

Ano VII

N.º 6º

Junho de 1930



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

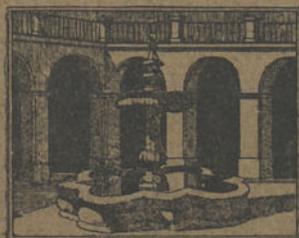
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduarda Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

3, Boulevard St-Martin Paris — v. 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 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA NOVA DA TRINDADE,

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.^o 90

Película EASTMAN

para Raios X
Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso consideravel, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade E' absolutamente insensível ás marcas de fricção

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos:

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

Telefone Trindade 2525

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com arsénio - brometo de cálcio - cálcio - ferro inorgânico - ferro e arsénio - gaiacol - iodo - silício - silício e cálcio - silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROT

Capsulas contendo a totalidade dos principios activos.

(Glucosidos e Alcaloides),
tirados por um processo especial

do **BUGCHU**

Todos os outros preparados de *Bucchu* (Extrahidos, Infusões, Pílulas, Xaropes) são inactivos.

Na *Blennorrhagia* faz seccar a purgação dentro de alguns dias e **supprime** em poucas horas as *dôres agudas da micção*.

Na *Cystite*, **acalma** o espasmo e o **tenesmo** ou **repellões** tão dolorosos d'esta *afecção*.

No *Catarrho vesical*, torna a *urina impuretável*; muito util para os *prostaticos*, que *esvaziam mal a sua bexiga*.

A **DISMINE FAVROT** não produz erupção e nem irrita o tubo digestivo nem os rins, como fazem a *Copahiba*, as *Cubebas* e o *Sandalo*.

Dose : 3 capsulas pela manhã, 3 ao meio-dia, 3 ao deitar.

A **DISMINE FAVROT** foi experimentada com êxito em *Paris*, no *Hospital Saint-Louis*, e em *Saint-Lazare*.

Laboratorios Doutor **H. FERRE**

Doutor em Medicina, Pharmaceuticos de 1ª Classe,
Laureado (Medalha d'Ouro) da Sociedade de Ph^a de Paris,
6, Rue Dombasle, Paris.

TERMOMETROS

Negretti & Zambra

E' uma marca de Termometros clínicos de tódã a confiança. Para se poder avaliar da precisão absoluta dos Termometros da referida marca, basta afirmar a V. Ex.^a que foi a firma **Negretti & Zambra**, de Londres, a única inventora da coluna fixa á temperatura do doente, no ano 1861. A sua coluna inquebrável e muito visível também é especialidade da firma **Negretti & Zambra**. Quando V. Ex.^a experimentar esta marca não mais quererá outra. Vendem com garantia tódãs as farmácias, drogarias, casas de instrumentos cirurgicos e outras da especialidade.

Representante **A. G. Alvan**
 Rua da Madalena, 66, 2.º LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$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.

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

da fábrica ALLEN & 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**Diat** — para dispepticos e velhos**Biscoitos** — maltacos, para o desmame**Farinha** — para diabéticos, etc.**Oleo de Fig. de Bac.** — com leite (Tyndal)**Parafina** — contra prisão de ventre**Extracto de Malte** — puro Torch**Pastilhas** — mentol, eucalipto, etc.**Biberons** — o melhor modelo**Sabonetes** — Baby Soap, para rétes finas**Carne líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de ricino, etc.****APRECIADOS PELOS MÉDICOS
PREFERIDOS PELA ELITE****Folhetos, tábeas e impressos aos Ex.ªs clinicos****TERMÓMETROS****HICKS****GARANTIDOS****CLÍNICOS**marca  registada**GENUÍNOS****USADOS**pelo HOSPITAL DA MARINHA, pelos MÉDICOS,
pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.**A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo****PUREZA, POTENCIA**

e

INALTERABILIDADE**GARANTIDAS****SÃO** as características da supremacia
e os fundamentos do apreço mundial da**INSULINA "A. B."****APROVADA**pelo Ill.º Prof. Dr. ERNESTO ROM-
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
pela MISERICÓDIA DE LISBOA

e a de maior venda em Portugal

Frasquinhos de 5 c. c (100 un. ou 10 doses)

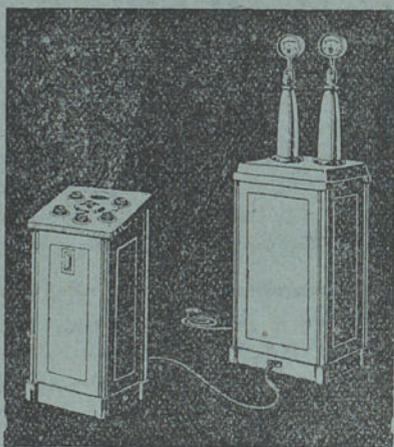
» » 5 c. c. (200 » » 20 »)

» » 25 c. c. (500 » » 50 »)

Folheto de 40 páginas **GRÁTIS** aos Srs. médicos.**FABRICANTES UNIDOS:****ALLEN & HANBURY S., LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.**

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

Sub-Agente no PORTO: M. P. SILVA, LOIOS, 36, Telefone 701



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

Os melhores
aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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



DOCTOR

Quando se trata de recetar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel?

Nesse caso recete o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma acção tao eficaz quanto agradável é tomal-o.

Amstras a disposição dos Ex^{mos} Srs. Medicos

Representante:

LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.^o

LISBOA

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
Muito eficaz contra a
ASTHMA
Catarrho — Oppressão
todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.
35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
8, Rue Dombasle, 8
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

Sempre que a Deplecção é Superior

como nas

Admites cervicais ou Inguinais

Complicações mamarias

Inflamações da Viscera Abdominal

a

Antiphlogistine

está indicada.

Aplicada sobre a região inflamada, tão quente quanto o doente a possa suportar, a **Antiphlogistine**, em virtude da sua notável acção higroscópica, serve para esvaziar o alargamento das glândulas, alivia a inchação e a dôr e ajnda materialmente ao bem estar do doente. Éste simples tratamento, inteiramente incompatível com os medicamentos internos, obtem dia a dia resultados cada vez mais satisfatórios. O mundo inteiro emprega esta aplicação, a principal na profissão médica, o que evidencia bem os seus méritos.

Para
a. nostras e
literatura



basta
escrever
a

The Denver Chemical MFG. Co.,
163, Varick Street — New York

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S. Caes do Sodré, S

LISBOA

S P E T O N

PODEROSO DESINFECTANTE VAGINAL

**O protector ideal
para as mulheres**

conhecido desde ha
mais de 25 anos

Fabricante: Temmler Werke
BERLIN — JOHANISTHAL

Deposítarios exclusivos:

Henrique Linker, Ltd.^a
Rua de D. Pedro V., 32 a 36
LISBOA **Telefone Trindade 2525**



SINNODIN

DR. BAUER

**a terapeutica das enfermidades
reumáticas e inflamatórias**

INJEÇÃO INTRA-VENOSA OU INTRA-GLUTEAL
INDOLOR, PARA OS DIFERENTES PROCES-
SOS REUMATICOS E INFLAMATORIOS, GOTA,
NEURALGIAS, MIALGIAS E IRITE.

SINNODIN não contém nenhum anestésico
Caixas com 6 ampolas de 2,1 c. c.

FABRICANTE: CHEMISCHE FABRIK MILKA G. m. b. H., Altona-Hamburgo

Amostras e literatura fornecem os agentes exclusivos para Portugal

HENRIQUE LINKER, L.^{DA} :- 32, Rua de D. Pedro V, 34
LISBOA **Telefone Trindade 2525**

2 novidades em vacinoterápia

Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

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

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



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

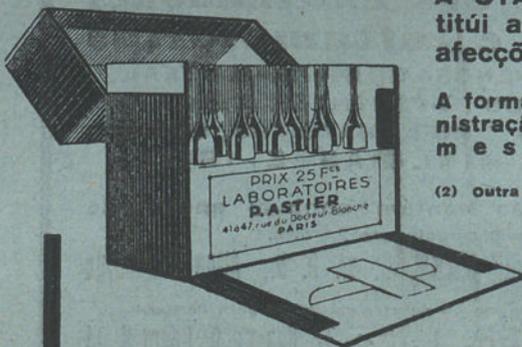
stalysine

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

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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



Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Contribuição para o estudo dos sarcomas dos ossos</i> , por Custódio Cabeça, Luís Adão e Bernardo Vilar	pág.	279
<i>O tratamento das hemiplegias com contractura pela «Dielectrólise» ou «Ionização»</i> , por Francisco Formigal Luzes.	»	301

Notas clínicas

<i>Considerações sobre a reacção de Maki Takata-Kiyoshi Ara na doença do sono</i> , por Waldemar Gomes Teixeira	»	315
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	318
<i>Noticias & Informações</i>	»	1.III

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DOS SARCOMAS DOS OSSOS

POR

CUSTÓDIO CABEÇA

Professor catedrático de clinica cirúrgica

LUÍS ADÃO
Professor auxiliar

e

BERNARDO VILAR
Assistente

(Continuação do número anterior)

MIELOMAS

A medula é o tecido mole que preenche as grandes cavidades dos ossos compridos e as cavidades areolares dos ossos curtos e chatos. Pode apresentar três côres ou aspectos diferentes:

- 1) Vermelha no feto; em todos os ossos chatos, nas epífises proximais dos ossos compridos, nas costelas, no esterno e nas vértebras;
- 2) Amarela, própria da diáfise dos ossos compridos, aparecendo poucos meses depois do nascimento e conservando-se pela vida fora com maior ou menor deposição de gordura;
- 3) Gelatinosa, descorada (mistura de amarelo e branco), que se encontra nos velhos, nos enfraquecidos e principalmente nos caquéticos.

Em qualquer dêstes seus aspectos a medula é formada por um retículo ou estroma de sustentação, que se prende à túnica adventícia dos vasos e ao revestimento interno das cavidades

ósseas, que forma o endósteo. Ao retículo estão ligadas células estreladas e células fusiformes. As células gordas, que são em maior número, derivam das células estreladas (estado a que regressam por perda da gordura), e servem para ocupar espaços vazios.

Há ainda os vasos sanguíneos, artérias e veias em continuação dos vasos nutritivos, dividindo-se em muitos capilares, de que os venosos são os mais importantes pelo número e calibre irregular e com a parede constituída por um simples endotélio ligado ao retículo. Normalmente não se conhecem linfáticos, só apontados e descritos no raquitismo e em outras incidências patológicas.

Fisiologicamente, sabe-se que a medula produz os glóbulos brancos e vermelhos. Nestas condições conhecem-se naturalmente aspectos diferentes segundo a natureza dos elementos predominantes na corrente sanguínea. E assim descreve:

- 1) *a medula eritoblástica*, de côr vermelho-escura;
- 2) *a medula linfática*, de côr amarelo-claro;
- 3) *a medula mielocitária*;
- 4) *a medula mieloblástica*.

Estas variantes reflectem a composição do sangue, e por isso uma análise dêste poderá revelar-nos aproximadamente as características da estrutura medular.

Em resumo, e para comodidade de estudo, fixemos que na medula se encontram:

- 1) *células endoteliais na estrutura dos vasos*;
- 2) *eritrócitos*;
- 3) *linfócitos e suas variedades*;
- 4) *células estreladas e fusiformes do retículo*;
- 5) *osteoblastos*.

*

* *

Anatomia patológica. — A medula dá logar à formação de tumores em focos diferentes no mesmo osso e mais tarde até em ossos diferentes. Têm esses tumores uma forma esférica, ovóide ou sensivelmente cilíndrica e um volume, que poderá os-

cilar entre o de uma ervilha até o de uma azeitona grande. Os nódulos neoplásicos entram a esbater-se pela medula próxima, até que esta então se revela normal. O osso compacto é corroído e o perióstio irritado reage e forma camadas delgadas de osso novo sobrepondo-se em pequena espessura, mas não impedindo todavia que o córtex se não rompa finalmente. Esta variedade de tumor tem, porém, pouca ou nenhuma tendência a invadir os tecidos circunvizinhos. As múltiplas localizações de três casos, que seguimos dia a dia até o falecimento do doente, claramente o demonstraram (obs. 1, 2 e 3). Irregular e deformada é a superfície externa do osso — que privado de consistência entra por fim a curvar-se e acaba por se fracturar ou ficar tão mole, que numa autópsia o podemos cortar com uma faca ou esmagar até com os dedos. A medula neoplásica adquire uma cor cinzenta, vermelho-acinzentada ou vermelho-escura e isto por efeito do desenvolvimento vascular, tornando-se mesmo nalguns casos pulsátil (doente da obs. 5), outras vezes mostra pigmentações, degenerescências e cavidades cheias de um líquido hemorrágico.

Os elementos celulares, que proliferando dão lugar à formação dos mielomas, são os mononucleares não granulados e os *plasmazellen* constituindo quatro ou cinco variedades conforme os autores :

- 1) *plasmocitomas* ;
- 2) *linfocitomas* ;
- 3) *mielocitomas* ;
- 4) *eritroblastomas* ;
- 5) *leucocitomas*.

Histologicamente encontram-se grandes e pequenas células redondas ou ovais (tornando-se algumas poliédricas pela pressão recíproca) e células fusiformes. Os núcleos são pequenos e excêntricos; algumas células são multinucleadas não havendo substância intercelular e com o estroma pouco abundante.

Referindo-nos agora às variedades acima apontadas teremos :

- 1) *plasmocitoma*, contendo *plasmazellen* ;
- 2) *linfocitomas*, de estrutura semelhante ao tecido linfóide; a medula revela nestes casos uma cor cinzento-clara ou branca; dão

metástases nos outros ossos e nas vísceras; propagam-se por continuidade das costelas à pleura, ao pulmão e até mesmo aos músculos;

3) *mielocitomas* ou mieloblastomas de Rustitzky, desenvolvendo-se na medula vermelha em especial e tomando a côr vermelho-escura pela abundância vascular e pelas hemorragias com freqüentes zonas de necrose central. Os mielocitomas múltiplos dão geralmente o ôsso malhado (obs. 1 e 2), mas podem também apresentar a forma difusa e estenderem-se a toda a medula de um ôsso comprido;

4) *eritroblastomas*, contendo hemoglobina;

5) *leucocitomas*, contendo leucócitos mononucleares.

São tumores muito raros, que podem encontrar-se no húmero e no fémur em toda a extensão da cavidade medular, na metade superior dos ossos da perna e do antebraço, nas vértebras, nos ossos chatos, esterno, costelas e crânio.

Conhecem-se poucos mielomas desenvolvidos nos ossos das mãos ou pés (obs. 1). Os anátomo-patologistas foram os primeiros que os estudaram. Rustitzky em 1873, Recklinghausen e Zakn em 1885. Depois veio o primeiro estudo clínico feito por Kahler em 1889 e por isso êste morbo é conhecido nos livros alemães com o nome de *doença de Kahler* (obs. 6). Embora êsse estudo clínico e os seguintes fôsem bem feitos a verdade é que, até o emprêgo do raio X, o seu diagnóstico só se fazia em uma fase adiantada da evolução, já generalizado o tumor; ou quando muito nas autópsias.

O seguimento dos mielomas é diferente na medula vermelha dos ossos chatos ou na medula amarela dos ossos compridos. Dos nossos casos o terceiro e o quinto começaram nos ossos do crânio, o primeiro no fémur e o segundo no húmero. Os mielomas da medula vermelha começam nos ossos do crânio e em especial na abóbada; os ossos atacados maceram-se, adelgaçam-se, fazem covas e acabam por se destruir, abrindo buracos e chegando a atingir o volume de uma tangerina ou laranja e mostrando-se pulsáteis por vezes (fig. 16). Nas costelas (fig. 13) parecem formar-se grandes quistos de paredes muito delgadas. Não se fracturam, decerto, estes ossos pela protecção mútua da grelha costal; mas tanto amolecem o esterno e as costelas, que se

LISBOA MÉDICA

DRYCO

O único leite em pó tratado pelos raios ultra-violeta

■
O leite ideal para a
alimentação infantil

Contém todos os elementos indispensáveis
para que as crianças se nutram e desen-
volvam em condições sãs e vigorosas.

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

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

▼
Pedir amostras e literatura aos de-
positários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9, 1.º

L i s b o a



LISBOA MÉDICA

Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e muscu-
lares. Insonia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA

CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amstras e literatura:
CATULLO GADDA
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos, Ciba' em Portugal.

torna fácil enrolá-los como sendo de cartão (obs. 1). O corpo das vértebras achata-se; algumas chegam até quasi a desaparecer, de modo que a coluna reduzida em comprimento forma um arco de raio mais ou menos fechado (fig. 6).

Os mielomas da medula amarela dos ossos compridos atingem muito freqüentemente as diáfises num desenrolar semelhante, embora contudo não igual à dos ossos chatos. Não há escavações — nem buracos regulares; ressaltando antes a impressão de atrofia do córtex, de uma forma irregular, que pode ir até a perfuração, irritando por fim o perióstio e provocando a formação de camadas ossificadas desigualmente e que vão resistindo até a fractura (fig. 9). O mieloma é, ou torna-se, em breve múltiplo e natural é perguntar se essa multiplicidade é sinónimo de metástase ou se se trata antes duma lesão sistemática do aparelho hemopoético. Alguns mielomas limitam-se à medula dos ossos, outros invadem o baço, o fígado, o sangue (órgãos onde se apresenta também a leucemia e a pseudo-leucemia), mas com uma diferença para estas doenças em não haver enxerto de células neoplásicas destacadas dum foco considerado principal.

*

* *

Estudo clínico.

- 1) O traumatismo pode ter existido;
- 2) Os homens são mais atacados e na idade dos 40 aos 60 anos (há contudo um caso apontado aos 26 anos numa mulher e outro aos 72 anos num homem);

3) A localização pode dar-se num osso ou em vários ossos ao mesmo tempo; com um estado geral bom o doente começa a sentir dores nos membros inferiores, principalmente nas coxas; grande cansaço, como se se tratasse de reumatismo. Passado um mês ou dois meses de sofrimento o doente melhora, volta a trabalhar durante algum tempo, embora com menos actividade. Sem causa aparente ou a seguir a um traumatismo, a uma queda, as dores reaparecem mais intensas, propagando-se à região lombar e aos membros superiores. Inicia-se a febre, o estado geral decai e o doente emmagrece, perde a côr, torna-se anémico, embora a análise do sangue seja ainda pouco alterada. Mais tarde a temperatura desce então abaixo da normal, a fraqueza não lhe per-

mite mais levantar-se, dando agora a análise de sangue uma anemia progressiva e um aumento de mielócitos;

4) O baço hipertrofia-se assim como os gânglios linfáticos ingüinais e axilares;

5) Neste período vêm deformações ósseas e fracturas espontâneas; o doente diminui de estatura pelo achatamento dos corpos vertebrais e há compressões nervosas indo até a paraplegia;

6) Caquexia e morte, que os primeiros clínicos fixaram em 6 a 18 meses, mas que está hoje provado que pode ir até 10 anos;

7) A urina destes doentes apresenta às vezes uma reacção interessante a que se dá o nome de *corpo de Bence-Jones*. Juntando à urina do doente umas gotas de ácido nítrico ou de cloreto de sódio, e aquecendo entre 50° a 60°, forma-se então um precipitado leitoso, branco-amarelado, que se desvanece para além dos 60° e volta a refazer-se quando a urina passa outra vez por essa mesma temperatura, e de novo desaparecendo com o resfriamento. Este precipitado é amorfo ao microscópio e adere à parede dos tubos de ensaio;

8) Os órgãos das cavidades (fígado, rins, amígdalas) podem ser atacados e até mesmo a pele.

Apesar de um tão longo quadro sintomático só o emprêgo do raio X permitiu fixar-se o diagnóstico; os ossos doentes apresentam-se malhados e tais malhas são devidas à diferença de densidade da medula. Estas malhas são fáceis de ver em todos os ossos chatos ou compridos, excepto nos corpos das vértebras. Para a diagnóse todavia neste ósso há então um outro sinal muito importante e é o esmagamento dos corpos e dos discos intervertebrais; tal verificação suspende de facto qualquer dúvida. A tuberculose, uma metástase carcinomatosa ou sarcomatosa destroem o corpo da vértebra; o sarcoma mielóide amolece-o e deixa que, pelo pêso supra-jacente, se esmague. É por isto mesmo que os doentes diminuem progressivamente de estatura. As fracturas dos ossos doentes podem fazer calo, muito volumoso às vezes, mas sempre mole por calcificação deficiente.

Segundo Naegeli não há um único caso de mielomas com a fórmula sanguínea da leucemia. A existir esta o tumor é o cloroma. As anemias apontadas são:

Arneth	Hemoglobina	42 0/0	Eritrócitos	2.400.000
Seegelken	»	70 0/0	»	4.000.000
Weber	»	23 0/0	»	2.980.000
Jellinek	»	30 0/0	»	4.100.000
Ellinger	»	40 0/0-45 0/0	»	2.080.000
Micremet	»	—	»	1.070.000
Parkes Weber	»	23 0/0		

Os leucócitos encontram-se pouco alterados e às vezes existe mesmo uma ligeira leucocitose.

Os nossos doentes tinham :

Doente 1	Hemoglobina	52 0/0	Eritrócitos	2.080.000
» 2	»	67/87 0/0	»	3.424.000
» 3	»	70/90 0/0	»	3.776.000
» 5	»	75/72 0/0	»	4.032.000

As últimas análises dos 3 primeiros doentes foram feitas poucos dias antes da morte.

*

* *

O prognóstico é fatal. A duração da doença é variável desde alguns meses a 10 anos. O que urge todavia é conhecer-se quando foi feito o diagnóstico e se mesmo a doença já não existiria há muito mais tempo.

*

* *

O tratamento é apenas sintomático, porque processos curativos não existem. A amputação e desarticulação dum osso comprido num doente de mieloma só estaria indicada quando fôsse possível asseverar — tratar-se de um tumor único. ? Quando se poderia fazer, em verdade, uma tal afirmação ? Nós julgamos que nunca. Iremos pois aliviando as dores, tratando as fracturas e usando a instante higiene, que estes doentes precisam. Mais nada lhe poderemos honestamente proporcionar.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I. — Capitolina B., 47 anos, doméstica, Lisboa.

Desde Outubro de 1924 que a anca direita é dolorosa. Em Janeiro de 1925 a marcha torna-se difícil, porque qualquer movimento do membro inferior direito era cada vez mais doloroso. Em 2 de Maio de 1925 fracturou o fémur direito no terço superior sem queda nem traumatismo directo, o que a levou a internar-se na 2.^a Clínica Cirúrgica. É uma doente magra, pálida, com a língua húmida e saburrosa. A coxa direita, bastante mais curta do que a esquerda cêrca de 10 cm.; apresenta na parte superior um tumor duro, ósseo, com o volume de dois punhos, notando-se no limite inferior uma mobilidade exagerada do fémur. A pele supra-jacente à neoplasia tem a côr normal, algumas veias bastante dilatadas e não revela aumento de temperatura. Em 1920 foi operada na mama direita; extirpação incompleta porque se encontraram nódulos glandulares na parte supero-externa. Não foi possível determinar a natureza da lesão operada (mastite fibrosa?).

Análises de sangue:

	17-VI-926	6-I-927	13-VI-927
Hemoglobina	70 %	87 %	67 %
Glóbulos rubros	4 000.000	4.416.000	3.712.000
Glóbulos brancos.....	7.200	14.200	15.600
Linfócitos	50,5	52	46
Neutrófilos	44	42	48
Eosinófilos	0,5	1	0,5
Basófilos	2	0,5	2
Formas de passagem.....	3	2,5	2
Mielócitos.....	0	0,5	c

Análise de urinas em 10-I-1928:

Densidade	1012
Ácida	
Cloretos	8,76
Úreia	8,75
Alguns cristais de ácido úrico; não há Bence-Jones.	

Durante meses a temperatura oscilou entre 36,2 de manhã e 37,4 à noite, marcando às vezes em dias afastados 38°, 38,2 e 38,5 sem aparente explicação.

A estatura desta doente vem a diminuir, para o que muito contribui a gibosidade dorso-lombar que lhe permite juntar a cabeça com os joelhos. Há

pequenos gânglios, duros, na fossa ilíaca esquerda e na região cervical. Não se encontra volume maior do fígado ou baço.

As dores são o sintoma que agora e sempre mais a tem apoquentado, uma vezes generalizadas outras vezes especialmente localizadas ao fêmur esquerdo, sendo então necessário recorrer à aspirina. Tomou muitos gramas de morfina sempre em poção. Conserva o apetite e o funcionamento do aparelho gastro-intestinal é regular.

As radiografias mostram a forma clássica dos ossos malhados com invasão progressiva de quasi todos os ossos e cada vez mais extensa.

1) Crânio: frontal e parietais; pouco o occipital; algumas manchas fazem relêvo sob o periósteo;

2) Coluna: corpos vertebrais descalcificados irregularmente, bem como as costelas. Na região lombar a descalcificação é muito mais acentuada e a 1.^a, 3.^a e 5.^a vértebras estão deformadas;

3) O ilíaco esquerdo em Junho de 1926 estava descalcificado na asa e menos no púbis e isquion; em Janeiro de 1927 a descalcificação progrediu. A asa quasi se não vê e o púbis e o isquion apresentam grandes manchas arredondadas ou ovulares. No ilíaco direito as lesões são ainda mais acentuadas;

4) Claviculas, húmeros e parte superior dos cúbitos e rádios estão malhados e às vezes engrossados;

5) Do fêmur direito pouco se vê mesmo na metade superior, onde está o calo de fractura; no fêmur esquerdo há grandes manchas e no tærço inferior na face antero-interna nota-se uma falha que a palpação mostra ser bastante dolorosa e estar cheia duma substância mole. Noutros pontos as manchas estão em contacto com as partes moles em tórno do fêmur;

6) Nos ossos das extremidades dos membros não se encontraram manchas

Em Outubro de 1928 fracturou, mesmo deitada na cama, o fêmur esquerdo, transversalmente, como já o fizera no fêmur direito, e logo acima da falha dolorosa supracitada.

Esta é a situação da doente em Novembro de 1928, com pouco mais de 4 anos de duração dos seus mielomas.

Exame do sangue em Janeiro de 1929:

Hemoglobina.....	75 %
Glóbulos rubros.....	3.424.000
Glóbulos brancos	11.600
Linfócitos	54,5
G. mononucleares	2
Formas de passagem	3
Neutrófilos	36,5
Eosinófilos	3
Basófilos	1

O fêmur consolidou com um calo volumoso e duro, que lhe permitiria apoiar-se e andar. Em 3 de Junho uma lipotimia, que cede a óleo canforado,

caféina e balões de oxigénio. Sensação de estrangulamento na garganta — muitos gânglios pequenos no pescoço. Em 5 de Maio de 1929 fractura o humero direito, que não consolida nem faz calo algum. Morte em 24 de Junho de 1929.

*
* * *

AUTÓPSIA

Não se abriu a cavidade crâniana, por pedido da familia.

