedimento da respiração nasal por adenóides. Falaram sôbre a comunicação os Drs. Pereira Varela, Tiago Marques e Ferreira da Costa.

O Dr. Tiago Marques apresentou um caso de quisto da maxilar inferior e outro de empiema dô seio maxilar esquerdo por infecção do primeiro molar.

Civis de Lisboa

O H.ºl.º Costa Sacadura, director do serviço de Obstetricia dos Hospitais Civis foi encarregado de um comitê de estudo de serviço, estudar a organização e a execução das operações de assistência ás mães e recém-nascidos em Espanha, França, Bélgica e Suíça.

### Conselho Superior de Higiene

Foi publicado um decreto que fixa as attribuições do Conselho Superior de Higiene. Segundo êle, o Conselho reúne, obrigatoriamente, todas as semanas, assistindo a essas reuniões o presidente técnico, o vogal perpétuo, o director geral e oito vogais de nomeação. As sessões plenárias, que se realizam de 1 a 7 de Dezembro de cada ano, assistem, também, os vogais extraordinários.

— Ainda o Dr. Tiago Marques foi nomeado para estudar a organização do serviço de higiene em Portugal.

— Foram nomeados assistentes de serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa os Drs. Adelino José da Silva Martins e Armando Formigal Lages, e assistentes de serviço de Radiologia dos mesmos hospitais os Drs. António Augusto Fernandes e António Augusto Fernandes.

### Saúde Naval

Tomou posse do lugar de presidente da Junta de Saúde Naval o capitão de fragata médico Dr. António Augusto Fernandes.

Foi exonerado a seu pedido de director da Escola de Saúde Naval o Dr. Luis de Sousa Aguiar.

### Missão de estudo

Os Prof. Lopo de Carvalho e Ferreira de Mira foram a França, Suíça, Alemanha, Dinamarca, Holanda e Bélgica, onde visitaram os Institutos de Investigação para Ciências Biológicas.

### Saúde Pública

Foi exonerado de sub-inspector da Estação de Saúde da Ilha das Flores o Dr. Vicente da Costa e Melo, e nomeado para o substituir o Dr. Jaime Artur de Oliveira Rebêlo Veloso Osório.

\*  
\* \* \*

### Sanidade Marítima

Visto que não tornaram a registrar-se casos de febre amarela no Brasil, foram suspensas as medidas sanitárias a que eram sujeitos todos os barcos provenientes daquele país.

\*  
\* \* \*

### Epidemia de Vagos

O Dr. José Rito, sub-inspector de saúde do conselho de Ilhavo, e o Dr. Augusto Bibelo, médico municipal de Vagos, foram louvados pela dedicação e espírito de sacrifício no combate da epidemia de Vagos.

\*  
\* \* \*

### O ensino da Medicina Legal

Pelo Conselho Médico-Legal foi apresentada uma exposição ao Ministério da Justiça acêrca do ensino prático da medicina forense aos alunos das Faculdades de Medicina e Direito, e ainda sôbre as entidades que devem assistir aos exames.

O Conselho envia, também, a nota das dificuldades que tem encontrado no desempenho das suas funções.

\*  
\* \* \*

### Conferência da Doença do Sono

O delegado de Portugal à Conferência da Doença do Sono em Genebra é o coronel médico Dr. Damas Mora.

\*  
\* \* \*

### Bólsas de estudo

No *Diário do Governo* foram publicadas, pela Junta de Educação Nacional, as condições do concurso para bólsas de estudo a investigadores no estrangeiro e no país.

\*  
\* \* \*



**Dr. Carlos França**

No dia 18 de Agosto último a junta de freguezia de Colares fez descerrar solenemente uma lápide dando ao antigo Largo da Igreja o nome do Dr. Carlos França.

**Necrologia**

Faleceram, em Lisboa: o coronel-médico Dr. Alfredo Vieira, o Dr. Armando Sacadura Falcão e o Dr. João Lindolfo Bravo; em Gaia: o Dr. Paulo Marcelino Dias de Freitas; e no Estoril: o Dr. Samuel Augusto Pessoa.

**O ensino da Medicina Legal**

Pelo Conselho Médico-Legal da Universidade de Lisboa, em 1911, foi criada a cadeira de Medicina Legal, sendo para a mesma nomeado Dr. Alfredo Vieira, coronel-médico, que, por falecimento do Sr. Vieira, foi substituído pelo Sr. João Lindolfo Bravo, Dr. Armando Sacadura Falcão e Dr. Paulo Marcelino Dias de Freitas, e, por falecimento do Sr. Bravo, pelo Sr. Samuel Augusto Pessoa.

**Conferência da Doença do Sono**

O delegado de Portugal e Conferência da Doença do Sono em Génova, o coronel-médico Dr. Duarte Moraes.

**Bolsas de estudo**

No Diário do Governo foram publicadas pelo Sr. Ministro da Instrução Pública, as condições de concessão de bolsas de estudo a estudantes estrangeiros e no país.





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

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



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos

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

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos.

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.  
Crianças:  $\frac{1}{2}$  dose

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

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



# JEMALT

Oleo de fígado 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 pharmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de fígado 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 fígado de bacalhau.*

*Dr. O. H. V.*

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30 % de oleo de fígado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de fígado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrofulosas, rachiticas ou fracas que precisem de oleo de fígado de bacalhau mas que o recussem, 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 Correios, 41-2.<sup>o</sup> — LISBOA

*Amostras e literaturas á disposição dos interessados*

Sala  
Est.  
Tab  
N.º