- 1) Esterno pequeno, muito deformado, duro;
- 2) Costelas deformadas, moles;
- 3) Coração normal em volume e côr; com uma placa de pericardite na ponta do ventrículo esquerdo, 0^m,002 de espessura;
- 4) Pulmão direito e pleura, normais;
- 5) Aderência completa da pleura esquerda, sínfise, pulmão pequeno, descolorado;
- 6) Não há gânglios;

CAVIDADE ABDOMINAL

- 7) Fígado de côr e volume normais; nódulos duros, branco-amarelados na extremidade do lobo direito; cálculos da vesícula (análise);
- 8) Baço muito pequeno (57 grs.); nódulo duro no hilo; côr e consistência normais;
- 9) Intestinos, rins, normais; pequena hidronefrose no rim esquerdo;
- 10) Útero e ovário esquerdo normais; tumor duro, papilar, do ovário direito;
- 11) Não há gânglios;
- 12) Fémur direito pequeno, duro, muito deformado;
- 13) Fémur esquerdo, fractura no têrço inferior, consolidada; topos sobrepostos;
- 14) Húmero direito — fractura no têrço superior sem vestígios de calo — fractura antiga do têrço médio em baixo, consolidada, óssea;
- 15) Coluna vertebral muito deformada e consistente, não sendo fácil explicar como a doente juntava a cabeça com os joelhos (Figs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

OBSERVAÇÃO II. — Agostinho P. G., 61 anos, carvoeiro.

Sempre saudável até há 26 meses, após o que começou a sentir dores na região lombar esquerda melhoradas inicialmente com aplicações quentes. Esta terapêutica mostrou-se inactiva de futuro. Mais tarde as dores apareceram também no lado direito. Segue-se um período de acalmia (sete meses), reaparecendo e então se generalizaram ao tórax, aos membros superiores e inferiores; com uma maior acuidade de noite e na cama. A marcha tornou-se finalmente impossível pelas dores que provocava e pelo enfraquecimento muscular.

Em Novembro de 1927, ajudado a sentar-se na cama, sentiu súbitamente uma dor forte no terço superior do braço direito, seguida de impotência funcional do membro, porque se produzira uma fractura pelo colo anatómico do húmero. Radiografia (fig. 9).

Tem emmagrecido muito, com inapetência, pele e mucosas descoradas. Caquexia.

Exame de sangue em 5 de Dezembro de 1927, com 27 meses de doença:

Hemoglobina.....	52 %
Glóbulos rubros.....	2.080.000
Glóbulos brancos.....	6.400
Linfócitos.....	29
Neutrófilos.....	67
Eosinófilos.....	1
Ureia no sangue.....	0,614 %

Exame de urinas:

1.300 cc. densidade...	—	1011, alcalinas.....	—
Ureia.....	12,75	Serina.....	1,5
Cloretos.....	2,92	Glicose.....	não tem
Acetona.....	não tem	Bence Jones.....	»
Indican ..	tem		

Sedimento muito abundante de fosfatos amónio-magnesianos; cilindros hialinos, granulosos e cristais de ácido úrico

Radiografia mostrando nódulos ou manchas de volume variável:

- 1) Crânio, no frontal, parietais e occipital;
- 2) Vértebras muito manchadas e o corpo das 8.^a e 9.^a dorsais deformado e achatado;
- 3) Costelas quasi apagadas, só visíveis na parte correspondente ao arco posterior e malhadas;
- 4) Iliacos malhados, só visíveis nos contornos. A asa do ilíaco direito desapareceu;
- 5) Os ossos dos membros superiores são mais lesados do que os inferiores e os do lado direito mais do que os do esquerdo. O húmero direito é o mais doente: malhado em toda a extensão, algumas das malhas parecem perfurar o periosteio e formar à superfície pequenas saliências dolorosas à pressão. As epífises são menos tocadas. No colo anatómico há uma fractura quasi transversal com encravamento. A extremidade da clavícula e a omoplata são transparentes. Os ossos do antebraço direito estão menos doentes, apresentando o rádio ainda no terço superior descalcificação e manchas. No membro superior esquerdo há lesões análogas às apontadas mas em menor grau;
- 6) Coxa valga direita, descalcificação intensa das extremidades superio-

res dos fêmures; diáfises malhadas quasi igualmente dêsse e outro lado; tíbias e peróneos pouco descalcificados e muito pouco malhados;

7) Ossos das extremidades (mãos e pés) pouco descalcificados e sem manchas;

8) Forma da coluna vertebral; cifose na região dorsal, formando arco entre a 7.^a e a 10.^a costelas;

9) Diminuição da sensibilidade táctil nos dois membros inferiores.

Depois da entrada na enfermaria da 2.^a Clínica Cirúrgica, a 10 de Dezembro de 1927, a caquexia progrediu vivamente, enfraquecendo cada vez mais Incontinencia dos esfínteres. Morte em 15 de Janeiro de 1928 com 28 meses de doença.

*

* * *

RESUMO DA AUTÓPSIA

Edema dos membros inferiores; escaras de decúbito no cotovêlo direito, parte média da região dorsal e da região sagrada.

Clavícula direita fracturada, esterno e costelas tão moles que se deixam dobrar como cartão.

Coxa vara direita e a cavidade cotiloídea perfurada; ao dissecar o fémur a faca degola-o separando a cabeça pelo colo anatómico — a medula de côr vermelha e muito mole.

Os corpos das vértebras cortam-se à faca e assim separámos a parte que foi guardada.

O húmero direito apresenta a fractura alta do têtço superior já revelada pela radiografia.

A autópsia das cavidades não pôde ser feita com a devida técnica, por razões alheias à nossa vontade. A cavidade craniana não foi aberta e a extracção dos ossos (existentes actualmente no nosso laboratório) teve de ser convenientemente disfarçada.

Na cavidade pleural direita havia um nódulo com o volume duma azeitona grande, colocado junto da fenda interlobar e aderindo à pleura e à superfície pulmonar.

Na cavidade abdominal tiraram-se bocados de metástases no fígado, rins, baço, de que se fizeram preparações histológicas, bem como duma metástase muscular e da medula óssea dos fêmures.

Resultados dessas análises:

1) Medula óssea: abundantes elementos mielocíticos, na maior parte células redondas de núcleo arredondado central, algumas vezes excêntrico e com o diâmetro de 6 a 12 microns; há também muitos hematoblastos e células gigantes (osteoblastos). O diâmetro do núcleo é sensivelmente metade do diâmetro da célula. A medula está muito congestionada e há focos hemorrágicos e bastantes espaços cheios de gordura;

2) Músculo: células redondas pequenas e de pequeno núcleo; algumas cé-

FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinacao nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO
AGRÁVEL) toma-se no meio das refeições, waqua, no vinho ou outro liquido recepto e fevel)

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

STAPHYLASE do D^r 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^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

YODALGON

COM ARRENAL

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

XAROPE MUITO AGRADAVEL DE TOMAR

Artritisimo, Escrofulose, Arteriosclerose, Linfatismo, Tuberculose e Doenças da pele.

RECONSTITUINTE DE EFEITO SEGURO NAS CRIANÇAS

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

Depositos para Portugal e Colonias Gimenez-Salinas & C^o, Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o - Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

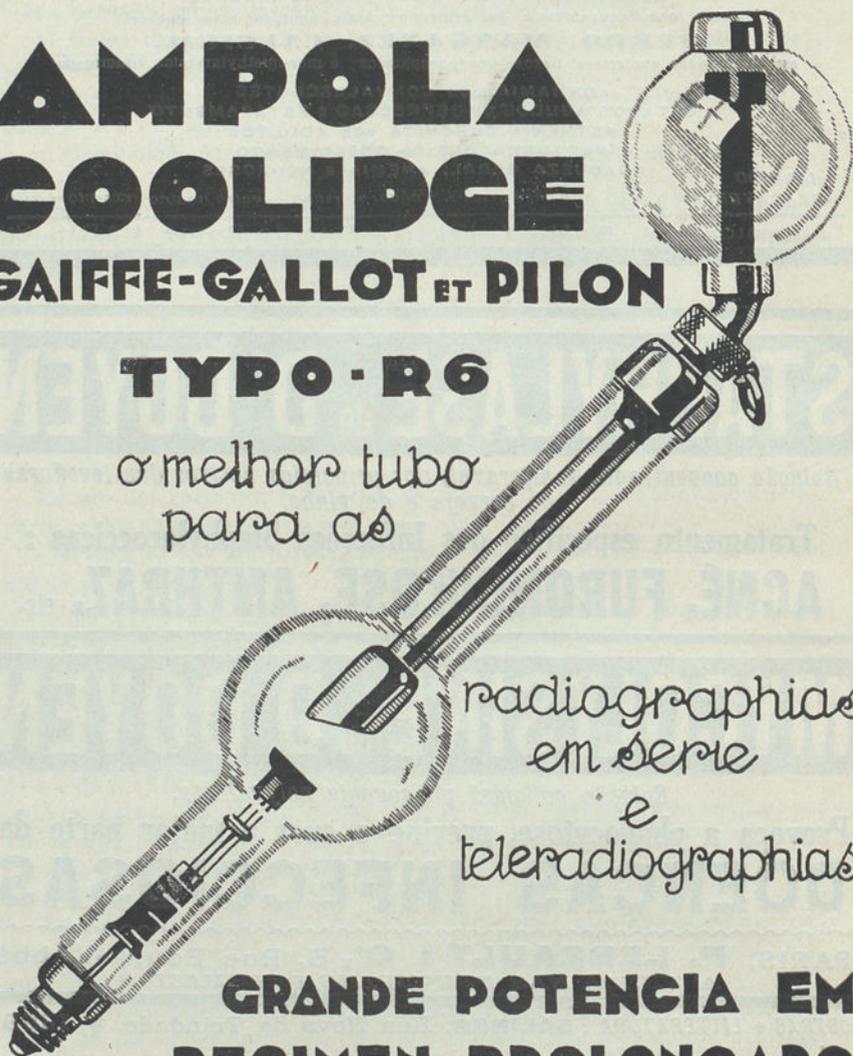
LISBOA MÉDICA

AMPOLA COOLIDGE GAIFFE-GALLOT ET PILON

TYP0-R6

*o melhor tubo
para as*

*radiographias
em serie
e
teleradiographias*



**GRANDE POTENCIA EM
REGIMEN PROLONGADO**

REPRESENTANTES: LISBOA
SOCIEDADE IBERICA DE CONSTRUÇÕES ELECTRICAS
PRACA LUIZ DE GANÔES, 36-2º - T.1722

lulas grandes polinucleadas, com protoplasma hialino e nenhuma substância intercelular;

3) Rim: focos de infiltração parvicelular e de necrose; alguns focos hemorrágicos;

4) Fígado: pequenos focos de infiltração parvicelular; células em começo de necrose, talvez cadavérica;

5) Baço: aspecto normal, os folículos linfóides mal marcados; as artérias têm as paredes espessadas (endarterite), assim como as trabéculas (esplenite intersticial). Entre os elementos linfóides do baço encontram-se células maiores análogas aos mielócitos, que se vêem na medula óssea, umas vezes com o núcleo central, outras vezes excêntrico.

Células gigantes com núcleos iguais e centrais e com o aspecto que vimos na medula óssea não se encontram; vêem-se apenas algumas células de volume um pouco maior do que o normal e com dois núcleos (Figs. 9 e 10).

OBSERVAÇÃO III. — Aida G. R., 50 anos, doméstica, Lisboa.

Antecedentes pessoais. — Foi uma criança obesa, tarda na evolução, pois aos três anos ainda não andava e só começou a falar dos 3 para os 4 anos. Foi menstruada aos 8 anos, mas com hemorragias tão grandes que chegou a perigar a sua vida. Passados 2 anos a menstruação regularizou-se por completo e assim se conservou até há cerca de um ano, em que começou a falhar, estando actualmente em franca menopausa. Aos 28 anos caiu numa escada e fracturou os ossos da perna direita junto à articulação tibio-társica.

Aos 42 anos teve dificuldade no andar, virando os pés para fora, tipo pé chato doloroso, usando então as palmilhas Scholl.

É um perfeito tipo acondroplásico. O pai morreu aos 52 anos dum aneurisma da crossa aórtica; a mãe aos 49 anos com uma anemia; de 11 irmãos vivem só 4, tendo morrido 1 de tuberculose aguda, 1 de pneumonia gripal, 1 de paludismo, 2 irmãs de carcinomas uterinos e 2 de infecção *post-partum*.

Doença actual. — Há dois anos começou com dores lombares, que se atribuíram ao reumatismo, tendo desaparecido com fricções locais.

Um ano depois voltaram as dores, mas então no braço esquerdo, e em Maio de 1928, ao voltar-se na cama, sentiu uma dor muito forte no ombro esquerdo seguida dum estalo: uma radiografia mostrou a fractura da clavícula esquerda no terço interno; passados 30 dias a palpação dava um calo grande e resistente.

Três meses passados, em Agosto, apareceu-lhe na região parietal esquerda um tumor redondo com o volume duma amêndoa, que depois foi crescendo, e em Novembro atingia o volume dum ovo de galinha; era pulsátil e cercado na base por um rebordo ósseo dentado.

Alguns dias passados começou com dores muito fortes no braço direito, não o podendo quasi movimentar; em Dezembro, quando ia a levantar-se, sente uma dor mais forte e a radiografia mostra a fractura no terço médio do húmero.

Análises de sangue:

	14-I-1929	8-VII-1929
Hemoglobina	90 0/0	70 0/0
Glóbulos rubros	4.788.000	3.776.000
Glóbulos brancos	8.600	12.800
Linfócitos.....	31,5	33
Monócitos	17	2
F. de passagem.	4	1
Neutrófilos.....	46,5	64
Eosinófilos	0,5	0
Basófilos	0,5	0

Foram necessários 18 minutos para os leucócitos se corarem, porque no tempo normal não tomaram a cor.

Urinas em 5 de Fevereiro de 1929.—Verifica-se a reacção de Bence-Jones.

Observação da doente em 9 de Julho de 1929.—A doente vive sentada numa cadeira de costas direitas e com a cabeça amparada por ligaduras; não pode deitar-se, a coluna vertebral está mole e permite à doente enrolar-se toda até ficar com a cabeça entre os joelhos.

Engole líquidos, mas a intolerância gástrica é completa há mais de 15 dias, vomitando bilis e sangue mais ou menos alterado. Dores generalizadas, sendo muito doloroso todo o ventre e em especial o epigastro; não há dejecções há 15 dias e as urinas são raras.

O tumor da cabeça está com o volume dum grande limão; o do braço está enorme, como dois punhos, e muito doloroso; tem crepitação e impotência funcional absoluta.

O calo da clavícula esquerda não está alterado na apariência, mas é muito doloroso. Edemas dos membros inferiores.

Esta situação ainda se mantêm até aos 19 dias, tomando só pedras de gelo e morrendo em 13 de Julho de 1929 com 27 meses de doença. (Figs. 11 e 12).

OBSERVAÇÃO IV.—Maria C. R., 44 anos, doméstica, Lisboa, 18-X-1926.

Em criança doenças que passaram do aparelho pulmonar (pneumonia e bronco-pneumonia) e uma febre tifóide.

Em seguida à amamentação dum filha, o que fez durante dois meses, apareceu-lhe um caroço no peito esquerdo, que aumentou durante os primeiros tempos, estando estacionário há 3 anos. Ao todo terá 5 anos. Em Novembro do ano passado dor nos rins, mais forte à direita. Antes disso, 3 ou 4 anos, já sentia por vezes dores nas regiões lombar e dorsal. Eram fortes, mas fugazes: tinha por vezes, de colocar uma almofada na região dorida para lhe passarem. Sobrevinham bastas vezes; mas somente quando se abaixava e especialmente quando permanecia muito curvada. As últimas dores, porém, são mais violentas. Em Dezembro de 1925 teve uma crise dolorosa violenta em África, que lhe durou um dia e meio, sem se mexer, na região dorso-lombar. Tomou aspirina e banhos quentes sulfurosos, preparados em casa, e

passou a crise. Desde essa ocasião começou a ter dificuldade em andar, que foi aumentando sucessivamente. As dores a princípio eram na região sacro-lombar, mas ultimamente passaram à perna esquerda, depois à direita e agora são ora em cima ora nos membros.

Informa a doente que teve uma dor no braço direito anterior à dor de Dezembro de 1925 acima referida, mas que se tornou mais forte quando da crise dolorosa supracitada, e muitas vezes lhe custava executar os movimentos com êle por não ter fôrças e sentir dores. Durou isso dois meses ou mais e passou de repente. Tem tido outras dores parecidas pelo corpo (tórax) que lhe têm passado. Teve-as nas costas, anteriores à crise de Dezembro, e que apareciam com uma certa periodicidade, durante um ano e meio quasi todos os 15 dias, o que fez pensar ao médico assistente numa origem palustre.

Em Abril teve de ir à cama e três meses seguidos não saiu do leito com dores e falta de fôrças no membro inferior direito. Passado êsse período esteve um mês numa cadeira, custando-lhe a estar direita mas tendo menos dores. Quando passava para a cadeira tinha, em geral, uma dor na perna esquerda, que passava.

Nada esfinteriano. Sòmente um certo grau de constipação.

Reflexos: rotuliano muito pouco à direita; não se consegue obter à esquerda.

Aquilianos existem, mais vivo à direita. *Plantar*: ligeiro esbôço de Babinski de ambos os lados e Gordon evidente à esquerda. Reflexos abdominais normais. Sensibilidade: ligeira hipoestesia à dor até D 5. Nessa zona hipoestésica sente mais (incomoda-a) o calor e o frio do que acima, e o pincel é sentido por igual.

Dor à pressão na coluna vertebral na 4.^a, 5.^a e 6.^a dorsais.

Wa — negativa em 13-V-926. Wa — negativa em 30-X-926.

Análise de urinas em 10-V-926:

	Por litro	Nas 24 horas
Volume	700	700
Côr	4	
Densidade	1018	
Reacção ácida		
Ureia	21,700	15,190
Azote da ureia	10,125	7,087
Ácido fosf. total	2,159	1,511
Rel. entre o ácido fosf. e a ureia	9,9 %	
Cloretos.	5,400	3,780
Serina		vestígios ténues
Açúcar		não tem
Acetona		não tem
Indoxílio		normal
Pigmentos		normal
Cromogénio de urobilina		normal
Cristais de ácido úrico; células epiteliaes pavimentosas, às vezes dispostas em retalhos; alguns leucócitos; filamentos de muco, poucos cilindros hialinos.		

Análise de urinas em 19-X-926:

Volume	640
Côr	3-4
Aspecto turvo.....	—
Cheiro normal	—
Consistência fluida.....	—
Reacção anfotérica.....	—
Depósito grande	—
Densidade.....	1015
Cloretos.....	5,2
Glicose.....	não tem
Serina	leves vestígios
Pigmentos	normais

Muitíssimos cristais de fosfato bicálcico, muitas granulações de urato de sódio, raras células epiteliais pavimentosas.

Falecida nos fins de 1929 durante uma viagem de casa para o Hospital Escolar, onde vinha para uma paracêntese (Fig. 13).

OBSERVAÇÃO V. — Manuel Chamusca, 56 anos, casado, agricultor, Azinhaga — Santarém.

Em Julho de 1929, três meses depois de curado duma pneumonia, começa a sentir forte prurido no coiro cabeludo sôbre o parietal esquerdo, e logo depois sente um tumor com o volume dum escudo; êste tumor cresceu e tem agora o volume de dois punhos, ainda acompanhado de grande prurido. O seu crescimento exagerou-se quando há 5 meses lhe fizeram uma punção que deu líquido escuro; a pressão não é dolorosa.

Há quatro meses começou a ter dores no ventre, em volta do umbigo, e por vezes também algum prurido; pouco depois a palpação profunda mostrava um tumor pulsátil que tem crescido e atinge hoje o volume duma laranja.

Está fraco, sem energia para o trabalho; não há dores na cabeça nem nos membros, mas tem dores intensas na coluna lombar, que aumentam quando está deitado e melhoram quando faz a flexão da coluna vertebral. Tem bom apetite.

Na calofe craniana há duas bossas: uma é implantada nas regiões parietais, sendo maior à esquerda; é mole, resistente, quasi fluctuante, dolorosa à pressão; a outra é mais saliente e ocupa as regiões parieto-frontal; também mole e dolorosa; o contôrno é mal limitado por saliências ósseas irregulares. A pele que cobre as duas bossas tem coloração normal e as artérias temporais não são muito volumosas.

No ventre palpa-se um tumor com o volume duma laranja, sôbre a região lombar, pulsátil e que parece ter expansão; é doloroso à pressão e de constituição dura.

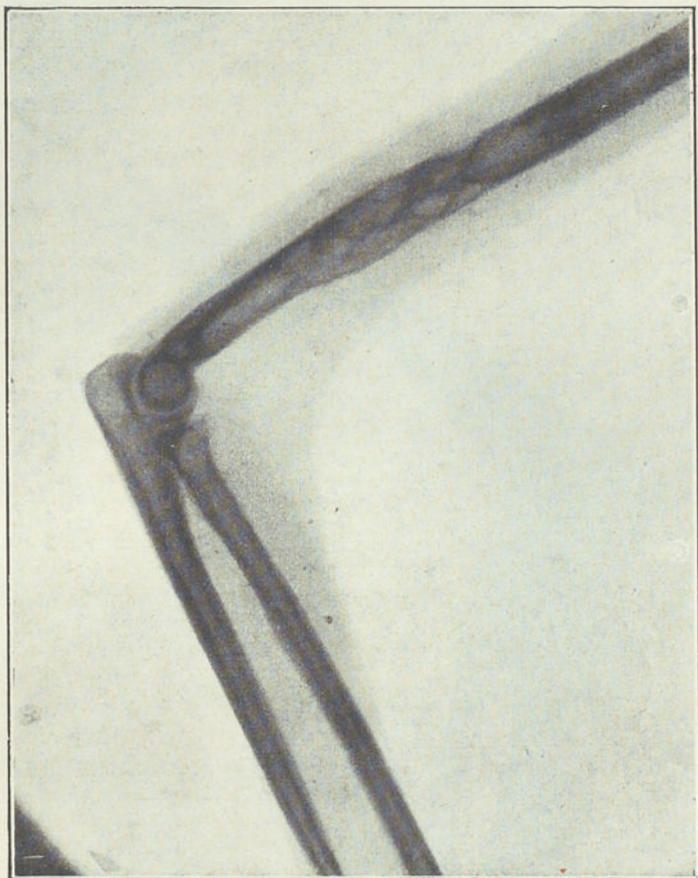


Fig. 1. — Mieloma do húmero. Observação I

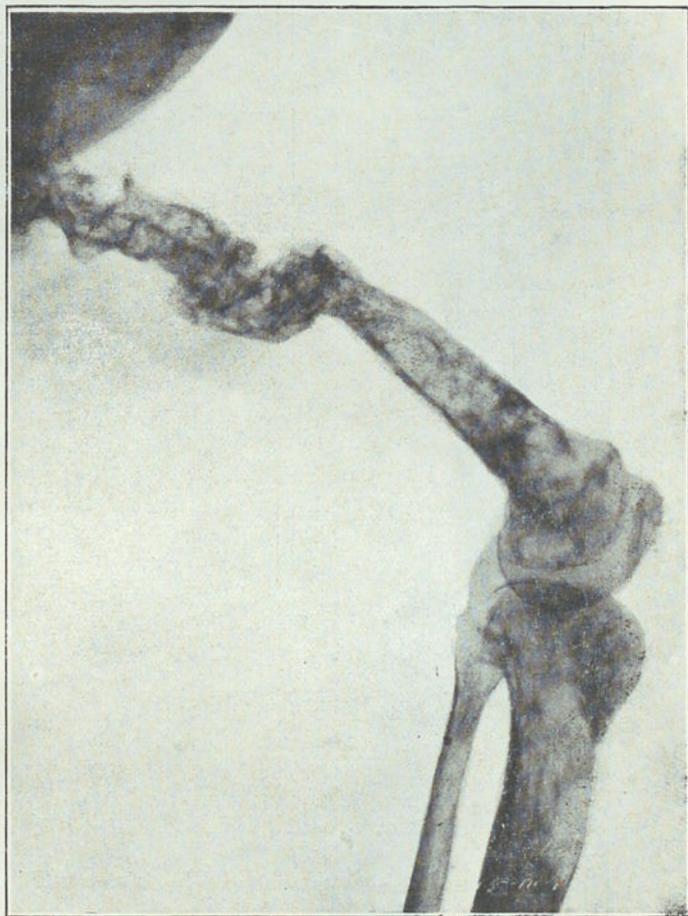


Fig. 2. — Fractura do fêmur direito por mieloma (osso malhado). Observação I



Fig 3. — Fractura do fêmur esquerdo por mieloma. Observação I

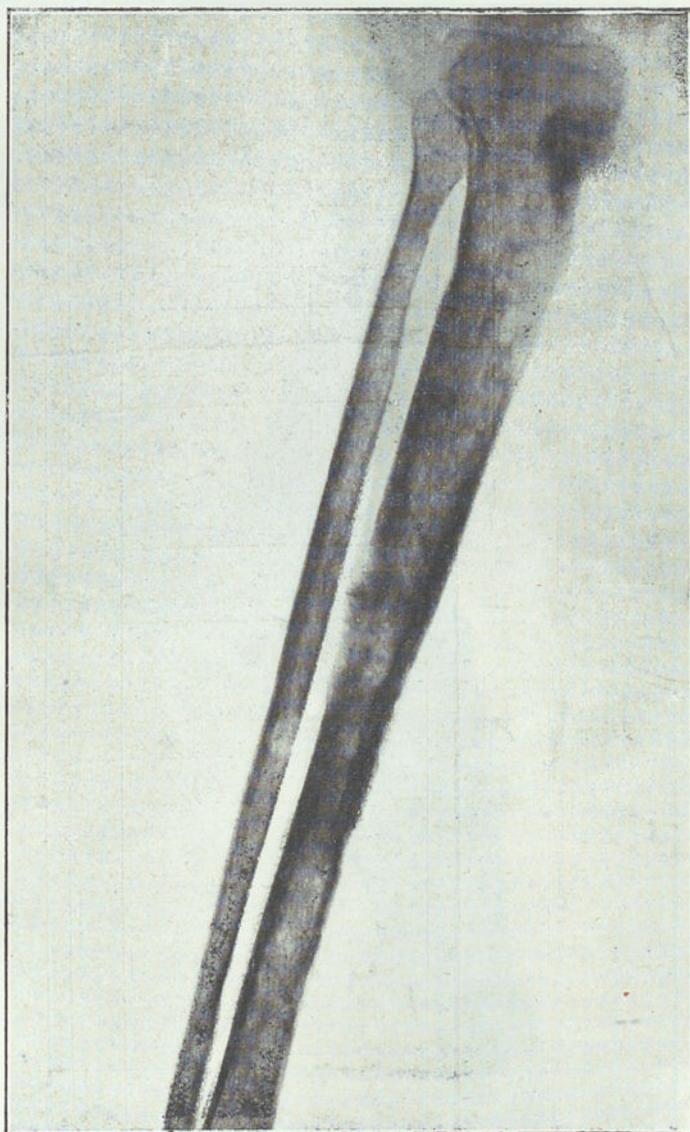


Fig. 4. — Mieloma dos ossos da perna. Observação I

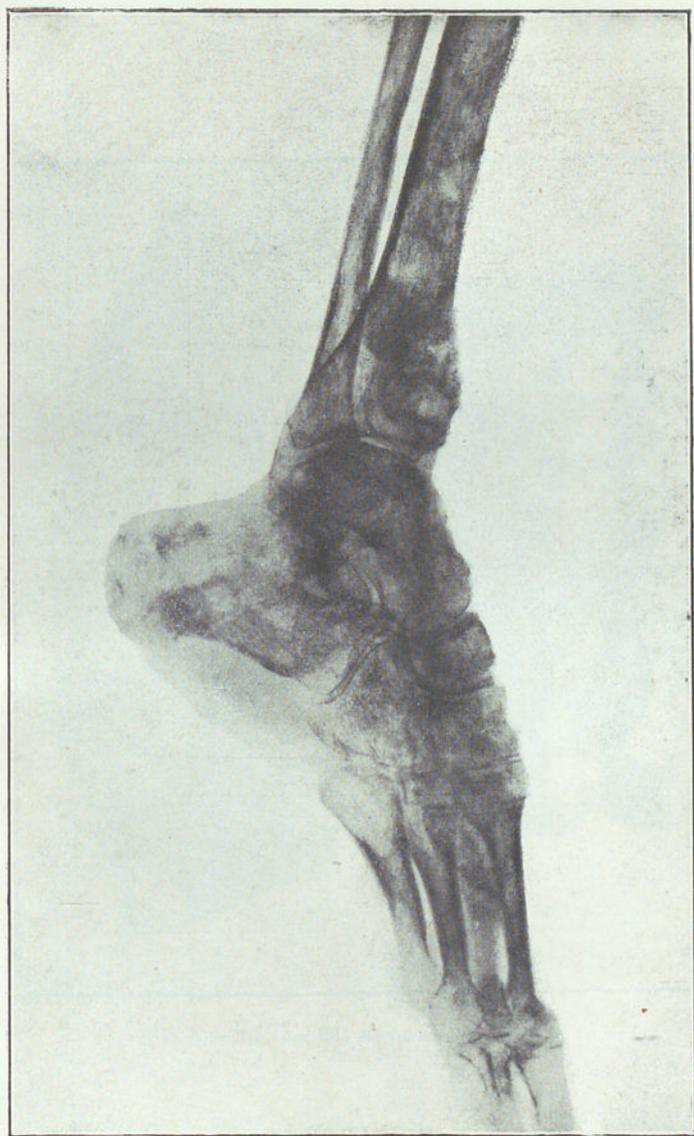


Fig. 5. — Mieloma dos ossos da perna e do pé. Observação I

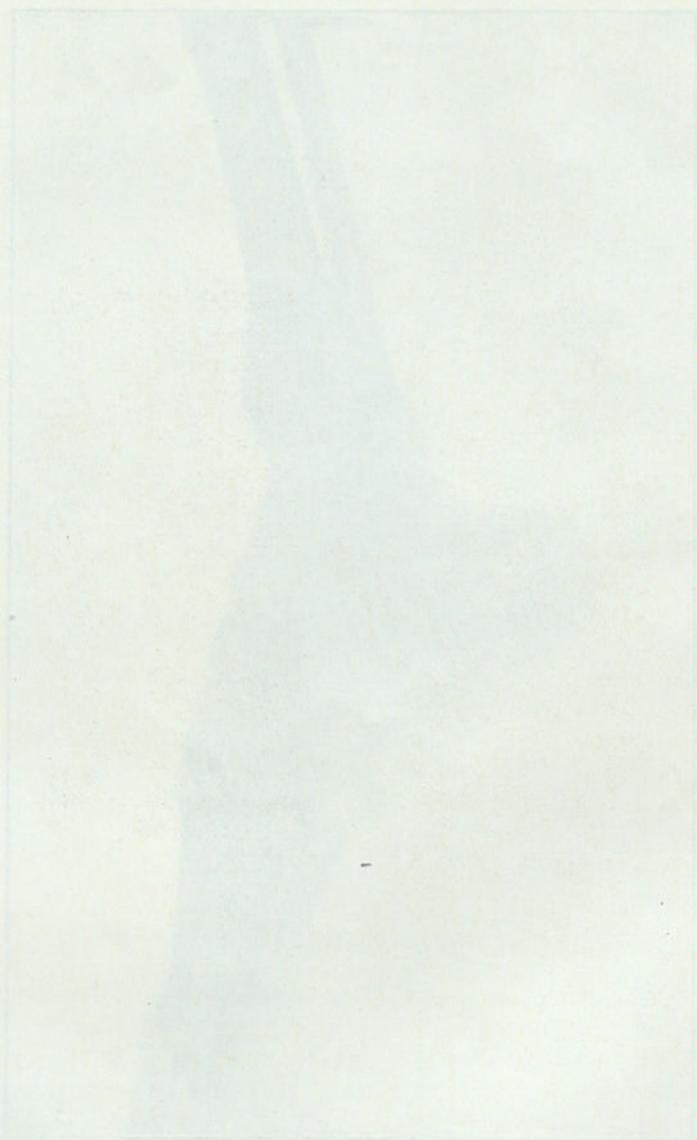


PLATE 1. - [Illegible text]

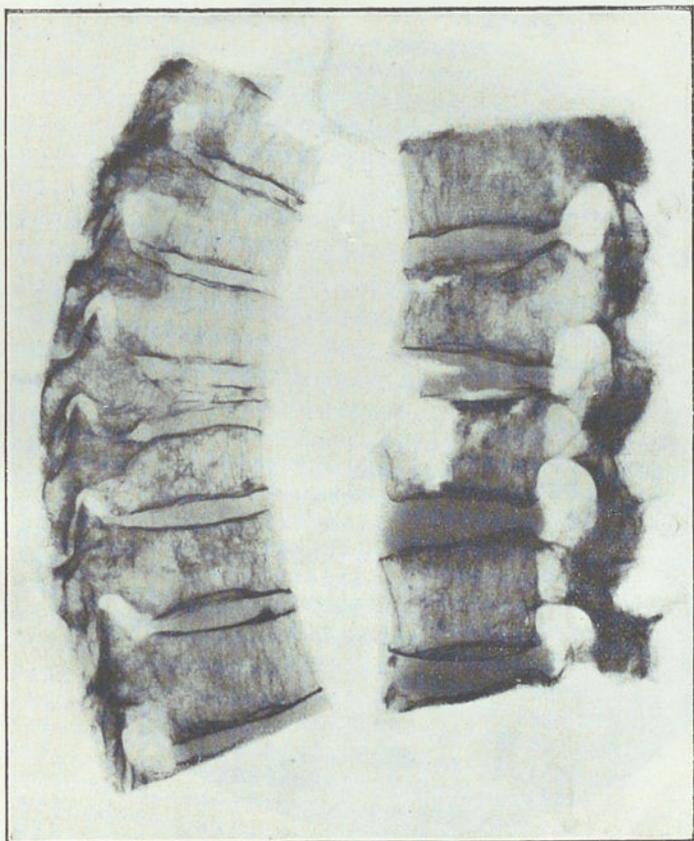


Fig. 6. — Mieloma das vértebras. Observação I



Fig. 7. — Nódulo de mieloma esplénico. Observação I





Fig. 8. — Nódulo de mieloma hepático. Observação I

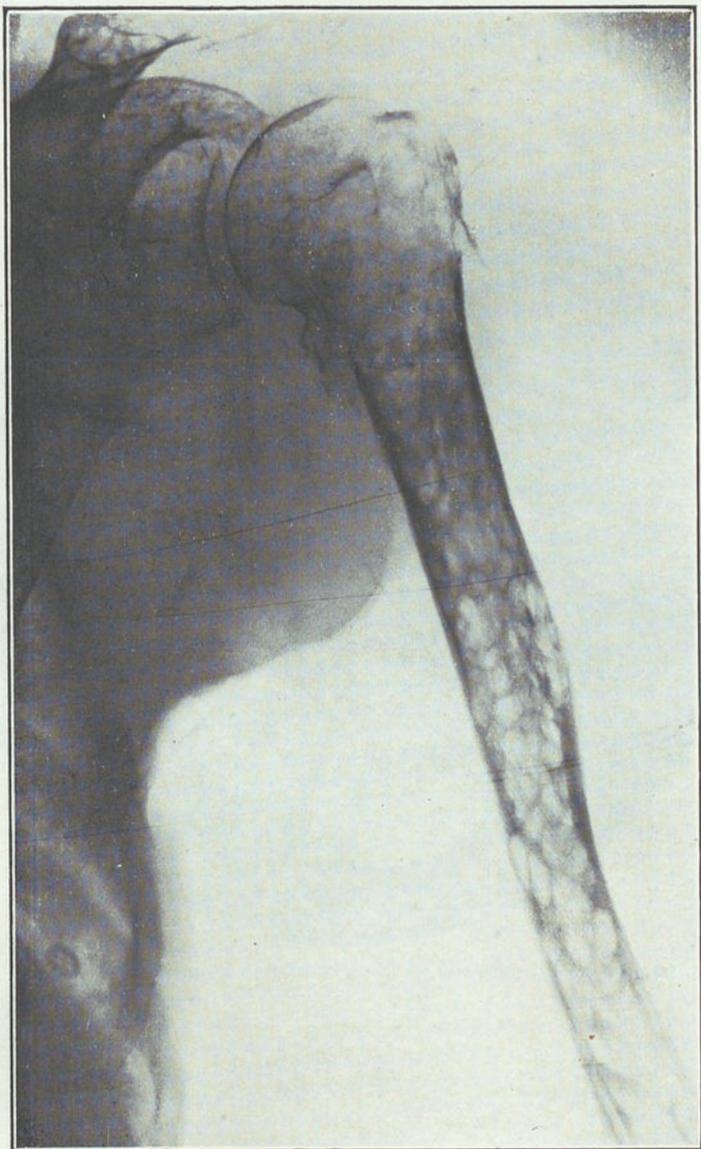


Fig. 9. — Mieloma do húmero direito (osso malhado) e fractura do colo.
Observação II

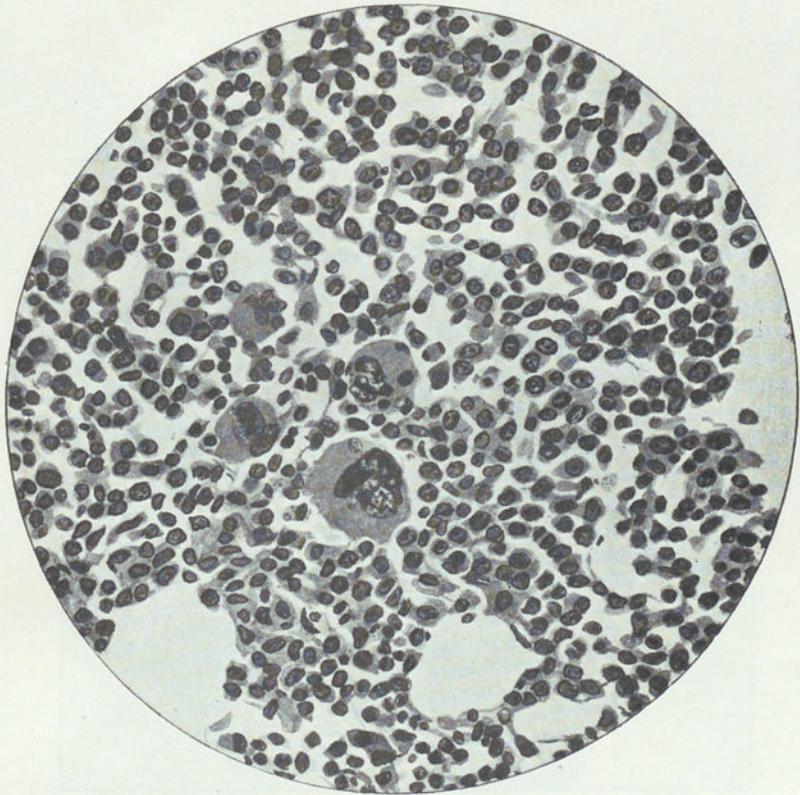


Fig. 10. — Preparação de medula óssea de mielomas. Observação II

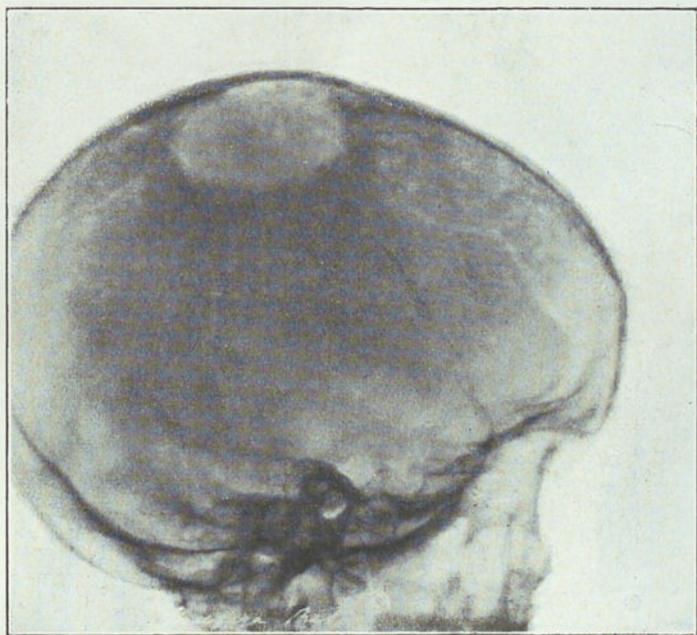


Fig. 11. — Mieloma dos ossos do crânio. Observação III

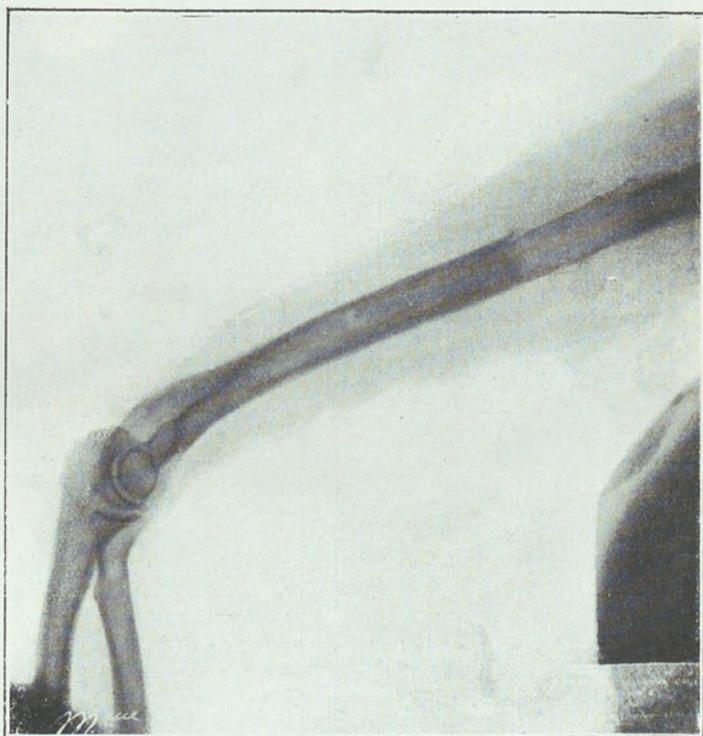


Fig. 12. — Mieloma do húmero onde passados dias se fez uma fractura.
Observação III

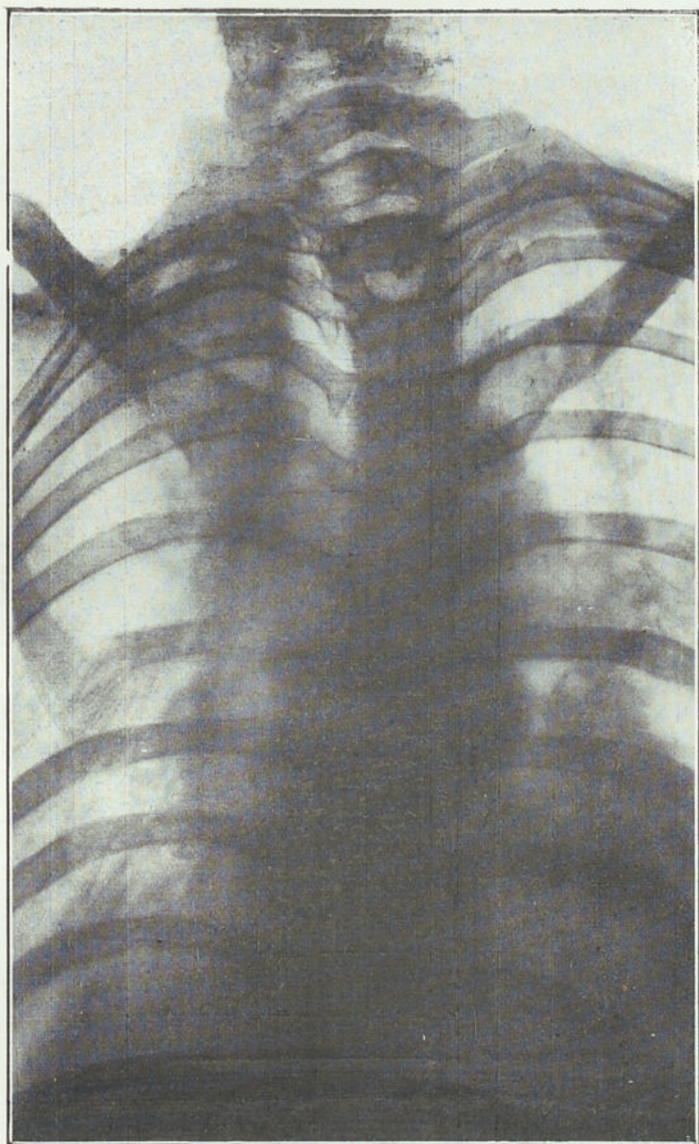


Fig. 13. — Mieloma das costelas. Observação IV

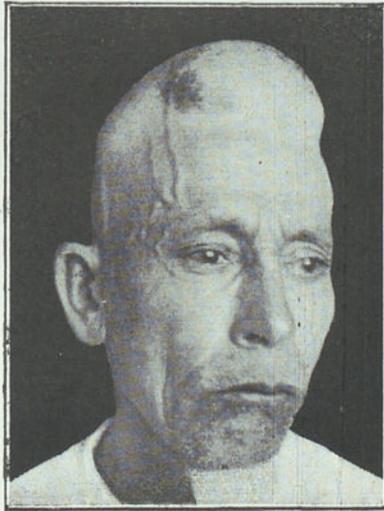


Fig. 14. — Doente da observação V

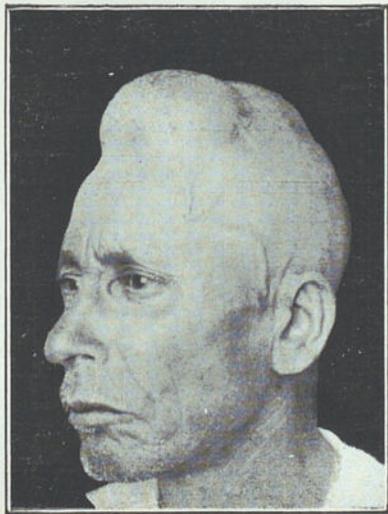


Fig. 15. — Doente da observação V



Fig. 16. — Mieloma dos ossos do crânio. Observação V

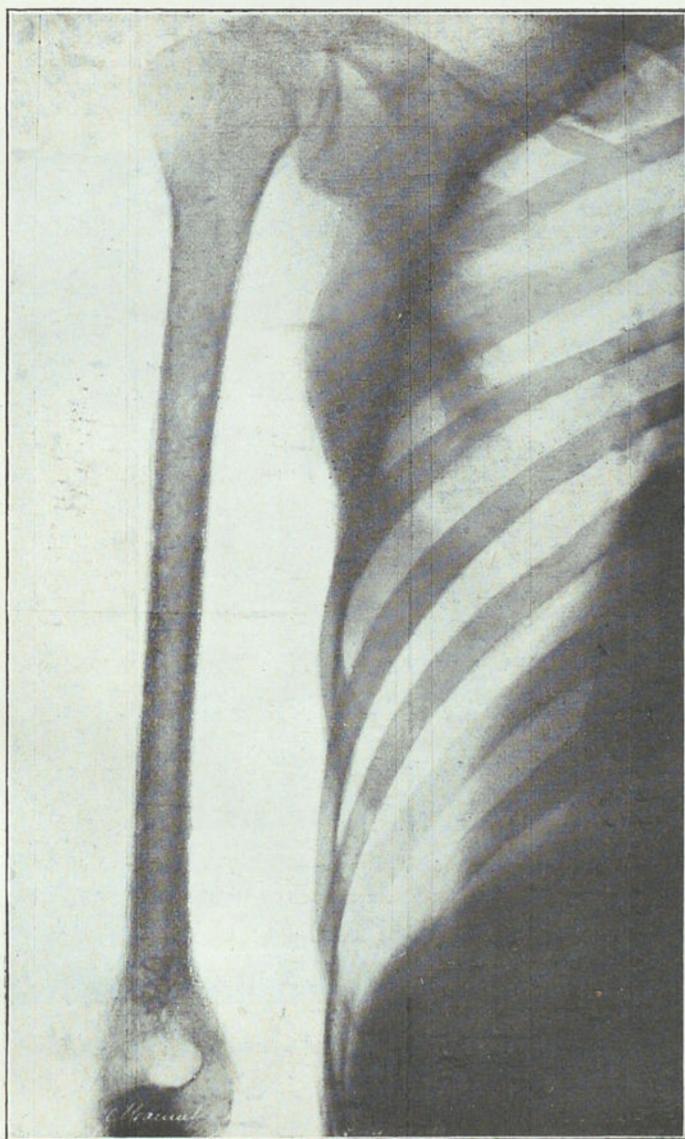


Fig. 17. — Mieloma do húmero (osso malhado). Observação V

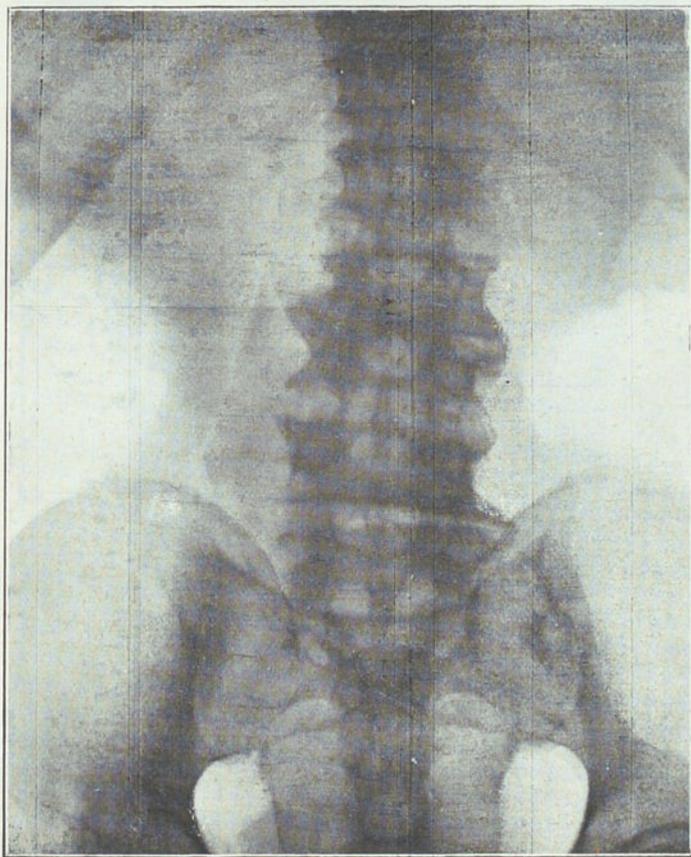


Fig. 18. — Mieloma das vértebras lombares. Observação V

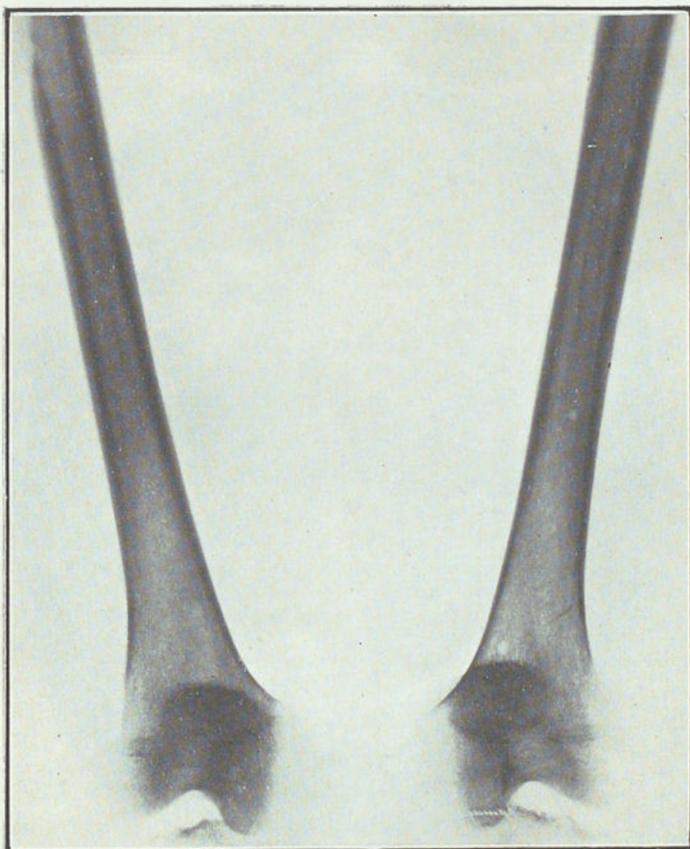
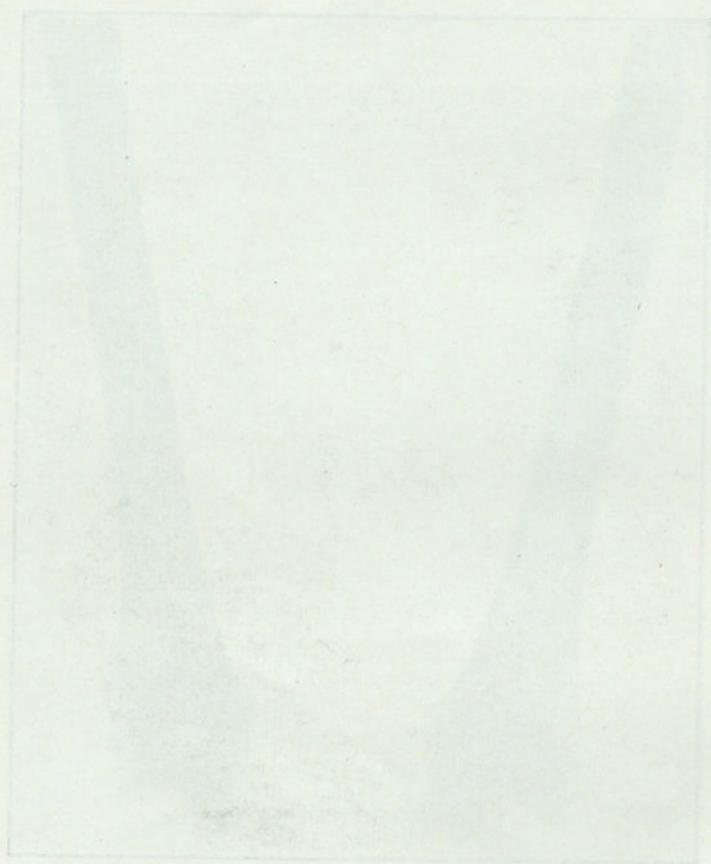


Fig. 19. — Mieloma dos fêmures. Observação V



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



Fig. 20. — Mielomas múltiplos da abóbada craniana. Homem de 42 anos. Simultaneamente atacavam o esterno, as vértebras e as costelas. O tecido de cada massa mielomatosa, avermelhado era de consistência mole e facilmente seccionável. $\frac{1}{3}$ do tamanho natural.

Na região dorso-lombar vê-se esboçada a gibosidade das 2.^a e 3.^a apófises espinhosas e que não é dolorosa. Os movimentos da coluna vertebral são sensivelmente normais.

Análises de sangue:

	27-III-930	23-IV-930
Hemoglobina	75 0/0	72 0/0
Glóbulos rubros	4.032.000	3.68.000
Glóbulos brancos	5.100	5.200
Linfócitos	53	35,5
Neutrófilos	36,5	57
Eosinófilos	4	2
Basófilos	2	0,5
F. passagem	2,5	3
Mielócitos	0	0

Análise de urinas:

Densidade	1013
Volume	1800
Côr	3
Ácida	—
Cloretos	8,48
Ureia	14
Glicose	não tem
Serina	1 grama

Bastantes cristais de oxalato de cálcio; bastantes glóbulos de pus; alguns glóbulos rubros e células pavimentosas; poucos cilindros hialinos. Bence-Jones foi negativo.

Temperaturas. — Durante 40 dias foram sempre normais entre 36° e 37° (Figs. 14, 15, 16, 17, 18 e 19).

OBSERVAÇÃO VI. — *Mieloma.* (*Münch. Med. Wochenschrift.*) 1929.

Pol (Rostock-Alemanha) refere o seguinte caso:

Um sapateiro de 60 anos apresentava desde Janeiro de 1921 o síndrome da doença de Kahler: dores nos ossos, deformações (cifo-escoliose), fracturas espontâneas e caquexia. A autópsia em 1923 confirmou o diagnóstico clínico.

A abóbada e a base do crânio, o esterno, costelas, clavículas e as diáfises dos ossos compridos mostravam:

- 1) *Nódulos múltiplos, brancos*, de aspecto medular, do tamanho de uma ervilha até as dimensões de uma cereja;
- 2) Entre estes nódulos a medula apresentava-se *vermelha e mole*.

Como consequência dos *nódulos*: atrofia da camada esponjosa por compressão e fractura espontânea de várias costelas e da clavícula direita. As partes vermelhas da medula, não tendo *macroscopicamente* o aspecto da blas-

tomatose, diferiam microscòpicamente dos tumores brancos unicamente pela riqueza em capilares e apresentavam a mesma *proliferação mieloblástica*.

O facto de se encontrar o esmagamento do corpo de uma vértebra, que ao corte apresentava só tecido vermelho, demonstra o carácter destruidor dêste tecido levando à atrofia do tecido esponjoso.

O mieloma apresentava-se pois neste caso em nódulos múltiplos e circunscritos, mas também numa proliferação *difusa de mieloblastos* em todo o esqueleto — mas nunca fora dêste. É, pois, uma doença de um sistema único (o sistema ósseo). O nome mieloma inclui a multiplicidade primária; torna-se pois desnecessário falar de *mielomas múltiplos*.

*

* *

CLOROMAS

São os cloromas tumores de evolução semelhante à do mieloma, em nódulos múltiplos sub-periósticos e parostais bem limitados, desenvolvendo-se de preferência nos ossos chatos da abóbada craniana e dando metástases nos gânglios linfáticos, nas amígdalas e nos órgãos viscerais. O nome provém da côr verde clara ou verde-ervilha que, em muitos casos, a massa neoplástica apresenta.

O seu modo de crescimento por difusão é o dum tumor maligno. Faz-se a multiplicação rápida dos elementos neoplásicos com dispersão subsequente pelos tecidos vizinhos — que são destruídos inclusive, o próprio osso, o que tudo lembra bem a marcha do sarcoma mielóide. E contudo autores há, como Naegeli, Fabian, que consideram êste tumor não como neoplasma propriamente dito, mas antes sim como hiperplasia da medula e classificando-os, porisso, como leucemias de marcha aguda. Os motivos fundamentais desta classificação consistem na ausência por vezes da côr verde e na falta de localização perióstica. Quando se conhecia apenas a variedade linfática dos cloromas era ainda isto também mais um argumento para os ligar às leucemias. Trabalhos posteriores, porém, e em especial os de Askanazi, fazem-nos considerar o cloroma como uma neoplasia bem definida, que pode existir sem ligação alguma com a leucemia, embora frequentemente esta doença a venha complicar e agravar bastante.

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro-fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

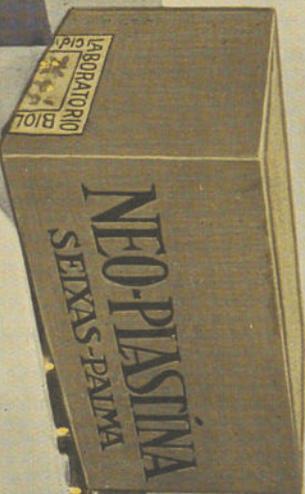
Porque é

DE ASEPSIA GARANTIDA
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE
DE APLICAÇÃO INDOLOR
PRODUCTO PORTUGUÊS
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

TODOS OS EX.^{nos} CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS :
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{da} - Rua da Prata, 237 - LISBOA
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{da} - Rua das Flores 153 - PORTO

NEO-PLASTINA

SEIXAS-PAALMA



LABORATORIO DE BIOLOGIA E QUIMIOTERAPIA LISBOA
LUTEINAS EM SORO FISIOLOGICO
EMULSAO ASEPTICA DE LECTINA
10 EMPOLAS DE 15 CC

*Emulsão aséptica de lecitina
e luteínas em soro fisiológico*

*Este preparado
não provoca reacção*



EM CÂIXAS DE
10 ampolas de 1,5 cc.
" 5 " "
6

*
* *
*

Histologia. — As células que constituem o cloroma são redondas e de grande volume; os núcleos arredondados ou reniformes e muito abundantes; não havendo vestígios de estroma conjuntivo. Tais células eram consideradas por uns como linfoblastos e por outros como mieloblastos. Askanazi não pôde (em 1916) fazer a classificação desses elementos, porque diferiam dos linfócitos e dos mieloblastos, chegando então a concluir ser a célula do cloroma proveniente duma célula medular (célula mielóide indiferencial). Afirmar que a neoplasia provinha do periósteo, e era portanto um fibro-blastoma, só seria possível se a medula óssea estivesse macro e microscòpicamente normal, o que não é certo, visto que muitas vezes a encontramos com a côr verde e em activa proliferação em todo o canal medular e, até mesmo, nos canais de Havers.

Uma forma típica é aquela em que a proliferação começou no canal medular e vai destruindo a parte compacta do ôsso; depois evoluciona sob o periósteo, que por sua vez é perfurado, e o tumor vai então invadir os tecidos vizinhos ficando a côr verde apenas interrompida pela fita branca do periósteo. Nem o periósteo nem o osteoblasto tomam conseqüentemente parte alguma na formação neoplásica. O cloroma acompanha-se igualmente de anemia em parte anaplástica e em parte hemolítica; os glóbulos rubros deixam de produzir-se na medula e por outro lado a sua destruição aumenta no fígado, no baço e até mesmo na própria medula. Se o processo destruidor é semelhante no cloroma e na leucemia, não quer isto dizer que seja único, realiza-se quando muito uma coincidência. Nalguns casos (5 0/0) de cloromas foram encontradas trombozes venosas constituídas por massas neoplásicas, o que nunca se verificou nas leucemias. Aquelas trombozes venosas só foram visíveis nos seios venosos do crânio. Askanazi conclui o seu importante trabalho dizendo: *O cloroma é um tumor maligno de evolução muito próxima à da leucemia mielóide com massas verdes; mas não deve ser confundido com a mesma pelo menos enquanto se lhe não conhecer a etiologia. O quadro clínico dos cloromas evolucionando nos ossos do crânio é bem característico e diferente da leucemia.*

*

* *

Estudo clínico. — Entre os tumores de coloração mais ou menos carregada, conhecidos pela designação de sarcomas melânicos, destacava-se uma variedade em que a côr predominante era verde claro ou verde-ervilha e à qual Aran, médico francês, deu em 1854, o nome de *cancro verde*. O seu estudo tinha sido feito sôbre um cloroma da dura-máter e dos ossos do crânio. Em 1883, Waldstein chamou a atenção para as alterações do sangue dêstes doentes e, em 1904 Dock e Warthin apontaram as suas relações com a leucemia. Dêstes tumores dava Brannam, em 1926, a nota apenas de 126 casos, do que resulta, por isso, ser o seu estudo ainda hoje muito incompleto.

*

* *

Etiologia. — Trata-se de um tumor das primeiras idades, desde as crianças de mama aos 20 anos, havendo, contudo, alguns casos apontados em doentes com mais de 50 anos. Alguns cloromas aparecem em doentes leucémicos.

*

* *

Anatomia patológica. — Os ossos mais atacados são os ossos chatos da cabeça: frontal e occipital; os da cavidade orbitária, da fossa nasal e dos seios faciais. Depois da face vêm as costelas, o esterno, os corpos vertebrais, e no último grupo os ossos compridos; mas ainda aí a sua localização é nas epífises, o que poderia explicar-se talvez por uma maior abundância de vasos nutritivos. Os gânglios regionais são algumas vezes lesados, não se encontrando todavia apontado qualquer caso de adenopatia generalizada. Os outros órgãos atingidos e por sua ordem são o baço, fígado, rins, útero e amígdalas. O tumor (que possui uma forma mais ou menos arredondada e é do volume duma cereja até o de uma laranja) adere à face externa do ôsso, mas fica

LISBOA MÉDICA

Laboratório de Preparados Dermatológicos

J. Caballero Roig

Rocafort, 135 - Telefone 31031 - Apartado Concas 710 - BARCELONA

SULFURET \cup - Cura a SARNA em 10 minutos, tempo que se demora em efectuar uma fricção.

DEPURATIVO INFANTIL (Sabor agradável). Eficaz nas erupções e doenças de pele das crianças.

GOTAS DEPURATIVAS - (Antiarpéticas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afecções cutâneas dos adultos.

PASTA POROSA DERMATOLÓGICA - Antiséptica, absorvente dos exudados e cicatrizante rápida - Recomendada para queimaduras.

LIXALINA - Para as inflamações da epiderme, comichões das doenças eruptivas.

Todos estes preparados foram premiados com a Medalha de Ouro na Exposição Internacional de Barcelona em 1929.

Deposítários Gerais para Portugal: - **Pestana Branco & Fernandes, L.da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

MAGNESIA

S. PELLEGRINO

Purga,

refresca,

desinfecta

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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





SOLGANAL
INTRAVENOSO
SOLGANAL B
INTRAMUSCULAR

CHIMIOThERAPIA
MODERNA DAS
ENFERMIDADES
INFECCIOSAS

arthritis infecciosa (rheumatismo articular), syphilis, tuberculose, lepra, sclerose multipla, lupus erythematosus, febre undulans, psoriasis, etc.

com os NOVOS PREPARADOS ORGANICOS DE OURO de maxima eficacia e minima toxicidade SOLGANAL e SOLGANAL-B

exactamente estudados em ensaios chimiotherapicos em animaes e comprovados clinicamente durante varios annos.

62748503

Caixas com 1 amp. do pó em secco e 1 amp. do dissolvente, em doses de 0,01, 0,05, 0,1, 0,25, 0,5 e 1,0 gr.
(Doses I-VI)

Amostras e litteratura á disposiçào dos Senhores Medicos
SCHERING-KAHLBAUM A. G., BERLIN

Os nossos concessionarios:

SCHERING LIMITADA,
Rua Vitor Cordon, 7, Lissabon.



perfeitamente isolado do coiro cabeludo, embora tenha invadido os outros tecidos subjacentes.

Na forma clássica, ao corte da massa neoplásica, encontramos ou a côr verde já apontada ou uma coloração amarelada, avermelhada, dependendo as variações cromáticas da abundância vascular e também das hemorragias produzidas. Na espessura da massa corada vemos o branco do periósteo que não é destruído e apenas perfurado pela neoplasia. O osso começa a ser destruído na sua tábua externa ou interna e acaba por ser atravessado estabelecendo a comunicação da cavidade, que êsse osso limitar — com os tecidos suprajacentes. Quando a localização fôr no etmóide ou no fundo da órbita teremos um exoftalmo precoce e logo a seguir o arrancamento do olho. É notável a rapidez com que o osso é perfurado, porque a duração da vida nestes doentes não vai além de 15 a 18 meses, e estes casos são os de mais longa duração. A compressão sôbre os centros nervosos pouco se faz sentir. Se abandonarmos ao ar ou mergulharmos em álcool ou formol a massa verde cortada, esta perde a coloração, pelo que se usa conservar as peças em glicerina. Nada se sabe de positivo sôbre a estrutura química e histológica desta substância verde.

*

* *

Sintomatologia. — Dores de cabeça e ás vezes também nas extremidades dos membros; palidez e hemorragias das mucosas constituem o quadro inicial da doença. Tumores moles quasi indolores nos ossos já indicados, sendo a localização mais típica a da cavidade orbitária; com dores profundas e perturbações visuais; nevrite óptica, edema da papila; congestão e hemorragia do fundo do olho; exoftalmia; edemas das pálpebras; congestão conjuntival e imobilidade do globo ocular. Tudo isto se passa em um ou outro dos dois lados, embora contudo em grau diferente. Seja qual fôr a sua localização, dentro dos seios ou fora dêles, a dor é sempre grande, intolerável, difficil de explicar, porque, embora seja uma consequência da neoplasia, esta não tem, por vezes, ainda sinais que permitam vê-la e palpá-la. A febre existe sempre, intermitente, oscilando entre 38° e 39°.

Exame de sangue. — E normal no comêço da doença e depois vai para a anemia e para a leucemia. Não é raro que o primeiro exame dê 4.000 ou 5.000 glóbulos brancos para depois se elevar até 40.000 ou 50.000, com oscilações que simulam fases de melhora e que vão até a morte. São apontados casos de 500.000, 700.000, e o mais elevado de 1.800.000. É natural então que nestes casos se trate, de facto, duma leucemia com localizações tumorais. Os polinucleares chegam a desaparecer e os mielócitos ou células indiferenciadas de Askanazi aumentam de número indo de 80 a 90%. Se as formas aleucémicas permitem uma sobrevivência de meses, até 15 ou 18 a forma leucémica não vai além de 3 a 5 meses, com caquexia rápida e hemorragias tremendas. O estudo radiográfico da sede do cloroma pode elucidar-nos e dar o sintoma definitivo, mesmo antes da leucemia se instalar.

*

* *

Prognóstico. — Fatal sempre.

Tratamento. — Se a neoplasia está localizada deve operar-se, no caso contrário poderá recorrer-se à radioterapia.

(Continua)

O TRATAMENTO DAS HEMIPLEGIAS COM CONTRACTURA PELA « DIELECTRÓLISE » OU « IONIZAÇÃO »

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Director do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar

INTRODUÇÃO

À fisioterapia cabe o papel primordial no tratamento da hemiplegia e desde longa data que ocupa um lugar de destaque na terapêutica desta afecção.

Porém se os resultados colhidos com o seu emprêgo nas hemiplegias do tipo flácido têm sido na realidade animadores, nas com contractura não sucedia até pouco outro tanto, constituindo por assim dizer esta modalidade um insucesso para a fisioterapia, que se limitava nestes casos a massagem e mobilização passiva com as quais poucas ou nenhuma melhoria os doentes colhiam.

Foi GEORGES BOURGUIGNON que com a introdução na electroterapia do método da «ionização transcerebral» veio solucionar em parte este problema.

Tendo em 1925 freqüentado o seu serviço da Salpêtrière, onde de perto e cuidadosamente segui os seus trabalhos, inspirado nos bons resultados observados comecei a praticá-lo desde logo na minha clínica, associado a outras modalidades fisioterápicas que em minha opinião não devem ser postas de lado.

São os resultados da minha experiência de cerca de 5 anos em 71 doentes e a descrição do método que pretendo resumir neste artigo, com o fim de promover a vulgarização dum processo que nos permite obter excelentes resultados, mas que é ainda desconhecido da maioria dos clínicos.

A modalidade electroterápica primitivamente empregada no tratamento da hemiplegia do tipo flácido era a faradização tetanizante, modalidade esta que deve ser banida por completo do nosso arsenal terapêutico, por conduzir quasi sempre à contractura.

Ao seu emprêgo seguiu-se o da galvanização dos membros lesados, para o que se adoptaram diferentes técnicas, conforme os autores, e com as quais se colhem mais ou menos bons resultados, recuperando os doentes, pelo menos em parte, os movimentos activos perdidos.

Longe porém de melhorar aqueles em que se observam fenómenos de contractura, a galvanização aumenta-os, e por isso passaram os doentes portadores de afecções deste tipo a serem considerados como uma das suas contra-indicações formais. O tratamento fisioterápico para elles limitava-se, como acima disse, à massagem dos músculos paralisados e à mobilização passiva metódica e progressivamente executadas com o fim de evitar o estabelecimento de contracturas definitivas devidas ao encurtamento muscular e às aderências tendinosas.

BOURGUIGNON aconselhava a associar-lhes a faradização dos músculos antagonistas, que com êxito tenho praticado.

A-pesar porém de prolongadas séries de tratamento, conforme acabo de descrever, raramente os doentes conseguiam obter uma capacidade funcional compatível com os actos mais simples da sua vida habitual.

MÉTODO DE BOURGUIGNON

¿ Em que consiste o método de BOURGUIGNON ?

A corrente galvânica atravessando uma solução electrolítica, isto é, uma solução boa condutora, orienta os iões constitutivos das moléculas da substância dissolvida para os respectivos polos. É assim que os iões carregados de electricidade positiva, ou «catiões», se dirigem para o polo negativo ou «catodo», e os carregados negativamente, ou «aniões», para o polo positivo ou «anodo».

São catiões os iões metálicos e os alcalóides, são aniões os metalóides e os radicais ácidos. O ião hidrogénio comporta-se como um metal e o grupo oxidrilo (O H) como um metalóide.

¿ O que acontece pois se nós collocarmos estas soluções electrolíticas em contacto com a pele, por meio de electrodos apropriados e em conexão com os polos da origem galvânica devidamente escolhidos ?

Os iões em que as moléculas se dividem penetrarão através da pele e atravessarão o organismo em direcção ao polo oposto, seguindo o trajecto das linhas de fluxo.

Quando a molécula da substância electrolítica é constituída por dois iões de sinal eléctrico diferente (exemplo I K em que I — e K +) um dêles apenas seguirá o caminho indicado e o outro libertar-se há ao nível da parte metálica do respectivo electrodo. Segundo o sentido da corrente será o anião ou o catião que penetrará através da pele.

Assim, sempre que pretendermos introduzir o anião ligaremos o electrodo embebido da solução electrolítica ao polo negativo e a inversa quando se tratar de introduzir o catião.

Numerosas são as experiências demonstrativas do que deixo exposto.

Suponhamos que collocamos a mão dum paciente assente sôbre um electrodo esponjoso embebido de soluto de iodeto de potássio em água destilada a 1 0/10, em conexão com o polo negativo duma origem galvânica, cujo o outro polo é ligado a um electrodo embebido de água destilada e colocado na região inter-escapular. Façamos passar a corrente durante 30'. Colhemos em seguida a urina de 24 horas. Feita a pesquisa do iodo, esta foi positiva.

Repetida a experiência, mas invertendo o sentido da corrente, a pesquisa do iodo nas urinas foi negativa.

Esta experiência, além de nos confirmar a introdução electrolítica do iodo, confirma-nos também que é necessário e indispensável a escolha do polo a empregar como activo.

O aproveitamento desta propriedade da corrente galvânica, em face das soluções electrolíticas para proceder à introdução no organismo de certas substâncias medicamentosas, foi denominado por STÉPHANE LEDUC por «ionização», denominação a que se preferiu mais tarde as ainda hoje adoptadas, de «dielectrização» (BROUDEL) e de «electrólise medicamentosa»; reservando-se a primeira para designar o estado de dissociação em iões das moléculas da substância dissolvida, fenómeno em que em nada inter-

vém a corrente galvânica, que apenas provoca a deslocação dos íões dissociados.

BOURGUIGNON, tendo utilizado largamente durante a guerra com óptimos resultados a dielectrização pelo iodo no tratamento das cicatrizes viciosas aderentes ou queloidianas e da libertação e regeneração dos nervos englobados nas cicatrizes, lembrou-se de, aproveitando a acção resolutive do ião iodo, recorrer ao mesmo processo de tratamento para combater a contractura acentuada, que apresentavam os feridos portadores de hemiplegia consecutiva a extensas lesões crânio-cerebrais; contractura que para êle é, sobretudo, devida a fenómenos de compressão e irritação da massa cerebral, cabendo à destruição desta os fenómenos de paralesia.

Com êsse fim collocava um dos electrodos, o negativo, embebido em soluto de iodeto de potássio a 1 0/0 em água destilada sôbre a região trepanada e o outro sôbre a região craniana diametralmente oposta. Como resultado apenas conseguiu uma melhoria das cicatrizes das partes moles, permanecendo os fenómenos motores absolutamente na mesma.

Tendo em vista então as experiências de fisiologia praticadas em animais, pelas quais se conseguem fazer parar súbitamente as convulsões provocadas por tiro-paratiroidectomia, por meio duma injeccção intra-carotidiana de cloreto de cálcio, e pensando, por outro lado, que as convulsões como a contractura deveriam traduzir uma excitação do feixe piramidal, substituiu a dielectrização do iodo pela do cálcio com o fim de calmar os fenómenos irritativos dêste feixe.

Repetiu então a sua experiência, tendo porém substituído o electrodo embebido em soluto de iodeto de potássio por um embebido em soluto a 1 0/0 em água destilada de cloreto de cálcio, a que ligou o polo positivo, visto tratar-se de um catião; o negativo foi ligado a um outro electrodo, que como na primeira experiência ficou em região diametralmente oposta e embebido em água destilada.

A intensidade da corrente não excedeu os 4 a 5 miliampères.

Decorridas 15 sessões notou com grande satisfação, que as contracturas tinham diminuído consideravelmente. A exaggeração de reflexas outro tanto tinha sucedido, sendo quasi nula a trepi-

dação espinal. Simultaneamente as crises epileptiformes, tão frequentes nestes doentes, desapareciam quasi por completo, experimentando um aumento considerável da sua capacidade funcional.

Outros pacientes foram tratados pelo mesmo processo sempre com óptimos resultados.

Não restava pois dúvida que o ião cálcio introduzido electrolyticamente era um excelente calmante dos fenómenos irritativos dos centros nervosos.

De resto, tendo em vista o papel importante que cabe ao cálcio na estrutura da massa cerebral, não nos deve causar admiração a sua extrema afinidade para ela.

BOURGUIGNON considera-o um específico das lesões nervosas encefálicas, uma vez que seja introduzido electrolyticamente.

Por via bocal os resultados nem de longe a estes se assemelham. Em presença do successo obtido, pensou desde logo BOURGUIGNON em utilizar o método para o tratamento de todas as hemiplegias médicas; mas pouco ou nada conseguiu, e isto era devido a que o autor collocava os electrodos sobre as regiões parietaes, o activo do lado da lesão e o indifferente do lado oposto; ao passo que nos trepanados o activo ficava ao nivel da solução de continuidade da tábua óssea.

Com o fim de fazer uma experiência em condições, tanto quanto possível idénticas às dos trepanados de guerra, modificou então a sua técnica e passou a utilizar a via órbito-occipital.

O electrodo activo foi collocado sobre o olho do lado da lesão e o indifferente ao nivel do interestício occípito-vertebral do mesmo lado.

A corrente, atravessando com esta técnica tecidos muito bons condutores, atinge então facilmente a massa encefálica.

Esta tentativa foi coroada dos mais brilhantes resultados e é assim que, com um tratamento prolongado e seguindo à risca a técnica aconselhada por BOURGUIGNON, se observa uma diminuição apreciável dos fenómenos de contractura, com desaparecimento das dores, que tanto incomodam estes doentes; as reflexas exageradas atenuam-se; os fenómenos da trepidação diminuem ou desaparecem, voltando a marcha a fazer-se facilmente e os dedos da mão a poderem abrir-se. As crises de epilepsia, quando existem, desaparecem e a afasia melhora. Em alguns casos o signal de Babinski chega mesmo a desaparecer.

BOURGUIGNON observou também que, à medida que se acentuam estas melhoras, se produz um regresso à normalidade da coronaxia, por vezes profundamente modificada.

O grau de melhoria é muito variável e depende sobretudo da extensão do processo destrutivo, que se traduz por paralisia e que em nada é influenciado por este tratamento; cabendo, conforme acima disse, ao processo irritativo das fibras do feixe piramidal ou das células da casca, único influenciado pela dielectrificação do cálcio, os fenómenos de contractura.

¿ O que fez por conseguinte BOURGUIGNON ?

Nada mais do que utilizar inteligentemente para o tratamento desta afecção um processo que desde há muito era empregado em terapêutica, mas do qual uma técnica imperfeita não permitia colher resultados apreciáveis, e que, graças aos seus cuidadosos trabalhos assentes sôbre bases científicas, foi devida e convenientemente modificada.

Sem querer entrar em detalhes, não só sôbre as várias teorias da ionização, aliás muito interessantes, como também sôbre os estudos que conduziram BOURGUIGNON ao estabelecimento da sua técnica, o que tornaria este artigo extremamente extenso e o afastaria do seu fim, passarei imediatamente à sua descrição.

TECNICA

Antes de entrarmos na descrição da técnica própria dita vejamos a aparelhagem de que carecemos.

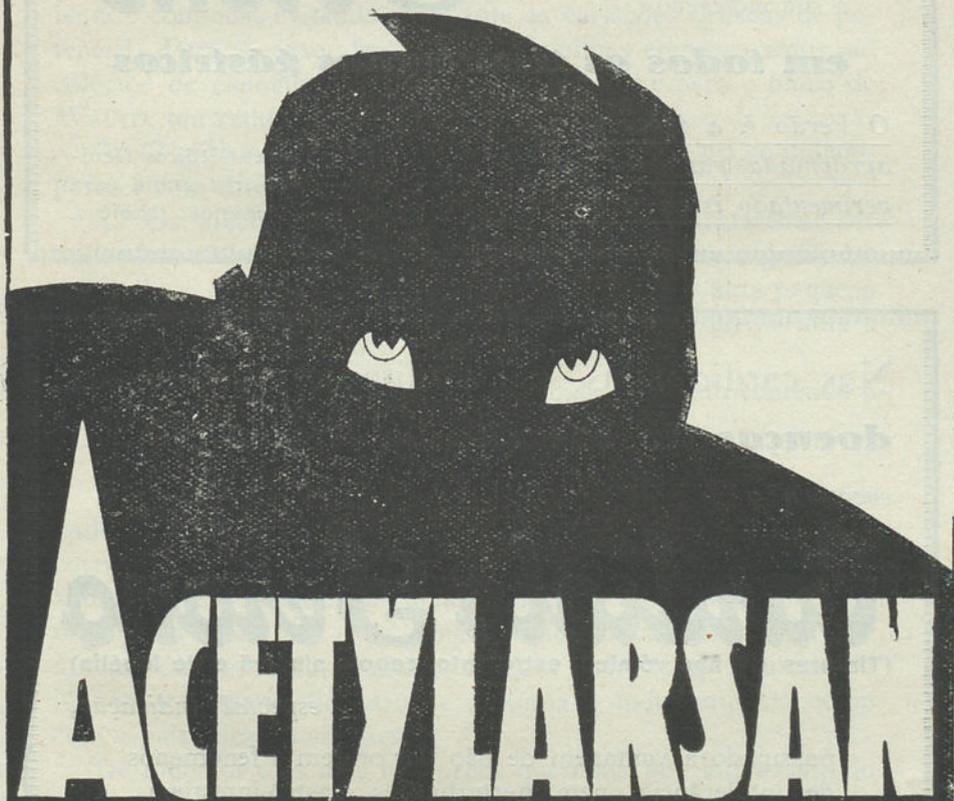
I — INSTRUMENTAL

1.º *Fonte produtora de corrente galvânica.* — Devemos dispor de uma corrente contínua absolutamente pura que apenas nos pode ser fornecida por uma bateria de pilhas, uma bateria de acumuladores, ou ainda um dispositivo devido a A. WALTER e últimamente apresentado à Sociedade Francesa de Electrologia e Radiologia, que consiste numa série de lâmpadas válvulas fornecendo uma corrente que a seguir é filtrada por *selfs* e capacidades convenientemente escolhidas. Este dispositivo fornece uma corrente muito levemente ondulada que se pode empregar sem receio no caso presente.

LISBOA MEDICA

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

O opoterápico genial do Professor Serono
(Autor da BIOPLASTINA)

é a

Peptopancreasi Serono

que tem inconfundivelmente
a sua indicação

em todos os transtornos gástricos

O Verão é a época mais
apropriada para ser ex-
perimentado este producto.

Aos Senhores Médicos facul-
tam-se amostras grátis para
os seus ensaios clínicos.

Nas cardiopatias, miocardites e em todas as
doenças do coração de carácter crónico
encontra o

Cardiolo Serono

(Tinturas de noz vómica, estrofanço, cebola albarrã e de lobélia)

especial indicação,

possuindo a vantagem de não dar origem a fenómenos
de intolerância, nem perturbações gastro-intestinais,
diferindo, portanto, da Digitalina.

Amostras à disposição dos Srs. Médicos

L. Lepori

Apartado 214

L I S B O A

A utilização porém dos sectores contínuos directamente e dos vários aparelhos, pantóstatos e outros, como produtores de corrente contínua, são em absoluto para rejeitar porque as correntes por êles fornecidas são muito onduladas e não são além disso isentas de perigo.

As baterias de pilhas são sobretudo úteis para o tratamento no domicílio, e os acumuladores para o tratamento no gabinete do clínico, no qual pode também ser utilizado o «bloco de A. WALTER» a que me referi.

2.º A fim de se regular a intensidade da corrente, convém empregar um dispositivo que nos permita aumentá-la duma maneira lenta e contínua, evitando ao doente as variações bruscas de potencial. Para o caso das baterias de pilhas empregaremos um colector de elementos, para os acumuladores e para o bloco de WALTER um redutor de potencial.

3.º O miliamperómetro deve estar graduado de 0 a 20 miliampères e com divisões de $1/10$ de miliampere.

4.º Os electrodos, que a meu ver devem de preferência ser utilizados, são constituídos por uma espessa pasta de algodão hidrófilo bem lavado com água destilada, envolvendo uma pequena placa de carvão ou estanho com um dispositivo que permita a ligação e fixação a um dos cabos condutores.

Esta pasta de algodão será embebida do soluto contendo o ião cuja introdução pretendemos fazer.

A escolha do ião a empregar não é indiferente.

Embora todos os iões possuam um certo número de propriedades comuns, que de resto parecem não ser mais do que as da corrente contínua, que quando os electrodos estão embebidos em água destilada produz uma dielectrólise dos líquidos e tecidos do organismo sobre que actua, é necessário contudo reconhecer que a acção é mais enérgica quando se faz a dielectrificação dum único ião em vez duma dielectrólise múltipla e indeterminada como com a galvanização simples.

De todos os iões dois há porém que mais nos interessam no caso presente: o ião iodo e o ião cálcio, e cuja acção foi cuidadosamente estudada por BOURGUIGNON.

Dos dois o primeiro possui, quando introduzido electroliticamente no organismo, uma poderosa acção resolutive, excitante geral e ainda antiséptica; ao passo que o segundo, embora possua

como o iodo uma enérgica acção resolutive, tem ao contrário d'êlê uma acção sedativa notável e uma afinidade muito particular para os centros cerebrais, afinidade esta que com o iodo se dá sobretudo para os neurones motores periféricos, desde o centro medular até as terminações nervosas.

Duma maneira geral, por conseguinte, podemos dizer, que sempre que no tratamento duma hemiplegia a acção resolutive pretendamos juntar uma acção calmante, devemos empregar o cálcio.

Reservaremos o emprêgo do iodo para os casos de hemiplegias de origem sifilítica, nas quais o cálcio também dá excellentes resultados, o que se explica pela sua acção se exercer de preferência sôbre as seqüelas cicatriciais, do que sôbre as lesões parenquimatosas em evolução.

Uma boa técnica, no que diz respeito à escolha do ião a introduzir, consiste a meu ver em empregar inicialmente o cálcio, que se poderá mais tarde, uma vez desaparecidos ou diminuídos os fenómenos dolorosos, alternar com o iodo para os quais êle está absolutamente contra indicado.

Passemos agora à descrição da técnica de applicação propriamente dita.

II — APLICAÇÃO

Uma vez convenientemente embebidos os electrodos, um com água destilada e outro com o soluto escolhido, e postos em conexão com os respectivos polos da origem galvânica, procede-se à sua colocação sôbre as regiões atrás indicadas, de modo a que a lesão sôbre que pretendamos actuar seja atravessada pelas linhas de fluxo e se produza d'êste modo a sua fixação sôbre ela.

A fim de evitar que a corrente passe através da caixa craniana, mas sim apenas através do globo ocular e massa encefálica, devemos empregar electrodos pequenos que não excedem o bordo da cavidade orbitária. Para que não se produzam queimaduras os electrodos devem estar revestidos duma espessa camada de algodão, bem embebidos do líquido e perfeitamente adaptados, para o que podemos empregar vantajosamente ligaduras de caucho, que têm sôbre as de pano a vantagem de não se tornarem como elas, uma vez humedecidas, boas condutoras da corrente, que deixaria assim de passar através do cérebro, que lhe oferece uma maior resistência.

Dada a pequenez da superfície dos electrodos, a intensidade da corrente deve variar entre 1 e 10 miliaperes não os devendo nunca exceder. A maioria das vezes não ultrapasso os 3 a 4 miliaperes facilmente suportáveis por todos os clientes, mesmo os de mais tenra idade.

Apenas as fracas intensidades produzem fenómenos de dielectrólise, produzindo as fortes a precipitação dos colóides que destroem, o que nos explica os desastres observados.

O organismo apresenta, tanto para a terapêutica física como para a química, fenómenos de habituação; além disso a dielectrólise praticada durante muito tempo produz fadiga. Tanto um como o outro facto nos mostram que devemos fazer êste tratamento por séries intercaladas com períodos de repouso.

As melhoras de ordinário aparecem entre a 5.^a e 10.^a sessões, acentuam-se ainda nas sessões seguintes e depois param. É então vantajoso fazer um período de repouso, durante o qual se notam ainda algumas melhoras, voltando ao fim de cerca de 3 semanas a ser estacionário o estado do doente. Devemos então recommençar uma nova série.

Duma maneira geral podemos dizer que a duração do tratamento não deve exceder um mês, seguido de 2 a 3 semanas de repouso.

Sempre que se termina ou se inicia uma série de sessões nota-se uma melhoria apreciável, o que faz pensar que a dielectrólise actue como um *choc*, orientando os processos biológicos num determinado sentido.

Vejamos agora como distribuir as sessões em cada ciclo de tratamento:

BOURGUIGNON, tendo procedido a numerosas experiências, conclui que eram necessárias duas a três sessões seguidas para se constituir uma reserva medicamentosa no organismo, isto é, que só ao fim de duas a três sessões se estabelecia o equilíbrio entre a quantidade de medicamento introduzido e a eliminada. O ideal por conseguinte parece que devia ser fazerem-se sessões diárias, mas a experiência demonstrou porém que 30 sessões seguidas produziam sempre um grande cansaço, fôsse qual fôsse o ião introduzido.

Nestas circunstâncias, BOURGUIGNON adoptou a seguinte conduta: as seis primeiras sessões são seguidas, excedendo-se d'êste

modo largamente o número necessário para a constituição da reserva; e as nove seguintes praticadas em dias alternados, exceptuados os domingos, perfazendo assim um total de 4 semanas de tratamento.

Quanto à duração das sessões devemos ter em vista que as alterações vaso-motoras apenas se observam após 15 minutos de passagem da corrente e as físicas pelo menos decorridos 25 minutos.

Daqui se depreende que o mínimo de duração será de 30 minutos, sem que sessões mais prolongadas representem um inconveniente.

O emprêgo de sessões mais curtas conduzem-nos sempre a insucessos.

Uma causa também de insucesso apontada por BOURGUIGNON é a electrólise simultânea ou simétrica de dois iões de sinais contrários, que muitos autores pretendem empregar.

Estes iões, entrando em quantidades aproximadamente equivalentes no organismo, uma vez arrastados pela circulação, encontram-se e neutralizam-se, não ficando uma reserva iónica suficiente para entrar em reacção com os iões do organismo.

É o que sucederia, por exemplo, se empregássemos os dois electrodos embebidos em soluto de iodeto de potássio. Ao nível do - entraria o iodo e ao nível do + o potássio, que se neutralizariam não havendo iões de iodo em liberdade.

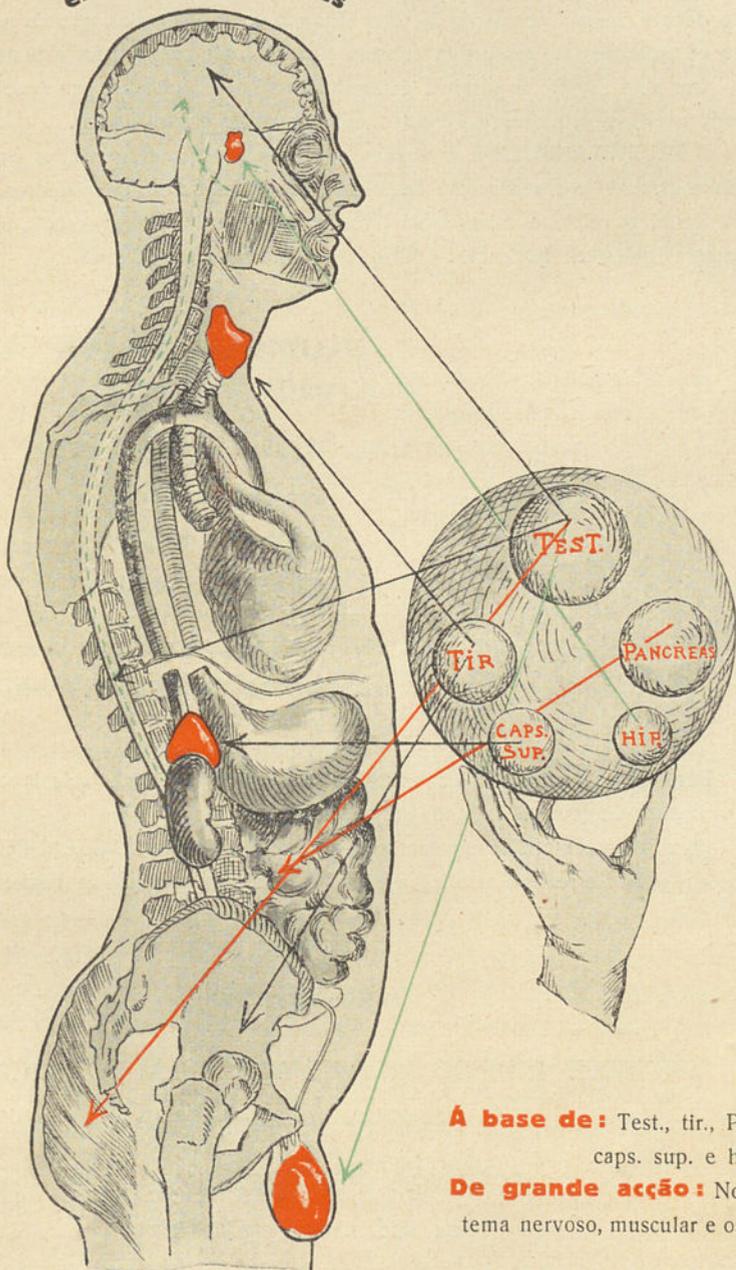
Devemos portanto fazer sempre uma ionização única sob o electrodo activo.

Resumindo, diremos pois que os princípios basilares duma boa técnica de ionização são :

- 1.º Localizar o mais possível a corrente ao foco;
- 2.º Empregar intensidades fracas 1 10 m. A.;
- 3.º Fazer séries de 4 semanas de tratamento intercaladas com 3 de repouso;
- 4.º Na primeira semana de tratamento fazer 6 sessões seguidas e nas três seguintes 3 em dias alternados;
- 5.º Não fazer sessões de duração inferior a 30 minutos;
- 6.º Não fazer dielectrólise simultânea de dois iões activos de sinais contrários;
- 7.º As soluções devem ser feitas em água destilada e o título preferível é 1 0/0.

PLURIGLANDULÍNA SEIXAS-PALMA

Para ambos os sexos
em todas as idades



À base de: Test., tir., Panc.,
caps. sup. e hipof.

De grande acção: No sistema nervoso, muscular e osseo.

pio da vida de relação entre as glandulas. Do desequilibrio funcional destas, é conduzido o organismo a um mal estar geral que se manifesta psiquica e fisiologicamente, causando neurastenia, cansaço, transtornos digestivos e auto-intoxicações.

Muitas vezes a simples deficiencia duma só glandula de secreção interna, traz alterações tão fundas na vida de correlação entre as demais e resultando d'ahi transtornos tão complexos, que o doente chega à persuasão de estar afectado de varios males, quando afinal basta a introdução no organismo do respectivo extracto glandular que carece, para o curar.

Ora nem sempre é possivel determinar qual seja a glandula em deficiencia e é por isso que nós preparamos, a conselho médico, este preparado pluriglandular.

A PLURIGLANDULINA normalisa o funcionamento das glandulas em geral e por isso facilita a digestão e a reabsorção de elementos necessarios ao metabolismo, tais como o arsenio, o ferro, o calcio e a oxydação intracelular, alem de reforçar a acção medicamentosa das preparações galenicadas, tais como: o bismutho, o mercurio e o salvarsan.

A **PLURIGLANDULINA** Seixas-Palma é de magnificos resultados na:

Neurastenia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

*e muito recomendada para o **crescimento e desenvolvimento das creanças.***

Posologia: 3 comprimidos antes de cada uma das duas principais refeições, engolidos com um pouco de agua, 10 minutos antes das mesmas.

Para que o seu efeito seja duradouro, convem tomar a PLURIGLANDULINA durante 3 a 4 mezes seguidos e recommear o tratamento logo que novo ameaço se manifeste.

DEPOSITOS:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA}

RUA PRATA, 237, 1.º — LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES, 153 — PORTO

CONCLUSÕES E RESULTADOS

Foi seguindo à risca os princípios fundamentais acima estabelecidos que consegui colhêr os resultados que passo a resumir e que reputo muito favoráveis.

Desde que comecei empregando o método de BOURGUIGNON até a presente data, isto é, durante perto de 5 anos, passaram pelas minhas mãos 232 casos de hemiplegia, dos quais apenas 81 apresentavam fenômenos de contractura para cujo tratamento estava indicada a dielectrização transcerebral.

Dêstes 81, porém, 10 chegaram até mim com a prescrição de massagem e mobilização, que por motivos especiais não quis alterar, e com o emprêgo das quais apenas 3 experimentaram ligeiríssimas melhoras.

Ficaram-nos portanto 71 doentes em que o método foi empregado e a quem fiz também, como tratamento adjuvante, massagem e mobilização durante os períodos de repouso.

Dêstes, 13 fizeram apenas um pequeno número de sessões, que de modo nenhum nos permite ajuizar da eficácia da terapêutica.

Restam-nos pois 58 casos, que foram convenientemente tratados e dos quais podemos tirar conclusões seguras.

Dêstes, 16 nenhuma melhoras experimentaram, podendo ser considerados como verdadeiros insucessos; 40 apresentaram melhoras consideráveis, continuando ainda alguns dêles em tratamento e prosseguindo a acentuação das melhoras. Em todos se notou desde as primeiras sessões uma deminuição notável da sintomatologia dolorosa, a que se seguiu deminuição dos fenômenos de contractura com aumento da motilidade. Aqueles que apresentavam amnésia viram-na deminuída, as perturbações da fala regressaram e as crises convulsivas, nos casos em que existiam, desapareceram totalmente ou tornaram-se menos freqüentes.

Dos 58 casos os 2 restantes eram portadores de hemiplegias infantis e obtiveram uma cura completa, desaparecendo totalmente a contractura, as crises convulsivas, e tendo um dêles obs. n.º 2:169 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar) recuperado por completo a fala. Devo frisar que êste doente, ao entrar no meu serviço, estava absolutamente afásico.

Estas curas mantêm-se há cêrca de 18 meses conforme recentemente constatei.

Dos 42 indivíduos tratados com êxito 25 eram adultos e 17 crianças com idade oscilando entre 20 meses a 10 anos. Foi nestes sobretudo que melhores resultados colhi, reputando o método de BOURGUIGNON um precioso auxiliar para minorar a triste situação dêstes pequenos doentes.

No que diz respeito à escolha do ião a introduzir procurei sempre, quanto possível, precisar a etiologia do caso e seguir o critério que acima deixei exposto.

Por vezes, em face de poucos resultados colhidos com um dos iões I ou Ca, empregava o outro, vendo a seguir os meus doentes melhorarem.

Todos fizeram mais do que uma série de sessões, distanciadas mais ou menos conforme a intensidade dos fenômenos e conforme as circunstâncias individuais o permitiam.

O momento da minha intervenção foi sempre bastantê afastado do acidente determinante da hemiparesia, não porque eu julgue êste o bom critério, mas sim porque os doentes me consultaram, na maioria dos casos, já depois de ter ensaiado terapêutica física e medicamentosa variada.

Contudo, tenho a impressão que haverá vantagem em intervir precocemente para colhermos melhores resultados.

Esta precocidade não deve porém ser levada ao exagêro, e devemos antes esperar que decoira um período de tempo suficiente, trinta dias aproximadamente, para que a nossa intervenção, provocando intensos fenômenos vaso-motores, não acarrete aos doentes graves inconvenientes.

RÉSUMÉ

Après de brèves considérations sur les différentes méthodes physiothérapeutiques, qui ont précédé l'ionisation transcérébrale de BOURGUIGNON, — méthodes dont les résultats ont été très médiocres dans le traitement de l'hémiplégie avec contracture, l'A. décrit les phénomènes d'ionisation et les faits qui ont conduit BOURGUIGNON à l'établissement des bases de sa méthode, en dé-

taillant celles-ci, ainsi que la technique employée et l'appareillage dont on a besoin.

L'A. résume alors les résultats obtenus dans le traitement de 71 malades, sur lesquels il a pratiqué aussi le massage et la mobilisation, pendant les périodes de repos entre les séries d'ionisation transcérébrale.

Des 71 malades soignés, 13 n'ont pas suivi leur traitement d'une façon régulière ni pendant le nombre de jours qu'on estimait suffisant.

Des 58 restants: 16 représentent des succès, 40 éprouvèrent de sensibles améliorations et 2 ont obtenu une parfaite guérison.

Ces résultats se maintenaient encore 18 mois après.

Selon ces conclusions, les améliorations consistent dans une appréciable diminution des douleurs et des phénomènes de contracture, qui disparaissent presque complètement. La motilité active est augmentée d'une façon considérable. Ces améliorations ont été plus remarquables sur les jeunes malades.

Dans tous les cas en question, on a fait plus d'une série d'applications, employant selon les cas, l'I ou le Ca — ou encore les deux alternativement.

L'auteur est d'avis qu'on doit intervenir précocement, en tout cas jamais avant 30 jours écoulés après l'accident, afin d'éviter de nuire aux malades par des phénomènes vaso-moteurs intenses provoqués par l'ionisation.

BIBLIOGRAFIA

- G. BOURGUIGNON e M. CHERAY. — Traitement de l'hémiplégie cérébrale traumatique par le courant galvanique avec ionisation de chlorure de calcium. *Société de Neurologie*. 2 de Fevereiro de 1922.
- DELHERM e LAQUERRIÈRE. — *L'Ionothérapie Électrique*. — 2.^a edição, 1925.
- G. BOURGUIGNON. — Traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation calcique transcérébrale. — *Nouvelle Technique*. Société de Neurologie, 2 de Julho de 1925.
- G. BOURGUIGNON. — Nouvelle technique d'ionisation transcérébral du calcium pour le traitement de l'hémiplégie avec contracture. *Bulletin officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie*. Outubro de 1925.
- C. BOURGUIGNON e JUSTER. — Résultats du traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation de divers ions avec courant orbito-occipital. *Bul-*

- letin officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie.* Outubro de 1925.
- DENIER (DE LA TOUR DU PIN). — Résultats de la méthode de Bourguignon dans le traitement de l'hémiplégie et de la paralepsie faciale. *Bulletin officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie.* Junho de 1927.
- DELHERM e LAQUERRIÈRE. — *Électrologie.* 2.^a edição, 1927. Pág. 303.
- W. VIGNAL. — *Électrothérapie.* 1928. Pág. 313.
- P. MATHIEU. — Traitement par l'ionisation transcérébrale de l'hémiplégie. *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie.* Janeiro e Fevereiro de 1929.
- H. ZIMMERN. — L'ionisation et ses applications analgésiques. — *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie.* Janeiro e Fevereiro de 1929.
- G. BOURGUIGNON. — Nouvelles techniques d'introduction électrolytiques d'ions. — La «Diélectrolyse» ou «Ionisation» d'iode et de calcium. Março e Abril de 1929.

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

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 Violenne, PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A ÚNICA 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^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.

DOSE MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniodo.

LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

LISBOA MÉDICA

VIGANTOL

Vitamina-D

Acção favorável sobre a dentição crescimento dos ossos e a formação do cálcio ao nível das fracturas. Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbridas.

Embalagens
originais:

VIGANTOL

solução óleo

VIGANTOL

chocolatado em drageas



Raquitismo,
Craneotabes,
Osteomalacia,
Cária dos dentes,
Tuberculose ossea
Prétuberculose,
Escrofulose,
Espasmodia
e Tétano.



Bayer-Meister-Lucius

Secção Farmacéutica Científica
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen

Depositar: AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradores, 150, 3.º
Lisboa

E. Merck

Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt

Depositar: J. WIMMER & C.º
Rua 24 de Julho, 34
Lisboa

NOTAS CLÍNICAS

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REACÇÃO DE MAKI TAKATA-KIYOSHI ARA NA DOENÇA DO SONO

POR

WALDEMAR GOMES TEIXEIRA
Médico de 1.^a classe

A leitura da comunicação do Dr. Eurico de Almeida sobre a reacção de Maki Takata-Kiyoshi Ara no líquido céfalo-raquídeo dos doentes tripanosomados, por me parecer a prova interessante como meio de diagnóstico do segundo período da tripanosomíase humana, e por não exigir a sua técnica mais material do que o que no meu deficiente laboratório eu podia utilizar, levou-me a experimentar a indicada reacção.

Tomando o grau de positividade do segundo período da doença do sono, para cujo determinação a prova de Takata-Ara prestaria bom serviço, por sinonismo de fase de alteração do líquido céfalo-raquídeo, pensei verificar, visto que em todos os doentes tripanosomados eu praticava a punção lombar e podia, assim, obter líquidos em várias fases de alteração, se essa fase regeria o tempo e a intensidade da positividade da prova.

A reacção foi sempre praticada juntando a 1 centímetro cúbico de líquido uma gota de soluto de carbonato de soda a 10 % e, a seguir, 0,3 c. c. de uma mistura em partes iguais de soluto de cloreto mercúrico a 0,5 % e de soluto de fucsina a 0,02 %.

A floculação, quando rapidamente produzida—de 1/2 minuto a 1/2 hora—foi, em regra, grossa, nítida; quando aparecida além de 1/2 hora, foi, em geral, fina, duvidosa, por vezes só visível à lupa.

As reacções demoradas até 12 e 18 horas, com fina e duvidosa floculação, foram verificadas em alguns poucos líquidos normais ou com alteração inferior a 40 linfócitos por milímetro cúbico, ao passo que as reacções rápidas—muito freqüentemente de 1/2 minuto a 5 minutos—de nítida floculação, corresponderam, quasi sem excepção, a líquidos alterados além de 40 linfócitos por milímetro cúbico. Só duas vezes foi vista floculação nítida além de meia hora (12 e 18 horas).

Por essas razões, para o cálculo dos resultados, só considero positivas as reacções que, em intensidade, mostraram uma floculação grossa, nítida, indubitável, e, em tempo, se produziram em muito poucos minutos, até meia hora.

RESULTADOS

L. C. R. normal ou com linfocitose não excedendo 40 linfócitos por milímetro cúbico:

Com Takata-Ara negativo até 18 h.	76
Com Takata-Ara positivo até 30 m.	2
Com Takata-Ara positivo em 18 h.	2

L. C. R. com linfocitose excedendo 40 linfócitos por milímetro cúbico:

Com Takata-Ara negativo até 18 h.	11
Com Takata-Ara positivo até 30 m.	33

Como se observa, de 80 líquidos, cuja alteração é nula ou inferior a 40 linfócitos por milímetro cúbico, 76 mostram um Takata-Ara negativo, isto é, sem floculação ou, uma ou outra vez, com a tal fina e duvidosa floculação ao fim de 12 ou 18 horas. Apenas dois desses líquidos tiveram o Takata positivo até 30 minutos, e dois outros, excepcionalmente, flocularam com nitidez entre 12 e 18 horas.

De 44 líquidos com linfocitose variando entre 40 e 1.000 linfócitos por milímetro cúbico, 33 tiveram o Takata-Ara positivo até meia hora e 11 não flocularam até 18 horas. Aos 33 primeiros foram os seguintes os tempos precisos para mostrarem floculação:

De 1/2 m. a 5 m.	22
De 5 m. a 10 m.	5
De 10 m. a 15 m.	1
De 15 m. a 30 m.	5

Em 75%, pois, a reacção de Takata-Ara, quando nitidamente positiva até 30 minutos, foi concordante com a alteração do líquido céfalo-raquídeo superior a 40 linfócitos por milímetro cúbico.

Dentro dos 30 minutos considerados como tempo de positividade da reacção não corresponde a maior rapidez com a maior alteração; um líquido com 45 linfócitos por milímetro cúbico deu o Takata positivo em 1 minuto; outro líquido, com 887 linfócitos por milímetro cúbico, só aos 30 minutos mostrou a floculação nítida.

A-pesar-de não serem muito grandes as variações da quantidade de albumina, tenho a impressão de que as falhas do Takata-Ara caem sobre os líquidos que, com acentuada linfocitose, mantêm normal ou pouco aumentada a sua percentagem de albumina.

CONCLUSÕES: — A reacção de Maki Takata-Kiyoshi Ara, só considerada positiva quando uma floculação nítida se verifica até 30 minutos, revela em 75% dos casos uma alteração do líquido céfalo-raquídeo superior a 40 linfócitos por milímetro cúbico.

Uma reacção de Takata-Ara negativa até 30 minutos — considerada também negativa quando apenas uma floculação fina ou duvidosa se produza — revela, com 97,5% de probabilidade, um líquido normal ou em que a linfocitose não vai além de 40 linfócitos por milímetro cúbico.

Os 25% de falhas da reacção parecem incidir em líquidos em que a percentagem de albumina é menor do que a que o grau da linfocitose faria esperar.

Em regra, a reacção de Maki Takata-Kiyoshi Ara será praticada, mesmo no mato, por quem tenha já diagnosticado a tripanosomiase e, portanto, tenha um microscópio, ao lado do qual o material necessário para a clássica análise do líquido céfalo-raquídeo é reduzidíssimo: a análise em si não requiere muito tempo nem muito trabalho e marca seguramente o segundo período da doença do sono. Mas, quando não haja uma câmara de contagem e um albuminímetro, poderá a reacção de Takata-Ara servir como meio de diagnóstico do segundo período da doença do sono, visto que, embora deixe escapar 25% de líquidos com notável alteração, só em 2,5% é positiva em líquidos com leve linfocitose, e não há, por enquanto melhor.

Revista dos Jornais de Medicina

O tratamento das queimaduras cutâneas. (*The treatment of cutaneous burns*), por F. BRANCOFT. — *New. Eng. Jour. Of. Med.* 24 de Abril de 1930.

A par do estudo da patologia local e da patologia geral das queimaduras, o autor faz especialmente referência ao tratamento das queimaduras de 2.º, 3.º e 4.º grau, respectivamente caracterizadas pela existência de vesículas, pela destruição da camada epidérmica, pela destruição desta camada e dos tecidos infra-jacentes até os folículos pilosos.

Este tratamento consiste na aplicação local de compressas húmidas de soluto de ácido tânico a 5%, renovadas no decurso das primeiras 24 horas de tratamento.

As vantagens dêste tratamento são as seguintes :

Deminui as dores;

Impede a perda de fluidos pela superfície da queimadura;

Deminui a toxemia e protege a epidermização, estimulando-a ao mesmo tempo.

O ácido tânico substitui com vantagem as pomadas e óleos que geralmente se usam e mostra todos os seus efeitos benéficos quando empregado antes de qualquer outro tratamento.

MORAIS DAVID.

Tratamento da anemia perniciosa pelo estômago de porco sêco e pulverizado. (*Traitement de l'anémie pernicieuse par l'estomac de porc desseché et pulvérisé*), por I. SNAPPER e J. DUPREZ. — *Bul. et Mem. Soc. Méd. des Hop. de Paris.* 11 de Abril de 1930.

Cattle e Lock provaram que os doentes com anemia perniciosa readquiriam um aspecto normal do sangue quando se sujeitavam ao tratamento por meio dos produtos de digestão da carne mal passada, obtidos pela intubação gástrica de indivíduos normais.

Outros autores começaram a aconselhar, para o mesmo fim, os preparados de estômago de porco, macerado ou sêco e pulverizado, com o qual obtinham os mesmos sucessos que Whipple e Minot alcançaram com a opoterapia hepática.

Em 3 casos de anemia perniciosa os autores conseguiram bons resultados com o uso de pó do estômago de porco e comparáveis aos do tratamento de Minot. Um caso resistiu ao tratamento indicado e bem assim ao tratamento pelo figado. Só pela aplicação simultânea dos dois tratamentos se pôde modificar o aspecto clínico dêste caso.

Em um 5.º caso, com estado geral precário e sem reacção terapêutica inicial apreciável, os autores conseguiram, ao cabo de algum tempo, bons resultados com o emprêgo combinado da opoterapia gástrica e da opoterapia hepática. Conclusão ;

«O estômago de porco sêco e pulverizado pode recomendar-se como medicamento activo na anemia perniciosa. Certos casos rebeldes ao tratamento proposto ou ao tratamento de Minot cedem ante os dois tratamentos combinados.»

Segundo a prática dos autores, as lesões nervosas da anemia perniciosa resistem ao tratamento hepático e por vezes agravam-se até, a-pesar do regresso a um quadro hematológico completamente normal.

MORAIS DAVID.

O tratamento das veias varicosas com as injeções esclerogénias. (*The injection treatment of varicose veins*), por G. PENNOYER. — (*An. of Surg.* Março de 1930.

Do estudo empreendido pelo autor sôbre o método conclui-se :

As veias varicosas das extremidades inferiores podem obliterar-se, definitivamente, pelo método esclerogénio.

O método é menos perigoso e mais simples do que a excisão operatória e tem além disso outras vantagens que o tornam preferível ao tratamento operatório.

A técnica é das mais simples e o tratamento não exige o internamento dos doentes.

MORAIS DAVID.

Pancreatite aguda. (*Acute pancreatitis*), por R. COLP. — *An. of Surg.* Março de 1930.

Colp apresenta a discussão clínica de 54 casos de pancreatite aguda e apura determinadas conclusões que especialmente visam o esclarecimento dos pontos mais obscuros de tão importante capítulo da patologia.

A pancreatite aguda coexiste com afecções da vesícula biliar em 85 % dos casos, conforme se demonstrou por meio da intervenção operatória ou do exame anátomo-patológico.

Todavia em uma série de 1:280 casos de neoplasia ou de estenose das vias biliares a pancreatite aguda apareceu apenas em 2,6 % dos casos.

Parece, pois, que a pancreatite aguda é sobretudo condicionada pela alteração simultânea das vias biliares e pancreáticas que determinam o refluxo da bilis infectada no parênquima pancreático.

O quadro sintomatológico, tanto pelo que diz respeito aos sintomas subjectivos como aos sintomas objectivos, é extremamente variável de caso para caso e, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito por exclusão de partes.

Nos casos suspeitos a presença do exsudado peritonial, característico no seu aspecto, corrobora o diagnóstico.

A pancreatite aguda é sempre e invariavelmente uma doença de fôro cirúrgico; o acto operatório tem em vista a remoção dos produtos proteínicos tóxicos, a limitação da necrose da glândula e, quando isso é possível, a

destruição das condições anatómicas que favoreceram ou determinaram o processo inflamatório e necrótico da glândula.

As medidas terapêuticas fundamentais são a drenagem do pâncreas, a aspiração do exsudado peritonial e colecistostomia.

A transfusão sanguínea é, em alguns doentes, de grande préstimo.

A morte deriva na grande maioria dos casos da toxemia gerada pela necrose aguda do tecido pancreático.

O prognóstico é sempre grave. Na série de casos do autor, em 46 casos operados sobreviveram 23.

MORAIS DAVID.

Tratamento prolongado do bócio exoftálmico com o uso exclusivo do iodo. (*Prolonged treatment of exophthalmic goiter by iodine alone*), por W. THOMPSON, P. BRAILEY e A. CONHEN. — *Arch. Int. Med.* Abril de 1930.

24 doentes com bócio exoftálmico, dos quais 14 de forma benigna e 10 de forma moderadamente severa, foram tratados com a administração exclusiva de iodo, uns continuamente outros por períodos intermitentes de 1 1/2 mês a 3 anos. Em 13 casos o tempo de tratamento ultrapassou 1 ano.

Com 3 excepções (3 casos de reacção insuficiente ao tratamento), os doentes puderam continuar com a sua vida de trabalho habitual durante o tratamento, pondo assim de parte o efeito benéfico do repouso sobre a marcha da doença.

Em 9 de 14 casos benignos (64%) os resultados foram satisfatórios: o quadro clínico da tirotoxicose foi total ou parcialmente debelado pelo tratamento e o metabolismo basal manteve-se a um nível normal.

Em 4 destes 9 doentes, em que o iodo foi interrompido durante 10 a 16 meses, a cura foi aparentemente completa e em 3 outros, com tratamento suspenso por um período de 4 a 17 meses, não houve recorrência de sintomas.

Em 3 dos 14 casos benignos (22%), os resultados terapêuticos foram seguramente satisfatórios e houve uma melhoria nítida, apesar da lentidão ou da inconstância da resposta ao tratamento.

Em 2 casos (14%) os resultados foram nulos.

Em 10 casos graves ou de média gravidade os resultados foram apreciáveis em 1 (10%) e em 5 a doença sofreu um agravamento nos seus sintomas (50%).

CONCLUSÃO: Os doentes portadores de bócio exoftálmico grave ou de média gravidade raramente conquistam mais do que uma melhoria temporária pelo tratamento iódico prolongado. Por via de regra, a doença sofre uma recrudescência e torna-se mais severa do que antes do início do tratamento.

Se a doença é de feição benigna, os doentes reagem ao tratamento de uma maneira satisfatória, na maioria dos casos, e em alguns deles o tratamento pode mesmo conduzir à cura.

A acção do tratamento iódico prolongado sobre o bócio exoftálmico parece ser determinada mais por qualquer factor fundamental em relação com a doença, possivelmente até relacionado com a sua causa, do que pela dosagem variável do fármaco.

MORAIS DAVID.

Análise de 100 tiroidectomias consecutivas por bócio com hipertiroidismo. (*Analysis of 100 consecutive thyroidectomies for goiter with hyperthyroidism*), por D. STRAUSS e H. RUBIN. — *The Surg. Clin. of North Am.* Abril de 1930.

S. e R. adoptam como medidas preparatórias da intervenção cirúrgica o estudo meticoloso e repetido do metabolismo basal e a ingestão do soluto de lugol em doses variáveis de caso para caso (dose média de 10 gotas 3 vezes ao dia).

Nos casos observados pelos autores, e depois submetidos ao tratamento operatório, não se estabeleceu distinção entre as formas de bócio exoftálmico primitivo e de adenoma tóxico; os autores reputam esta classificação imprópria e consideram ambas as variedades de bócio como aspectos diferentes de um mesmo estado mórbido e dotadas da mesma capacidade e da mesma mortalidade de reacção ao tratamento pelo iodo.

A duração do tratamento pre-operatório é muito variável e é principalmente subordinada às alterações verificadas no valor do metabolismo basal. Este deve ser trazido até valores de + 30 e, sendo possível + 20, limites em que a intervenção tem razão de fazer-se, habitualmente.

A análise de alguns casos clínicos foi a seguinte:

10 casos com metabolismo de + 20 % a + 25 %, na altura da operação; tinham como valor médio do metabolismo basal, na altura da admissão, + 48,8 % e na altura da alta do hospital + 9,3 %.

9 casos com metabolismo basal entre + 25 % e + 30 % a quando da operação, entraram com valor médio de + 49,6 %, saíram com valor médio de + 3,9 %.

8 casos operados com valores de + 30 % a + 35 % entraram com metabolismo basal de + 50 % de valor médio e à saída o metabolismo, como média, + 3,1 %.

8 casos foram operados com valores de metabolismo basal compreendidos entre + 34 % e + 40 %; entraram com valores de + 63,8 % (média) e saíram com + 6,8 %.

9 casos tinham metabolismo basal de + 40 % a + 45 %, na altura da intervenção. Entraram com + 59,9 % e saíram com + 3,9 %.

5 casos com metabolismo basal de + 45 % a + 50 % na altura da intervenção tinham à entrada no hospital + 70,5 % e à saída + 10,8 %.

2 casos com metabolismo basal de + 50 % a + 55 %. Média do metabolismo à entrada no hospital + 70,7 %. Saíram com + 24,4 %.

1 caso com metabolismo de + 67,9 % à entrada no hospital, foi operado com + 65 % e teve alta com + 24,6 %.

1 caso com metabolismo de + 97,9 % na admissão. Operado com + 77,7 % e morreu.

1 caso com + 65,4 % na admissão, operado com + 83 %, teve alta com + 10 % (gravidez).

8 casos apresentaram fibrilação auricular na altura da intervenção operatória, com uma média de metabolismo de + 41,5 %.

Como complicações houve 4 casos de paralisia da corda vocal, 1 caso de tetania e 3 casos de morte.

MORAIS DAVID.

Agranulocitose e seu aspecto cirúrgico. (*Agranulocytosis and its surgical aspect*), por W. HUEPER e L. GARRISON. — *The Surg. Clin. of North Am.* Abril de 1930.

Conclusões: A agranulocitose é caracterizada por uma leucopenia acentuada, em relação com uma alteração dos sistemas mielóide e linfóide. A leucopenia pode preceder todos os demais sintomas de alguns dias a semanas.

As úlceras necróticas da pele e das mucosas têm sido consideradas como alterações secundárias provenientes de uma extrema debilidade dos tecidos e da sua fraca resistência aos insultos traumáticos de vária natureza.

As alterações tonsilares podem não aparecer e não têm maior importância na identificação da doença.

A ocorrência de longas remissões na marcha da agranulocitose deve pôr de sobreaviso os clínicos. Só se deve falar de cura nos casos sem recaída depois de muitos meses de observação.

A agranulocitose não é tão rara como usualmente se supõe.

As medidas terapêuticas até hoje utilizadas são de fraca utilidade.

Em 25 % dos casos têm-se encontrado lesões das vias biliares e do fígado.

Nos casos com lesões evidentes da vesícula biliar está indicada a sua drenagem.

As transfusões sanguíneas representam um método aconselhável de tratamento.

MORAIS DAVID.

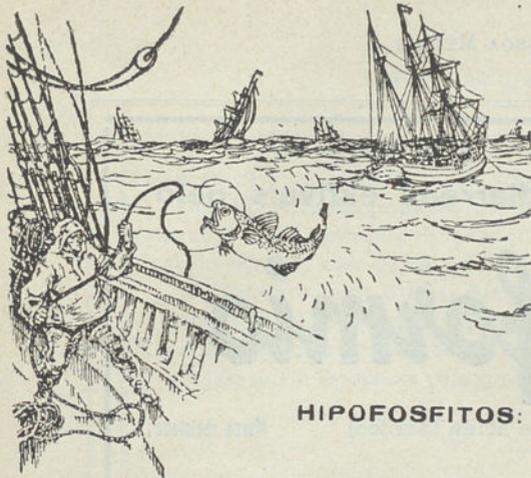
Uma nova forma clinica da diabetes, a diabetes suspensa. (*Une nouvelle forme clinique du diabète, le diabète suspendu*), por PEDRO ESCADERO. — *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie.* TÔMO I. N.º 2.

O A. considera, sob o ponto de vista patogénico, três periodos diferentes na diabetes:

1.º *periodo.* — Caracterizado por uma perturbação do metabolismo da glucose que só pode ser posta em evidência pela ingestão de glucose. Durante este periodo não há nem glicosúria nem hiperglicemia constante; existe somente uma hiperglicemia post-alimentar que desaparece logo que cessa a alimentação.

2.º *periodo.* — É a forma que o autor descreveu sob a designação de «diabetes oculta». Difere da anterior pela constância da hiperglicemia com glicosúria nula ou, às vezes, fraca e efêmera. Representa o periodo de compensação da diabetes. Não há ainda acidose.

3.º *periodo.* — Apresenta perturbação do metabolismo da glucose com hiperglicemia constante e glicosúria. É a doença em plena evolução, o periodo de compensação susceptível de se complicar de acidose.



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

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

D O S E S :

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**

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º — LISBOA



ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de **insuficiência cardíaca**

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

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

Tratamento das diarrêas estivais pelo

Eldoformio

(combinação de leveduras e ácido tannico)

Marca registada

cuja acção antidiarreica é rápida e segura



O Eldoformio dado que é adstringente, abranda a mucosa irritada, diminue a hiperemia e contribui assim indirectamente para a redução da peristaltica

Indicações: Catarrhos intestinais, dispepsias, gastro-enterites (cholera nostras), incomodos intestinais secundários da gripe e tuberculose.

Aplicável sobre tudo na prática infantil

Embalagem original:

Tubos de 20 comprimidos de 0 gr. 50



Bayer-Meister-Lucius

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft,
Leverkusen (ALEMANHA)

Representante e depositário

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º - LISBOA

As mais das vezes, estes períodos sucedem-se infalivelmente. Às vezes a evolução pára no primeiro ou no segundo período.

Um diabético no primeiro período ou está no início da sua doença ou *suspendeu* a sua evolução. No primeiro caso trata-se de uma diabetes evolutiva; no segundo caso de uma *forma suspensa*.

O A. mostra como é fácil diferenciar as duas formas, e demonstra clinicamente e experimentalmente que existe a forma clínica da *diabetes suspensa*. Manifesta-se por complicações próprias da diabetes: o antrás, a gangrena, etc., e põe-se em evidência pela prova da hiperglicemia diagnóstica.

E. C.

Sobre o tratamento dietético dos cancros de estômago inoperáveis.
(*Über die diätetische Behandlung inoperabler Magenkrebskranker*), por
I. BOAS. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 5. 1930.

Abstraindo a operação paliativa do cancro do estômago, isto é, a gastro-enterostomia, que apenas prolongava a vida cinco ou seis meses em média, a única terapêutica real consiste na ablação radical do tumor. Entretanto, e a-pesar-dô aperfeiçoamento da técnica operatória, a mortalidade é ainda grande e o número de casos de neoplasia do estômago operáveis relativamente pequeno. Assim, na clínica de Payr apenas se fizeram 143 ressecções durante os anos de 1911 a 1917, embora o número de carcinomatosos gástricos fôsse de 475. Na clínica de Breslau a percentagem de ressecções foi de 24,6 e na clínica dos irmãos Mayo (entre 2:094 casos) 32,2 %, isto é, valores que não ultrapassam os do material de Payr. Cerca de 70 % dos cancerosos gástricos chegam pois às mãos do cirurgião num estado inoperável.

A terapêutica médica paliativa do cancro do estômago visa especialmente dois fins: prolongamento da vida, combate do sofrimento. Dêstes dois fins é o último o mais importante.

A questão do tratamento médico do cancro do estômago, e especialmente do tratamento dietético, é a maioria das vezes desprezada pelos clínicos cuja resignação perante o diagnóstico se traduz na terapêutica por uma certa passividade. Não querendo aborrecer o doente com medidas dietéticas fundamentalmente inactivas, o clínico põe em primeiro plano a medicação narcotizante que alivia o doente e sossega o médico.

O autor não segue êste último critério e pretende demonstrar no seu artigo que o tratamento dietético alivia em muitos casos o sofrimento do doente.

A-pesar-da incerteza que domina a etiologia e a patogénese do cancro, admite-se que as irritações crónicas, de natureza física ou química, favorecem a proliferação da neoplasia. Daqui se deduz que no tratamento paliativo do cancro do estômago devemos evitar todos os excitantes mecânicos ou químicos. Os medicamentos a que se atribui acção paliativa devem ser administrados, quando possível, por via parenteral ou rectal.

Ainda maior importância tem a alimentação que pode facilitar a proliferação e a ulceração da neoplasia. Os alimentos de acção irritante mecânica

ou química, as bebidas alcoólicas, a nicotina, etc., favorecem a tendência à ulceração e devem evitar-se. Nem todos os clínicos têm opinião idêntica à de Boas. V. Noorden e Salomon, num livro recentemente publicado (1), aconselham aos cancerosos gástricos uma alimentação o mais liberal possível, permitindo-lhes que comam tudo o que lhes não causa sofrimento, inclusive especiarias, mesmo *páfrica* e *curry*. V. Noorden e Salomon aconselham ainda a evitar a dieta líquida e de purés que muitos médicos prescrevem logo que se estabelece com segurança o diagnóstico de cancro do estômago.

A qualidade da alimentação não constitui para Boas a parte mais importante das prescrições terapêuticas que a seu ver devem tender a evitar os sintomas objectivos e subjectivos mais penosos. Afastados estes, voltam, pelo menos durante algum tempo, o apetite e a alegria de viver. Deve entretanto notar-se que as queixas dos cancerosos gástricos nem sempre são condicionadas pelas alterações orgânicas provocadas pelo neoplasma no próprio estômago e que a maioria das vezes provêm de complicações de toda a espécie (aderências aos órgãos vizinhos, metástases). Compreende-se bem que as medidas dietéticas não possam actuar sobre esses sintomas.

Ao contrário dos autores citados, Boas considera como alimentação ideal, para o canceroso do estômago, a dieta puramente líquida. O leitor que conheça os trabalhos de Boas (2) compreende que uma tal dieta não é nem monótona, nem pobre em calorías. Com uma tal dieta não só desaparecem em muitos casos a sensação de pressão, as dores e os vômitos, mas ainda melhora o apetite que nada tem que ver com a falta de ácido clorídrico. A continuação da dieta líquida traz em muitos casos o desejo duma alimentação mais consistente, o que é permitido pelo autor nos casos em que os orifícios dos estômagos estão isentos de proliferação neoplásica e ainda naqueles em que o doente tolera sem mal-estar a dieta líquida. Começa-se então a alimentação pastosa, em forma de purés. Aconselha a maior prudência no emprego de especiarias e a peritivos. Assim, condena o uso de bebidas ricas em alcohol: água-ardente e conhaque, licores, Scherry, vinho do Porto, etc., molhos picantes, conservas. Pelo contrário, aconselha o uso de limonadas, laranjadas, compotas, sumo de ananas e melão, baunilha, etc. Por via de regra o doente toma com agrado o Yoghurt e o Kéfir.

O bom resultado desta terapêutica dietética é atestado pelo autor em duas observações, uma das quais transcrevemos:

Doente de 40 anos com um carcinoma da *pars media* do estômago inoperável. Referia sensação de pressão e dores na região gástrica, perda de apetite e acentuado emmagrecimento.

Admitido em Janeiro de 1928, foi-lhe instituída dieta líquida e, depois de desaparecidas as dores, alimentação pastosa. As dores não voltaram e o doente aumentou lentamente de pêso. No verão de 1928 o seu estado tinha-se modificado de tal forma que fez uma viagem ao Tirol, voltando depois para casa sem dores e com bom estado geral. Só em Dezembro começou a pade-

(1) In. v. Bergmann-Stahelins Handb. d. inn. Med. Bd. 3, T. 1, S. 893.

(2) Boas-Kelling. Diatetik der Magen-und Darm-Krankheiten. 2 Anfl. Lipzig 1926.

cer de dores com aumento de volume do fígado (metástases). Algumas semanas depois morreu.

F. FONSECA.

Tratamento pela urotropina da meningite purulenta. (*Urotropinbehandlung der eitrigen meningitis*), por V. HINSBERG e R. WEISE.

Embora ainda não esteja perfeitamente esclarecido o modo de acção da urotropina na meningite, grandes doses da droga injectadas por via intravenosa actuam favoravelmente sobre o processo quando se consegue excluir cirurgicamente o foco primário da infecção. As experiências em animais de-
põem seguramente a favor da acção da urotropina e a prática clínica no homem não nega essa acção. Os sintomas de irritação dos rins e bexiga e os de intoxicação geral provenientes das grandes doses de urotropina injectada são, quando aparecem, desprovidos de perigo.

FONSECA.

Dois casos de aneurisma sifilítico da artéria pulmonar. (*Zwei Fälle von syphilitischem aneurisma der Arteria pulmonalis*), por J. NEUBURGER. — *Deut. Med. Woch. N.º 20. 1930.*

Descrição de dois casos de aneurisma da artéria pulmonar. Em ambos os casos se tratava dum processo inflamatório sifilítico, um dos quais com ruptura e formação dum aneurisma dissecante.

F. FONSECA.

O tratamento pelos alcalinos da úlcera do estômago. (*Hur Alkalibehandlung des Ulcus ventriculi*), por I. ANFANGER. — *Deut. Med. Woch. N.º 20. 1930.*

Em doze individuos sãos foi estudado o ph da urina depois da administração de alcalinos. A alcanização da urina dá-se do 3.º ao 8.º dia.

Em cinco casos de úlcera do estômago e nas mesmas condições das experiências anteriores houve um atraso da alcanização da urina.

Em nove casos de úlcera do estômago não houve retardamento da urina.

Não tem, pois, valor diagnóstico a medida do ph da urina dos doentes do estômago depois da administração de alcalinos.

F. FONSECA.

O tratamento tuberculínico da asma. (*The tuberculin treatment of asma*). — *The Brit. Med. J. N.º 3618. 1930.*

O tratamento pela tuberculina é dotado de valor num considerável número de casos de asma que se mostram resistentes a outros métodos terapêuticos. Pode empregar-se na asma espasmódica, em doentes de qualquer idade, e em mãos cautelosas não é prejudicial ao doente. Para obter bons resultados é necessário que o tratamento seja prolongado e repetido quando for

necessário. Os resultados apresentados pelo autor, comparados com os obtidos por outros métodos mais complicados do que este, justificam a sua generalização, especialmente nos casos que não beneficiam com o simples tratamento rotineiro.

F. FONSECA.

A injeção intravenosa da hormona do lobo posterior da hipófise no diagnóstico precoce da gravidez. (*Die intravenöse Injektion von Hypophysenhinterlappenhormon zur Diagnose der Frühgravidität*), pelo Prof. HEINZ KUSTNER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1930. N.º 10.

O diagnóstico precoce da gravidez é sempre difícil para o prático, sobretudo para aquele que vive longe dos recursos laboratoriais, e muitas vezes é totalmente impossível estabelecer um diagnóstico diferencial entre esta e uma gravidez extra-uterina ainda intacta, uma disjunção ovárica com amenorreia, onde tantas vezes se palpa nos períodos pre-menstruais um útero aumentado de volume, um quisto dum corpo *luteum* com períodos amenorreicos ou ainda naqueles casos nos quais, por causas desconhecidas, aparecem estados semelhantes aos da gravidez.

A amenorreia, a coloração dos órgãos genitais, o aparecimento do *colostrum*, o mal-estar e os vômitos matutinos são sinais que não garantem uma diagnose segura.

Por isso o A. julga útil aconselhar um método por êle já experimentado, e já há alguns anos publicado, e que considera de grande auxílio para o diagnóstico diferencial. Consiste na injeção intravenosa de aproximadamente $\frac{1}{2}$ c. c. da solução habitual de hipofisina ou Pituglandol; $\frac{1}{2}$ ou $\frac{3}{4}$ de minuto depois da injeção o útero contrai-se e mantém-se assim durante 3 a 5 minutos. Esta contracção forte da musculatura uterina só se verifica no estado grávidico ou puerperal e nunca, ou tão fraca que não chega a tornar-se evidente, na degenerescência miomatosa do útero, nas hipertrofias dêste órgão por pólipos ou miomas sub-mucosas, etc.

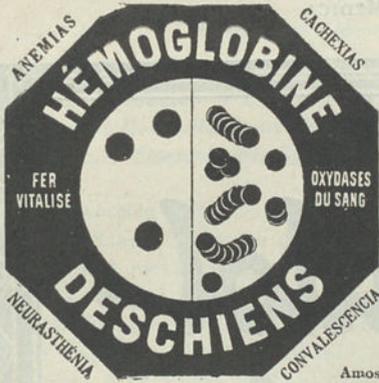
Acêrca da técnica o A. recomenda fazer a injeção um $\frac{1}{4}$ ou em $\frac{1}{2}$ minuto ou mesmo mais para evitar fenómenos desagradáveis por rápida absorção do fármaco, ou ainda empregá-lo em soro glucosado, quando os pacientes apresentam perturbações cardíacas ou circulatórias.

Proceder-se há seguidamente a novo exame ginecológico e procurar-se há verificar o aumento de dureza do útero. Sucede algumas vezes, concomitantemente com êste endurecimento, os pacientes perderem a cor normal do rosto e chegarem até à lipotimia, que passa sempre rapidamente e não traz complicações.

O A. assevera ainda que esta contracção uterina provocada não tem inconvenientes para a boa marcha da gravidez nem prejudica o feto. Em diferentes casos êle pôde auscultar, durante a contracção, os ruídos cardíacos daquele, e verificou que estes cessam após um pequeno período de bradicardia, para voltarem a aparecer com o seu ritmo normal.

J. ROCHETA.

LISBOA MÉDICA



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total.

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

“
Ceregumil
 Fernández
 ”

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.
 FERNANDEZ & CANIVELL MÁLAGA
 Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
 Rua Nova da Trindade, 9-1.
 LISBOA



EPIYOMIN SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como
el más eficaz de los **ANTIÉPILÉPTICOS**

(vómitos del embarazo-insomnios-tic-coqueluche)

Fórmula: Sales calc. (clor. calc.)-brom. potas.-ac. feniletilbarb.

Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

Laboratório Sanavida -- Sevilla

depositários em Portugal: **Sociedade Industrial Farmacéutica** — 24, Rua do Mundo, 42 — LISBOA

Acidol - Pepsina

Marca registrada

Preparado estabilizado de
ácido clorhídrico e pepsina
para o tratamento dos esta-
dos dispepticos e achilicos



Embalagens originais:

Subos de 10 comprimidos a 0 gr. 50

Bayer - Meister Lucius

Secção scientifica farmacêutica

**I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
LEVERKUSEN (Alemanha)**

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO
AUGUSTO S. NATIVIDADE
R. dos Douradoures, 150, 3.º - Lisboa

Sobre o diagnóstico e tratamento da fractura da rótula. (*Ueber Diagnose und Behandlung der Patellarfrakturen*), pelo Prof. CARL GOEBEL IN BRESLAU. — *Dentsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. 1930.

O diagnóstico da fractura rotuliana é em geral fácil e, quasi sempre, há apenas que fixar a natureza da fractura: transversal, perpendicular, frontal — scisão em 2 metades anterior e posterior — e cominativa, a grandeza dos fragmentos, em geral o inferior menor, e ainda a largura da diástase. Importante é a extensão do derrame, pois tem-se verificado que éste, quando difficilmente reabsorvível ou recidivante, é sintoma de fractura rotuliana, e que nem sempre é de palpação fácil pelas dores que provoca, mas que se denuncia no cavado popliteo e porque produz no doente uma forte e desagradável sensação de tensão.

Últimamente tem-se ligado importância a uma afecção da rótula, patela bipartita — rótula com vários pontos de ossificação — pelos erros de diagnóstico que pode ocasionar, sobretudo se nela tiver actuado um traumatismo ou existir no joelho um derrame.

A radiografia não acusando um traço de fractura irregular e denteado, assim como a bilateralidade da afecção, o que nem sempre se verifica, conduzem-nos ao verdadeiro diagnóstico. Há a lembrar ainda que nas crianças é muito mais freqüente o arrancamento da tuberosidade tibial que a fractura patelar.

¿Deve o práctico tratar uma fractura da rótula? O A. entende que só num meio hospitalar se pode obter uma cura completa e definitiva.

No caso de fractura sem grande diástase, sub-aponevrótica, a primeira indicação é o esvaziamento do derrame por trocarte, sem lavagens, a não ser com soro fisiológico, quando haja massas crónicas que entupam a cânula; em seguida repouso, compressão, e mais tarde ar quente e massagens. Pode ainda aplicar-se um aparelho de extensão contínua, com adesivo, á Bardeheuer, para contrabalançar a contracção dos extensores, e collocando o joelho em extensão com flexão da coxa sobre a anca. Massagens ao fim de 3 semanas e nunca antes de 4 semanas qualquer tentativa de marcha.

Todavia os processos não cirúrgicos têm a desvantagem de não nos garantirem uma ossificação perfeita, e as últimas estatísticas são todas favoráveis á intervenção a céu aberto.

A rótula é importante como parte integrante do aparelho extensor do membro inferior, osso de força (*Kraftknochen*), e ainda como osso de defesa da articulação do joelho. Por isso é absolutamente necessário a sutura perfeita de todo o sistema extensor, principalmente o lateral, e também a boa adaptação dos fragmentos e a sua manutenção no lugar próprio. Como incisão, a mais recomendável é a de semicírculo superior, a não ser que lesões cutâneas obriguem a adaptação ás circunstâncias.

Limpeza dos coágulos, adaptação dos topos, sem raspagem a não ser para extracção de algum coágulo mais aderente, sutura cuidadosa da cápsula e do aparelho de extensão lateral, em dois tempos.

É muito usada a «cerclage», especialmente nas fracturas cominutivas, que pode ser feita mesmo á volta da rótula, ou afastada de $\frac{1}{2}$ a 1 cm., pas-

sando em cima pelo tendão do recto anterior e em baixo pelo ligamento patelar, com fio, sêda ou *catgut*.

A «cerclage» dum fragmento pequeno e o acabamento do círculo por um furo no fragmento maior é também para aconselhar.

Se os fragmentos são sensivelmente iguais, continua a usar-se a antiga sutura perpendicular ao traço de fractura, por duplo furo, nos respectivos fragmentos, com *catgut* 2 a 4.

Um têrmo médio entre a sutura e a «cerclage» é o método de Payr, que consiste em passar o fio pelos furos dos dois fragmentos e terminar o círculo em cima através do tendão do quadricípede, e em baixo através do ligamento patelar.

Em qualquer dos métodos o que é essencial é uma boa sutura dos ligamentos patelares anteriores que fixa os fragmentos. A pele é suturada sem drenagem. Depois, manutenção da boa posição do joelho, devendo a perna ficar ligeiramente flectida sôbre a coxa, 120.º, e a coxa sôbre a bacia.

Ao fim de uma semana ligeiras massagens dos músculos acompanhadas de galvanização e faradização; ao fim de duas, início dos movimentos passivos e activos, e só depois de um mês levante, sendo de aconselhar nas primeiras vezes o uso de muletas.

O tratamento fisioterápico deve depois continuar-se por algumas semanas.

J. ROCHETA.

A insulina no tratamento das feridas. (*Insulin in der Wundebehandlung*), por MICHAEL LÉVAL. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 12. 1930.

Desde 1924 que é conhecida a acção da insulina no tratamento das feridas e elogiados os seus efeitos curativos. Últimamente, porém, alguns autores imputam estes efeitos não à insulina, mas à acidez do excipiente com que é misturada, e ainda há pouco surgiram, acêrca da curabilidade das úlceras tórpidas, duas opiniões diametralmente opostas, pois que uma defende a tese de que é a reacção ácida dos humores que impede a cicatrização (Balint), e a outra acha necessária a função dum meio ácido artificial para lhe apressar a evolução (Sauerbruch). Caíu assim um pouco em descrédito o uso da aplicação local da insulina.

O A., contudo, baseando-se na opinião de Macleods — *insulin acts in the times and not in the blood* — e ainda na opinião de Frank, que a insulina desenvolve a sua mais forte acção no ponto de aplicação, resolveu fazer o e.n-prêgo da insulina em feridas de cicatrização lenta, em individuos diabéticos e não diabéticos, verificando que:

a) A aplicação dum penso embebido em insulina acelera a formação do tecido de granulação e a sua rápida epiteliação, não só em úlceras recentes como ainda em úlceras tóxicas.

b) Esta aplicação não produziu nunca quaisquer efeitos gerais, resultantes duma possível absorção da insulina, mesmo quando eram empregadas duma única vez 40 unidades.

Como ponto importante no modo de aplicação, desaconselha o A. o uso

de pomadas ou pós ou ainda a aplicação directa sôbre a úlcera, mas sim o emprêgo dum penso embebido em insulina, que se pode diluir em água fervida, conforme a superficie a cobrir.

J. ROCHETA.

¿Como se deve tratar as infecções crónicas dos rins? (*In welcher Form sollen chronische Infektion der Nierebehandelt werden?*) por KALOMANN HICHLINGER — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1930.

Abstraindo da tuberculose renal, hidronefrose supurada, e da calculose infectada, o A. discute neste artigo o tratamento da bacteremia, da pielite e da pielonefrite crónica.

Em primeiro lugar há que fazer um diagnóstico exacto, e para isso muitas vezes, além dos dados clínicos, é necessário a radiografia, a análise do sedimento, pesquisa de bacilos, cistoscopia, etc. Pôsto isto, devemos estabelecer em seguida: 1.º se existe em qualquer ponto um foco infeccioso que tenha dado origem e mantenha essa lesão renal: catarros crónicos do nariz e das vias acessórias, cárie dentária, tonsilites, furunculose, metrites, anexites, etc., cuja cura se impõe; 2.º se a infecção não deve a sua origem a lesões do próprio sistema excretor do rim: vícios congénitos ureterais, stricturas, angulamentos, compressões por lesões dos órgãos sexuais, retenção urinária dos tabéticos, hipertrofia da próstata, etc.; 3.ª se não é possível filiar o processo em qualquer das cousas mencionadas atrás.

Como tratamento temos:

1.º A medicação interna feita com os antisépticos urinários: salol, urotropina, não devendo esquecer que esta actua principalmente em meio ácido, variando de indivíduo para indivíduo, cilotropina, etc. Especialmente eficaz se tem mostrado o 914 intravenoso em séries prolongadas. Auto-vacina. O uso das águas mínero-medicinais.

Sob o ponto de vista alimentar: proibição do alcool, e alimentos apimentados.

2.º Sondagens e dilatações ureterais e consecutivas instilações do bossinete com solutos de nitrato de prata de 0,5 a 1 0/0.

3.º Tratamento operatório, descapsulação, nefrostomia e nefrectomia. Com o primeiro suprime-se a dor causada pelo edema, desaparece a oligúria, e muitas vezes com a melhoria da irrigação alcança-se a cura; a segunda tem a sua indicação na estase, melhorando a descarga urinária, abrindo alguns focos purulentos, e melhor lavagem do bossinete e cálices. A terceira é o último recurso e só indicado quando existem destruições tissulares adiantadas.

J. ROCHETA.

A escrófula, suas relações com a tuberculose e com a sífilis. (*These de Paris, 1929*), pelo DR. PIERRE LOUJUMEAV.—*Ref. in. Arch. Méd. des Enfants*. Tômoo xxxii. N.º 12.

Afirmações talvez ousadas mas que encerram uma certa observação prática e indicações de utilidade.

Inspirada por E. Sergent, contém 20 observações. O conjunto das manifestações clínicas designadas sob o nome de *escrófula* corresponde a um tipo clínico freqüente. No entretanto, a *escrófula* não é uma entidade mórbida. Varia de aspecto e de origem (ora de origem tuberculosa, ora de origem sífilítica), sem critério permitindo atribuí-la a esta ou àquela causa. Em todos os estrumosos examinados pôde encontrar-se a tuberculose, ou nas lesões escrofulosas ou longe delas; a tuberculose é, pois, o factor dominante. Mas a pesquisa de sífilis permitiu também pô-la em evidência muitas vezes, a-pesar-da discricção das manifestações e a-pesar-da reacção de Wassermann negativa. A infecção sífilítica, antiga, cria o *terreno sífilítico*, propício ao desenvolvimento da tuberculose. Neste terreno *especifico*, a tuberculose pode ficar latente; quando se desenvolve, é dum modo lento, tórpido, frio: a *escrófula*. Esta não cria imunidade para a tuberculose pulmonar, que se vê muito freqüentemente nos escrofulosos. Mas a influência esclerosante do terreno sífilítico orienta a localização da tuberculose pulmonar no sentido fibroso e a forma esclero-calcarea deve fazer logo pensar na sífilis.

Deverá ser tentado o tratamento específico num escrofuloso, mesmo sem haver o menor estigma sífilítico. Um pouco mais do têtço dos doentes de adenites escrofulosas, supuradas ou não, curaram-se rápida e completamente. A maior parte dos restantes melhoraram muito; e nenhum viu agravarem-se as suas lesões pela terapêutica específica.

MENESES.

Algumas causas de falsa cistite da mulher. (*Quelques causes, etc*), por PAUL NOGUES (Paris). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Ano XXXI. N.º 10. Págs. 882-886.

Parece que o trêmo de cistite perdeu hoje a significação tão precisa que se lhe attribuía outrora. Faz-se imediatamente tal diagnóstico em presença, seja de necessidades freqüentes, seja de micções dolorosas, seja de urinas purulentas.

Consideremos, por exemplo, uma mulher cuja pequena bacia está tomada por um grande fibroma do útero; a bexiga comprimida, incapaz de se deixar distender, exigirá a sua evacuação em intervalos muitos curtos. Consideremos, por outro lado, um individuo com cálculos, cujas urinas estão assépticas: o menor deslocamento do individuo provccará necessidades não só freqüentes mas mesmo muito dolorosas, acompanhadas por vezes duma ligeira hematuria terminal. Consideremos finalmente um doente atingido por uma grande pionefrose. As urinas estão carregadas de pus, mas as necessidades de urinar não são despertadas senão por quantidades fisiológicas.

Nenhum dêstes três doentes está, na realidade, sofrendo duma cistite, no sentido exacto da palavra; a bexiga pode facilmente dar passagem a urinas purulentas sem que participe da infecção. A cistite exige modificações macroscópicas e microscópicas das tunicas que compõem a bexiga, sobretudo da submucosa.

Limitando o seu estudo ao que se passa na mulher, o A. passa a enumerar as causas de aparentes cistites. Põe de parte os tumores da pequena

bacia, a gravidez, as congestões dos anexos, os cálculos da extremidade inferior do uretere, etc. Apenas se detêm nas lesões da uretra e na própria composição da urina.

No primeiro caso, as perturbações da micção são as clássicas, mas muitas vezes passam a um segundo plano e é a dor o sintoma dominante. As doentes queixam-se de irradiações ao nível do coccix, do ânus, da vulva e sobretudo do meato urinário. Estas uretrites crônicas, cujos sintomas objectivos são discretos, observam-se freqüentemente fora de todo o antecedente suspeito e o interrogatório nega gonococcia ou traumatismo. Houve mesmo quem descrevesse (Guyon) cistites devidas à ascensão de micróbios da vagina, chamadas cistites vaginais. Há uretrites vaginais também, embora a afinidade da uretra por certos micróbios (por exemplo o coli) seja menor que a da bexiga.

As modificações das urinas capazes de provocar a falsa cistite podem ser causadas, seja por coisas ingeridas seja por uma infecção latente e que, em virtude da limpidez das urinas, poderiam passar despercebidas.

No capitulo das coisas ingeridas são assinaláveis em primeiro lugar os medicamentos; há pessoas que não suportam nem pequenas doses de urotropina.

De todas as bebidas, a mais agressiva para o aparelho urinário é a cerveja.

Entre os alimentos contam-se as especiarias, certos peixes, os crustáceos, os espargos, os agriões crus.

O tratamento é naturalmente factor do diagnóstico: tratamento da uretra quando esta é a causadora do mal, modificação do regime alimentar quando êle possa ser incriminado, desinfecção vesical quando a cultura mostra urinas microbianas. Mas nunca nos devemos esquecer também de que os cistálgicos são na sua maioria neuropatas e que por essa razão exigem um tratamento geral adequado.

MENESES.

Sarampo e tuberculose. (*Rougeole et tuberculose*). por NOBÉCOURT, R. LIÈGE e M^{lle} HERR. — *Archives de Médecine des Enfants*. TÔMO XXXIII. N.º 2. Fevereiro de 1930. N.º 05-89.

Após a apresentação duma série de factos excelentemente documentados, os AA. concluem que a tuberculose não tem influência notável na evolução do sarampo. Pelo contrário, o sarampo desempenha um papel nefasto em certos casos, mas não em todos, na evolução da tuberculose.

O sarampo pode desencadear uma tuberculose pulmonar aguda que leve à morte, quando até aí as crianças pareciam gozar duma bela saúde.

Por outro lado, é possível que as bronco-pneumonias banais toquem com particular freqüência os pequenos tuberculosos e nêles terminem na maior parte das vezes pela morte.

A dizer a verdade, os casos de tuberculose consecutivos ao sarampo não são muito freqüentes. Em 459 saramposos, 15 apenas, isto é, 3,48 por 100, foram atingidos pela tuberculose nitidamente consecutiva ao sarampo. Além

disso, o sarampo encontra-se nos antecedentes imediatos de crianças mortas de meningite tuberculosa apenas em 62 por 100 dos casos.

Se a percentagem é bastante fraca, não se deve no entanto concluir por uma simples coincidência: os factos clínicos, com efeito, são muito mais comprovativos que toda e qualquer estatística.

Em certos doentes, para afirmar a ausência de tuberculose em seguida ao sarampo, importa não somente prosseguir uma observação clínica cuidada, mas ainda multiplicar as pesquisas de laboratório, cuti-reacções à tuberculina repetidas com frequência, radiografia, pesquisa do bacilo de Koch, reacções serológicas de Vernes e de Besredka, etc. Nos saramposos estas reacções têm sua utilidade, porque a sua dissociação, sendo o Vernes positivo, parece ser indício duma tuberculose em comêço.

Se estas provas e observações não forem postas em prática sistematicamente, a tuberculose pode continuar ignorada ou ser incriminada sem razão

MENESES.

A patogenia da anemia do lactante. (*La pathogénie de l'anémie du nourrisson*), por L. MALDAGUE (Louvain).—*Revue Française de Pédiatrie*. Tòmo v. N.º 5. Outubro de 1929. Págs. 555-572.

O estudo do A. é muito completo, terminando por agrupar, segundo os diversos aspectos da anemia do lactante, as causas que os produzem.

A *cloro-anemia* resulta da carência de ferro ou da vitanima C, ou ainda de ambas combinadas. A produção de hemoglobina está reduzida e cada glóbulo recebe uma menor carga dêsse elemento.

A *anemia simples* é caracterizada pela hipocromia e pela hipoglobulia. Muitas vezes não é mais do que o agravamento da forma precedente, a carência simples ou combinada não actuando apenas sobre a produção da hemoglobina, mas prejudicando também a maturação dos normoblastos e reduzindo por isso o número de hematias formados. Os hematias imaduros ou normoblastos ficam na medula óssea e não aparecem senão excepcionalmente no sangue. As doenças infecciosas de longa evolução (tuberculose, tosse convulsa, pielite), as que são produzidas por micróbios hemolíticos, tais como os estreptococos ou os estafilococos, certas neoplasias (sarcoma, doença de Gaucher) dão igualmente lugar a êste tipo de anemia, seja provocando a hemólise ou seja alterando a medula óssea.

A *anemia esplénica* tem como principais caracteres clínicos a hipocromia, a hipoglobulia e a esplenomegalia.

Liga-se mais especialmente ao paludismo, ao *kala-azar* e à sífilis; mas pode também não ser mais do que a expressão dum grau mais elevado da anemia por carência. É preciso, é claro, suspeitar sempre da sífilis num lactante cujo baço é palpável, sobretudo quando tem ao mesmo tempo uma anemia; mas, antes de afirmar que a sífilis é a causa, é preciso ter em mão a confirmação laboratorial ou, ainda mais preciosa — a terapêutica. São numerosos os casos de esplenomegalia do lactante nos quais esta desaparece espontaneamente sem nenhum tratamento específico, e que por nenhuma razão se devem relacionar com a sífilis.

Os principais sintomas da *anemia de v. Jaksch-Luzet* são a redução da percentagem da hemoglobina e do número dos glóbulos vermelhos, o aumento do número dos glóbulos brancos, a presença no sangue dum grande número de glóbulos vermelhos nucleados, entre os quais normoblastos e megaloblastos com núcleos alterados, a presença no sangue de mielócitos e de mieloblastos, e emfim uma esplenomegalia muitas vezes enorme.

Esta doença não é uma entidade mórbida mas um síndrome que pode aparecer em toda a anemia grave, seja qual fôr a causa. A sífilis está-lhe por detrás algumas vezes, não sempre. A experiência terapêutica prova que as carências de ferro e de vitamina C podem igualmente produzi-la.

Não tem senão uma ligação aparente com as leucemias. Nas leucemias, a perturbação primitiva tem a sua sede nos centros brancos da medula óssea, na anemia de v. Jaksch-Luzet nos centros vermelhos. O síndrome de v. Jaksch cura-se muitas vezes, a leucemia não.

As *anemias perniciosas* são muito raras no lactante e representam a *étape* final das anemias graves, correspondendo ao esgotamento das funções produtoras dos centros vermelhos.

Emfim, duma maneira geral, o que particulariza o lactante em face da anemia é, antes de tudo, a sua alimentação pobre em ferro e em vitaminas, em seguida a tara sífilítica que êle traz às vezes consigo, as perturbações gastro-intestinais tão freqüentes nesta idade e que vão ecoar na hematopoese, prejudicando a absorção do ferro, das vitaminas e dos elementos mais comuns necessários à formação do sangue. Cada uma destas causas pode originar todos os aspectos clínicos da anemia, desde a simples cloro-anemia até a anemia de v. Jaksch-Luzet e a anemia perniciosa, com a condição de actuar fortemente e por bastante tempo.

MENESES.

Acidentes graves devidos ao excesso de calor num lactante de 4 meses e meio. (*Accidents graves, etc.*), por P. HERITIER. — *Archives de Médecine des Enfants*. Tomo xxxiii. N.º 1. Janeiro 1930. Págs. 29-30.

O A. foi chamado à noite, após um dia muito quente, para uma criança de quatro meses e meio.

A criança de tarde adoeceu bruscamente; a mãe viu-a pálida, respiração rápida, olhos revoltos, parecendo uma convulsão. Isto desapareceu e a criança tomou um pouco de leite. Ao anoitecer repetiram-se os mesmos fenómenos e os pais, pela dificuldade da respiração, pensaram numa bronco-pneumonia e chamaram urgentemente o médico, que encontrou a criança ao colo da mãe e com um aspecto alarmante: imóvel, pálida, olhos convulsionados para cima, polipneia extrema, pulso pequeno e incontável, coração com tons surdos. Á auscultação pulmonar nada de anormal. Os movimentos do diafragma fazem-se amplamente, o centro bulbar dos movimentos respiratórios parece atingido.

Não há bater das azas do nariz nem cianose. Membros um pouco retesados, extremidades frias, crânio a esquentar, temperatura rectal 41º,7

O A. teve nitidamente a impressão de estar deante de acidentes devidos

ao excesso de calor, lembrando-se dum caso outrora referido por Marfan. A criança não tinha estado ao sol, mas a mãe confessou que sai raras vezes com ela e o quarto, em que a criança está, está absolutamente fechado, porta e janela. De tarde as persianas estão fechadas para as crianças poderem dormir. Mostram o carrinho onde a pobre criança está habitualmente deitada: muito fundo, coberto por uma capota, forrado, o acesso do ar está absolutamente interdito e cobrem a criança abundantemente de roupa.

Na cozinha, o fogo aumenta ainda o calor excessivo.

Convencido de que se trata de acidentes análogos aos da insolação, na falta de gêlo prescreve afusões frias na cabeça, e ao fim duns minutos o olhar parece melhorar e a respiração regularizar-se. Banho frio durante dez minutos. Temperatura baixa a $38^{\circ},4$. Coração melhor. Novas afusões frias.

Ao fim de um quarto de hora a temperatura está em $37^{\circ},4$, tudo melhora, a criança tem uns vômitos e adormece.

Recomenda-se à mãe de dar ar à criança, e evitar o excesso de roupa do corpo e de cobertura. No dia seguinte afusões e humedece o chão da cozinha. Durante dois dias um pouco de temperatura, de tosse, e mais nada.

Medidas prescritas por todos os higienistas infantis e sôbre as quais é necessário insistir junto das mães demasiadamente cuidadas.

MENESES.

Tratamento cirúrgico das deformidades raquiticas dos membros inferiores da criança. (*Traitement chirurgical, etc.*), por A. DELAHAYE (Berck). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tôm. xvii. N.º 1. Janeiro, 1930. Pág. 48-58.

O A. apresenta as observações e fotografias de dez casos particularmente acentuados, acompanhados duma estatística operatória global, dando também um resumo das precauções operatórias e post-operatórias que é necessário ter para se conseguir um bom resultado.

Por êsse resumo conter uma boa colecção de indicações úteis, que é sempre bom ter presentes, julgamos oportuna a sua transcrição.

Antes de operar os seus casos, bem diferentes todos êles, esperou o A. que o raquitismo estivesse totalmente extinto, isto é, que o exame clínico e o exame radiográfico tivessem mostrado a paragem evolutiva da doença.

A noção da idade tem a sua importância. Aos 6 ou 7 anos, uma criança raquitica, na maior parte das vezes, já recalcificou os seus ossos. No entanto há casos em que é preciso esperar até os 9 ou 10 anos o momento de intervir.

Em face de desvios ou deformidades bilaterais, nunca operou dos dois lados ao mesmo tempo, começando sempre pelo lado mais acentuado. Diante de deformidades múltiplas e complexas do mesmo lado, em geral principiou pela mais elevada e terminou pela mais baixa.

Entre o momento da cura duma osteotomia e o da operação seguinte deixou decorrer um ou dois meses, tempo necessário para avaliar a boa con-

solidação óssea e para assegurar por um exercício moderado uma reconstituição músculo-ligamentosa suficiente.

As osteotomias supracondilíneas lineares transversais foram feitas com o escopro, segundo o processo clássico, por incisão interna em caso de *genu valgum* e por incisão externa em caso de *genu varum*.

A osteotomia modelante executa-a com auxilio de *fraises*, uma convexa e outra côncava, que Sorrel imaginou. Adaptadas ao motor Albee, moldam as extremidades ósseas fazendo uma semi-esfera dum lado e uma cúpula do outro. Forma-se assim uma articulação em joelheira que permite uma excelente correcção em todos os sentidos.

Os tempos essenciaes da intervenção são os seguintes :

Incisão cutânea em postigo, ao nivel do máximo de encurvamento. Descolamento e reclinação dum vasto retalho perióstico. Osteotomia linear subperióstica da tibia, com a serra de Albee. Osteoclasia do peróneo. Modelagem das extremidades tibiais por meio de *fraises* apropriadas. Coaptação das superficies assim preparadas. Rebatimento e sutura do retalho de periosteio. Sutura da pele. Aparelho gessado.

É necessário que a serra de Albee funcione sob um jacto contínuo de sôro. Da reconstituição minuciosa da bânha perióstica depende a formação dum calo bem regular.

Durante todo o tempo em que o aparelho gessado, que deve estar bem adaptado, estiver a secar, a coxa e a perna devem ser mantidas em hipercorrecção ligeira. O dorso do pé e os dedos devem ser largamente folgados, e bem vigiados. O aparelho gessado é tirado em média ao fim de 45 dias.

Muitos dos operados de D. tinham reacção de Wassermann ou de Hecht positivas. Um tratamento especifico rigoroso foi instituido antes da intervenção e prosseguido durante muito tempo depois, até que as reacções fôsem negativas.

Todas estas precauções contribuíram para os sucessos que as gravuras atestam e que muito bom reclamo fazem ao excelente trabalho do Hospital Maritimo de Berck.

MENESES.

Onde e como amputar. (*Kde a jak amputovati*), por J. ZABRADNICEK. — *Slovanski Sbornik Ortopedicky* (Revista Ortopédica Eslava). 1930. Fasc. 1. Págs. 1-11.

É com grande satisfação e honra que fazemos a primeira referência na *Lisboa Médica* a um trabalho publicado na *Revista Ortopédica Eslava*, que regularmente nos tem sido enviada pelo seu director o Prof. Dr. Chlumsky, de Bratislava, a quem apresentamos os nossos cumprimentos pessoais e os desta Redacção pelo 5.º aniversario da sua *Revista*.

Na evolução da técnica da amputação há a distinguir quatro épocas. A primeira é a da técnica primitiva — amputação «en saucisson» — cujo único fim era o de desembaraçar o doente do membro lesado. Esta amputação tinha sempre por resultado o côto cónico, que tinha muitos inconvenientes. A

hemóstase (Paré) e a anestesia trouxeram mais calma durante a operação, em consequência da qual se pode consagrar mais cuidado ao lado anatómico na execução da amputação, como o demonstram os esforços feitos para obter uma boa cobertura do coto ósseo, e de que são prova os numerosos métodos de retalhos. A assepsia, emfim, facilitou e garantiu a operação, permitindo obter bons cotos. Os cirurgiões passaram a interessar-se pela fisiologia e pela patologia dos cotos. Para poderem obter cotos tão perfeitos quanto possível ensaiaram-se vários tipos de operações osteoplásticas (Pirogov, Sedillot, Gunther, Le Fort, Leusin, Hancock, Gritti, Sabaniejev, etc.) e amputações aperiódicas.

A quarta época foi iniciada pelo projecto de Vanghetti, sobre a cinematização dos cotos. A idea de Vanghetti, consistindo em utilizar o que resta dos músculos após a amputação, como tractores para accionar e para vitalizar a prótese, chamou a atenção dos cirurgiões durante a guerra.

Bosch-Arana na América do Sul e Sauerbruch na Alemanha foram os primeiros pioneiros dêsse método. A Krukenberg cabe a honra de ter imaginado uma pinça radiocubital que dá excellentes resultados.

O operador deve hoje, durante a amputação, atender ao seguinte: desembaraçar o doente do membro lesado; preparar um bom coto, indolor e capaz de suportar a pressão dum aparelho de prótese; assegurar o funcionamento da prótese e, nos casos em que ella é possível, tentar a cinematização do coto.

Não se deve respeitar o comprimento do coto em sacrificio duma boa cobertura, isto é, do estôdo de partes moles, antes pelo contrário. Não é recomendável suprir as faltas de elementos para realizar essa protecção, com transplantações. Não parece também útil a cinematização no membro inferior, salvo do quadricípede.

Ao amputar os dedos, é sabido que se deve preparar uma cicatriz dorsal, e na desarticulação do dedo não devemos ressecar a cabeça do metacárpico.

Ao amputar a mão, pensar sempre em fazer a mão em pinça, fulangização dos metacárpicos, etc.; nos cotos do braço e antebraço fazer a cinematização (Vanghetti, Sauerbruch, Krukenberg).

Durante a amputação e durante a construção da prótese é necessária a maior unidade de trabalho entre o operador e o construtor do aparelho protésico.

O artigo de Z. põe a questão em dia e lembra certos axiomas, cujo interêsse prático é enorme.

MENESES.

A **doença de Osgood-Schlatter.** (*Osgood-Schlatterova choroba*), por MIL. HAVRÁNEK. — *Slovansky Sbornik Ortopedicky* (Revista Ortopédica Eslovaca). 1930. Fasc. 2. Págs. 78-115.

O A. descreve três casos da doença de Osgood-Schlatter num rapaz de 18 anos, num outro de 13, e numa rapariga de 13. Todos eram sãos, e queixavam-se apenas de dores irradiantes na tuberosidade da tíbia.

Em nenhum dêstes casos houve traumatismo. A rapariga teve bastante tempo antes uma foliculite cutânea precisamente por cima da tuberosidade, mas a muito grande espaço de tempo da aparição da doença. Na radiografia a tuberosidade tibial apresenta contornos irregulares.

O A. descreve a histogênese da tuberosidade tibial e fala de diferentes autores que têm tratado do assunto. O próprio A. estudou a histogênese da tuberosidade tibial em crianças com tuberculose óssea e articular, para o que observou 160 doentes. Em nenhum caso notou qualquer influência da tuberculose, por mais próximos que estivessem os focos, na histogênese da tuberosidade. A duração do tempo de ossificação era o mesmo, e até talvez houvesse uma aceleração da ossificação da tuberosidade tibial.

O A. entende que o único factor que dirige a ossificação da tuberosidade tibial é o pêso do corpo que ela deve suportar.

O estado patológico localizado ao membro não deve influenciar senão indirectamente a ossificação, e isso apenas pela imobilização do membro a que êle conduz. Mas êsse atraso é depressa compensado logo que o membro doente retoma a sua função.

A tuberosidade tibial deve ser elástica e ao mesmo tempo bastante sólida para poder estar em bom estado de resistir às exigências que lhe são impostas. É por isso que o A. não participa da opinião dos autores que falam de centros solitários de ossificação. Não encontrou centros senão na parte inferior da tuberosidade, mas estas nunca se adiantam sôbre a ossificação normal que cresce do bordo inferior da epífise; só se começam a desenvolver quando esta ossificação já está bastante adiantada.

O A. apresenta radiografias normais. A irregularidade da face anterior da tuberosidade, o corpo livre colocado diante da sua estrutura interna irregular, são os únicos indícios radiográficos indiscutíveis e seguros da doença de Osgood-Schlatter.

Sob o ponto de vista etiológico recusa-se a acreditar que o traumatismo, a infecção e outras doenças sistematizadas possam ser o agente etiológico desta doença, sendo sua opinião que esta anomalia da ossificação é congénita.

MENESES.

Da posição lateral direita no tratamento das dilatações gástricas post-operatórias (*De la position, etc.*) por H. CONSTANTINI (Société de Chirurgie d'Alger. 22 de Nov. de 1929). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Tômoo xxxii. N.º 2. Págs. 168-69.

A dilatação gástrica, quando a reconhecemos nas suas manifestações mais simples (vômitos pé de café em pequena quantidade, angústias, etc.), mostra-se como uma temível complicação, e mais freqüente do que se pensa, das seqüelas de operações abdominais. Conhece-se o tratamento. Grandes lavagens do estômago até que o líquido seja claro. Posição ventral.

Por pouco que se consulte os livros o melhor feitos possível e que tratam do assunto, aprende-se que a posição genu-peitoral é sem dúvida melhor de que a posição ventral.

; Como se um operado do ventre, que tem desde a véspera uma incisão muitas vezes longa do abdómen pudesse permanecer ou simplesmente colocar-se em posição genu-peitoral! ; A posição ventral é incontestavelmente possível, mas com que dificuldades ela se obtém e que esforços é necessário exigir ao doente para que êle se disponha a ficar nela!...

Ora, o A. notou que a posição lateral direita era na maior parte das vezes suficiente para libertar o duodeno. Quando se pensa no mecanismo que, por compressão pelo pedículo mesentérico da 3.^a porção, leva à dilatação do estômago, compreende-se facilmente que esta posição lateral direita seja largamente suficiente para libertar o duodeno.

Conhece-se a inserção oblíqua em baixo e à direita do mesentério. Êste detalhe anatómico faz compreender que, na posição lateral direita, a massa do intestino delgado, colocando-se sobre o flanco direito do ventre, impedirá tôda e qualquer tracção sobre o pedículo mesentérico, sobretudo se o corpo do doente está horizontal, e ainda melhor se o assento fôr ligeiramente levantado por uma almofada.

Há perto de cinco anos que o A. usa a posição lateral direita nos seus operados. Podê afirmar que ela se mostra tão eficaz como a posição ventral. Além disso, a sua aplicação é bem mais fácil. Não impõe ao doente senão um mínimo esforço que êle faz tanto mais de boa vontade quanto é certo que, mudando de posição, sente quasi sempre um alívio immediato.

Trata-se, como se vê, dum detalhe prático de primeira importância. Reduz consideravelmente a gravidade das dilatações gástricas. Porque, com efeito, quando era necessário deitar sobre o ventre um operado de laparotomia, hesitava-se um pouco e não se decidia senão quando a dilatação do epigastro e os vômitos repetidos não deixavam dúvida alguma sobre o diagnóstico.

Actualmente, quando constatamos a aparição de pequenos vômitos escuros pé de café, tão característicos, não devemos esperar pela tumefacção gástrica e colocamos o doente desde logo em posição lateral direita.

Evitamos assim, na maior parte das vezes, a lavagem do estômago, tão desagradável para os operados de pouco tempo.

E prevenimos, em resumo, com a maior facilidade, as grandes dilatações gástricas cuja gravidade é bem conhecida de todos os cirurgiões.

MENESES.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A intuição e a lógica na ciência experimental

Saiu agora um *Ensaio* de Charles Nicolle (1), director do Instituto Pasteur de Túnis e prémio Nobel de Medicina em 1928, que bem merece ser lido e meditado por todos os que, estudando as disciplinas da nossa ciência profissional como problemas biológicos — e não, apenas, como arte de curar — se interessam pelo problema do método científico. Destina-se, sobretudo, aos jovens para lhes comunicar o entusiasmo necessário às vocações, «*ce levain que nous avons puisé aux cuves des études classiques*» (pág. 3). É ainda para os jovens que nós escrevemos estes comentários.

O conhecimento dos hábitos de espírito e dos métodos de trabalho do sábio constituem, além de um regalo espiritual, uma inestimável valia para o estudo do método e das fontes do conhecimento científicos.

Terminada a tarefa, o relato do caminho trilhado e dos factores que condicionaram as descobertas científicas, como o fizeram Leonardo de Vinci, Harvey, Claude Bernard, Henri Poincaré, Cajal, etc. (2), é uma preciosa incitação para os obreiros da ciência e para a solução deste problema, tão velho porque vem dos Helenos e tão novo porque é dos nossos dias: Qual o papel da razão e da intuição na ciência experimental?

O *Ensaio* de Nicolle é a meditação dum sábio e dum artista (3). Dum sábio que «pour résoudre les problèmes qu'il s'est posés fait appel à toutes les ressources qu'il connaît en lui. Il ne dédaigne pas, lorsque l'occasion n'en est pas périlleuse, de prendre pour

(1) Ch. Nicolle: *Naissance, vie et mort des maladies infectieuses*. Paris, Alcan, 1930.

(2) Vide as nossas Nótulas, aqui insertas: *A descoberta da circulação do sangue, por W. Harvey, 1928*; *As origens do método experimental, particularmente nas ciências biológicas, 1929*; *Claude Bernard e a teoria do método experimental, 1929*, etc.

(3) Vide o nosso artigo sobre Ch. Nicolle. *Lisboa Médica, 1928*.



guide la flamme la plus ancienne, vivante au cerveau de tous les hommes, le rêve» (pág. 3). Dum artista, a quem o poder criador da peregrina beleza de Diónisos favoreceu, em vez de prejudicar, as qualidades de grande investigador.

O raciocínio, a razão, a lógica, êste instrumento maravilhoso que herdámos dos Gregos para forçar os problemas que o nosso espírito surpreende, e ainda a consciência do seu valor e a sua prática é que nos distinguem dos povos primitivos, e que criaram o homem civilizado.

No seu *Ensaio*, no qual o método científico é exemplificado com um problema concreto — o caso particular das doenças inficiosas — Nicolle demonstra que, no estudo destas doenças, não devemos confiar demasiadamente no *raciocinio*. Sem dúvida que goza nas nossas aquisições científicas um papel considerável. «*Cependant il faut nous garder de nous en remettre entièrement à lui seul pour nous éclairer sur les domaines inconnus et sur les conceptions de demain*» (pág. 35).

Já Henri Poincaré classificava os matemáticos em lógicos e intuitivos, assegurando que «les deux sortes d'esprits sont également nécessaires aux progrès de la science; les logiciens, comme les intuitifs, ont fait de grands choses que les autres n'auraient pas pu faire» (1).

O papel da intuição na *invenção científica* foi pôsto admiravelmente por êste sábio — o maior géometra do seu tempo — simultâneamente um mestre na filosofia das sciências. Henri Poincaré mostrou, num trabalho bem conhecido de todas as pessoas cultas, que o factor primordial da invenção matemática reside no *sentimento*, na intuição da ordem matemática, que nos faz «*deviner*» harmonias e relações ocultas (2).

A maneira como escreveu a primeira memória sôbre as equações fuchsianas é a demonstração da importância da intuição — e do inconsciente, acrescentamos nós — na descoberta científica. Respiguemos estes passos:

(1) Henri Poincaré: *La valeur de la science*, Ed. Flammarion, Paris, 1912.

(2) Henri Poincaré: *Science et méthode*, Ibidem, 1908.

«Depuis quinze jours — conta Poincaré — je m'efforçais de démontrer qu'il ne pouvait exister aucune fonction analogue à ce que j'ai appelé depuis les fonctions fuchsiennes; j'étais alors fort ignorant; tous les jours, je m'asseyais à ma table de travail, j'y passais une heure ou deux, j'essayais un grand nombre de combinaisons et je n'arrivais à aucun résultat. Un soir, je pris du café noir, contrairement à mon habitude, je ne pus m'endormir: les idées surgissaient en foule; je les sentais comme se heurter, jusqu'à ce que deux d'entre elles s'accrochassent, pour ainsi dire, pour former une combinaison stable. Le matin, j'avais établi l'existence d'une classe de fonctions fuchsiennes, celles qui dérivent de la série hypergéométrique; je n'en plus qu'à rédiger les résultats, ce qui ne me prit que quelques heures» (pág. 51.)

Henri Poincaré fala-nos da *beleza artistica* que possuem as sciências (no seu caso, as matemáticas) e como, tantas vezes, é o *critério de beleza* que arrasta o sábio.

É esse mesmo critério que Rio Hortega, o sábio histologista de Madrid, aponta nestas palavras, mostrando-nos, ao mesmo tempo, os factores que fomentam as descobertas científicas:

«Yo no soy más que un hombre que hace lo que le divierte (con lo que passa por trabajador), sin encontrar jamás lo que busca y topando al azar con lo inesperado. Puedo afirmaros que he fracasado siempre en mis propositos, y que no es justo atribuirme descubrimiento alguno de importancia. Es bueno que sepáis que muchos grandes descubrimientos de los genios de la ciencia son, en la realidad, descomunales tropezones con lo inesperado.

«No debéis ver en mí a un servidor de la ciencia, sino a un enamorado de la histología por el arte que encierra. Ignoro, ciertamente, si me atrae la ciencia por lo que tiene de percusión tenaz, verdadera caza de verdades quiméricas, o por el arte que contiene. En la observación microscópica hay inagotable manantial de bellezas, y yo, artista más que nada, me recreo con ellas» (1).

A lógica baseada na observação — diz-nos Nicolle — permite tomar conta de um problema, delimitá-lo, pesquisar as suas relações e as analogias com problemas já resolvidos. A lógica situa

(1) *Homenagem a Rio Hortega*, Madrid, 1930.

e classifica o facto novo. É pelo raciocínio que agrupamos os factos isolados, apreciamos as lacunas, percebemos o conjunto dos fenómenos e preparamos outras descobertas. Todavia, para as realizar «ne comptons pas sur lui. La raison va terre à terre. S'il s'agit d'un bond en avant, d'une véritable découverte, c'est à l'imagination, l'intuition qui nous le donneront» (pág. 35).

A revelação dum facto novo, a conquista do *inconnu d'hier*, não é um acto de raciocínio, «c'est un acte voisin de celui de l'artiste et du poète, un rêve qui devient réalité, un rêve qui semble créer» (pág. 77).

Dess'arte lhe veio a demonstração do tipo das *infecções latentes (inapparentes)*.

É interessante o conhecimento da génese desta descoberta, do caminho que seguiu, contado pelo próprio autor.

Nicolle demonstrara que a inoculação, na cobaia, do sangue dum doente atingido de tifo exantemático determinava neste animal uma doença de tipo particular. Esta doença passara despercebida por efeito de uma opinião preconcebida, segundo a qual, para que um animal fôsse reconhecido sensível a uma doença, era preciso que apresentasse o quadro clínico da espécie. Ora, o tifo experimental da cobaia só pode ser reconhecido pelo termómetro. Ninguém, nos laboratórios, tinha então observado a temperatura de uma cobaia. Contentavam-se em introduzir o termómetro no recto, a alguns centímetros do ânus. Os números lidos variavam para cada observador e para cada observação, e eram quasi sempre inferiores à temperatura normal do animal, mesmo quando estava febril. Nicolle entregou-se ao trabalho de determinar a técnica da medição da temperatura na cobaia. Reconheceu que eram necessários termómetros especiais, de um calibre muito pequeno, e que se devia colocar a cobaia na attitude dorsal, dando-lhe uma posição que permitisse introduzir o termómetro no intestino, sem o ferir, até uma profundidade de 8 centímetros. Seguindo esta técnica com toda a exactidão, Nicolle conseguiu observar que a cobaia inoculada de *tifus* apresentava uma curva de temperatura comparável à do homem naturalmente atingido, idêntica à que se encontra nos casos benignos da nossa espécie. Tornava-se, portanto, evidente a sensibilidade da cobaia. Podia-se, desta sorte, conservar o vírus do tifo exantemático nos laboratórios, após as epidemias, por passagens sucessivas de cobaia a cobaia. Acon-

tecida que, por vezes, nessas passagens, de tempos a tempos, a cobaia não acusava febre. O fracasso aparecia com uma frequência inquietante. Qual a causa? Falha de técnica? Resistência natural do animal?

«C'est alors — conta-nos Nicolle — que j'eus l'intuition de ce qui se passait».

Sabia que o tifo exantemático é uma doença de gravidade muito variável: grave, muitas vezes mortal, no europeu que vem para os países nos quais a afecção é endémica, de menos gravidade nos indígenas adultos, menos ainda nas suas crianças, benigna no macaco, reduzida na cobaia à simples doença termométrica que êle descobrira. Não se podia pensar — diz Nicolle — que existisse em certos animais uma forma ainda mais benigna, na qual todo o sintoma aparente, mesmo a febre, faltasse, só podendo ser reconhecido pelos resultados positivos da inoculação do sangue nos animais sensíveis?

A experiência convenceu o bacteriologista de que assim era, descobrindo em certas cobaias uma forma de tifo impossível de reconhecer, mesmo ao termómetro, e semelhante na sua evolução e na sua natureza ao tifo exantemático, o mais típico.

O tifo sem sintomas mostra, com efeito, a incubação característica da doença. Tem a sua evolução típica, a sua terminação e, consecutivamente, a cura; observa-se ainda uma imunidade ligeira e de curta duração.

O tifo não é a única doença inficciosa que existe sob a forma latente. Desde as suas primeiras experiências sobre o tifo, Nicolle anunciou que se encontrariam formas análogas na maior parte, senão em todas as septicemias. Esta opinião foi cedo confirmada. Conhecem-se hoje as formas latentes não só do tifo (homem, cobaia, rato), mas da dengue (homem, cobaia), da febre amarela (cobaia), da poliomielite (homem), da sífilis (rato), da varíola (cão) e das diferentes espiroquetoses. Tende a aumentar o número de doenças sem sintomas.

A descoberta das *infecções latentes*, tendo por ponto de partida um fenómeno accidental, foi obra, não do raciocínio, mas da intuição e do inconsciente.

Evidentemente que a intuição para Charles Nicolle não é a intuição do sentido vulgar, ou a que combatem os racionalistas.

Essa «intuição», como a de Bergson, de Le Roy e dos psicó-

logos alemães da fenomenologia — incluindo Scheller (1), que foi o maior filósofo do primeiro quartel do século xx — não é *contra a inteligência*, mas é *acima e para além* da inteligência. Tomando a palavra *inteligência* no sentido lato que lhe dava Kant, a intuição é, pode dizer-se, *intelectual*. *Superintelectual* lhe chamara Bergson.

Não podemos dizer, pois, que Charles Nicolle, ao referir-se à intuição como factor essencial, único, por vezes, das suas descobertas bacteriológicas, faça profissão de fé de anti-intelectualista, êle, que tão eficazmente serve a causa da inteligência. Ultrapassando-a, êste sábio mantém-se fiel à razão.

Para negar a importância da intuição na ciência experimental seria preciso admitir que a vida fôsse «lógica». «Nous savons qu'elle ne l'est pas» — insiste Nicolle. «Elle est aveugle. Où mettre une intelligence, une raison dans ce qui n'est qu'effect des circonstances? La vie ne connaît pas la raison; elle ne cherche que les possibilités de se transmettre; elle en essaye autant qu'elle en rencontre. Nous avons dit déjà qu'elle allait le plus souvent à des échecs. Nous n'en pouvons rien connaître. Nous ne voyons que les succès. C'est pourquoi la nature nous paraît intelligente» (pág. 36).

... Ainda a atitude com que neste livro define a nascença, a vida e a morte duma doença, como caracteriza a *vida* — pela continuidade, ao mesmo tempo afirmando a sua individualidade (2) — Ch. Nicolle introduz as sciências biológicas, e todos os problemas que elas estudam, adentro das tendências do pensamento contemporâneo.

Estamos tão sedentos das ideas puras e criadoras em biologia, das ideas claras que não sejam a modos de *imageries* mecânicas, mais ou menos fragmentárias e abstractas, que êste livro traz algo de reconfortante, muito de novo, pela maneira como comprehende os fenómenos da vida e da morte, sendo, demais, um precioso estudo de pedagogia para os cientistas, escrito numa linguagem do mais fino labor da sua mente poderosa de artista e de sábio.

EDUARDO COELHO.

(1) Morreu o ano passado sem ter concluído a sua obra de *Antropologia filosófica*.

(2) Vide Jacques Chevalier, Louis de Broglie, Edouard Le Roy: *Continu et discontinu*, Paris, Librairie Blond, 1929.

II Reunião da Imprensa Médica Latina

(Bruxelas, 28 a 30 de Setembro de 1930)

A II Reunião da Imprensa Médica Latina realizar-se-há em Bruxelas nos dias 28, 29 e 30 de Setembro de 1930, sob a presidência do Prof. Maurice Loeper (de Paris), presidente da Federação da Imprensa Médica Latina e da Associação da Imprensa Médica Francesa, e do Dr. Albert Delcourt (de Bruxelas), presidente da Associação da Imprensa Médica Belga.

Vai-se formar uma *Comissão de organização*, de que fazem parte os Drs. Delcourt, presidente, Beclers, secretário geral, e Rosenthal, tesoureiro. Ulteriormente será constituída uma *comissão de patrocínio*.

PROGRAMA

O programa provisório da Reunião está fixado da seguinte forma:

Na sessão da abertura, domingo 28 de Setembro:

- 1.º Discurso do Dr. Delcourt, presidente da Comissão belga;
- 2.º Discurso do Prof. Loeper, presidente da Federação;
- 3.º Saudações dos delegados das nações latinas representadas na Reunião;
- 4.º Relatório sobre os trabalhos da Federação, pelo Dr. L. M. Pierra (de Paris), secretário geral da Federação;
- 5.º Relatório financeiro, pelo Dr. G. Baillière (de Paris), tesoureiro da Federação;
- 6.º Conferência feita por um membro da Federação, sobre um assunto de ordem geral e que ainda não está fixado.

Nas sessões de trabalho, segunda feira 29 e terça feira 30 de Setembro, serão discutidos os seguintes assuntos:

- 1.º *Constituição de uma caixa autónoma da Federação*.
Conferentes: Drs. Baillière (Paris) e C. Kohly (Havana).
- 2.º *Colaboração dos Estados e das companhias de transportes na organização dos congressos médicos*. — Conferentes: Drs. Beclers (Bruxelas) e X...
- 3.º *Direitos dos editores dos periódicos*. — Conferentes: Drs. Cosasesco (Bucarest) e Gardette (Paris).
- 4.º *Edição de um dicionário de termos médicos*. — Conferentes: Prof. Rondopoulos (Atenas) e X...
- 5.º *O papel da imprensa médica na difusão das grandes ideias científicas e profissionais*. — Conferentes: Drs. De Blasio (Nápoles) e Juan Marin (S. Tiago do Chile).

Os outros conferentes serão designados ulteriormente.

Além destes relatórios poderão ser recebidas em pequeno número comunicações particulares.

Independente das festas, banquetes, teatros, que se organizarão em Bruxelas, os dias de trabalho serão seguidos de uma excursão a Anvers e visita

da exposição, recepção pela Comissão de organização, etc. No decorrer desta jornada realizar-se há uma conferência pelo Dr. Tricot-Royer (de Anvers), sôbre a «Publicidade médica na história.»

ADESÕES

Podem aderir à Reunião :

- 1.º Os membros titulares da Federação da Imprensa Médica Latina ;
- 2.º Os médicos e estudantes de medicina inscritos no escritório da Imprensa Médica Latina ;
- 3.º Os médicos e todas as pessoas que se interessam pela Imprensa Médica, bem como membros, não médicos, da família dos titulares ou aderentes.

Todos os que participarem nos trabalhos da Reunião recebem as suas publicações e beneficiam das suas vantagens.

A *cota* está fixada em 75 francos belgas por inscrição, quer para os membros titulares (directores ou delegados dum jornal médico) quer para os aderentes.

Conceder-se há uma redução a todos nos caminhos de ferro belgas e franceses. Está-se deligenciando obter as mesmas vantagens nos outros países.

Pede-se para dirigir ao Dr. René Beclers, secretário geral da Reunião, 36 Rua Archimède, Bruxelas (Bélgica), as adesões, pedidos de informação e as cotas, tendo o cuidado de passar os cheques e ordens de pagamento em nome do Dr. J. Rosenthal, tesoureiro da comissão de organização.

Recebem-se as adesões também no Escritório da Imprensa Médica Latina, 101, Rua de Richelieu, Paris (2^{ème}). Podem ser dirigidas ao Dr. L. M. Pierra, secretário geral da Federação, mas as ordens de pagamento e cheques (55 francos franceses) devem ser passados em nome do Dr. Georges Baillièrre, tesoureiro geral da Federação.

*
*
*

XIX Congresso Italiano de Estomatologia

Realiza-se nos dias 15 a 25 do próximo mês de Setembro em Veneza

*
*
*

I Congresso Internacional de Microbiologia

Reúne em Paris, de 20 a 25 de Julho próximo, sob a presidência de honra do Dr. Roux e a presidência do Prof. Bordet. Na 1.ª secção (microbiologia médica e veterinária) serão discutidos os seguintes relatórios : Variabilidade microbiana — fenómenos líticos; escarlatina (etiologia, profilaxia e terapêutica); elementos filtráveis dos vírus neurotropos; febre ondulante e abôrto epizootico; patogenia da cólera; gripe. Na 2.ª secção (serologia e imuni-

dade): lipóides na imunidade; cultura de tecidos; grupos sanguíneos. Na 3.^a secção (botânica e parasitologia): a decomposição do esqueleto vegetal no solo e a formação da matéria húmica; imunidade nas plantas; espiroquetoses de origem hídrica, espiroquetoses sanguíneas; bartoneloses e infecções sanguíneas dos animais esplenectomizados.

As comunicações livres devem realacionar-se com o tema dos relatórios e apresentar apenas o resumo das investigações pessoais do autor. A importância da inscrição (100 francos franceses) deve ser remetida ao tesoureiro: Sr. Georges Masson, 120, Bl. Saint-Germain, Paris (VI^e) até 15 de Junho.

Todas as informações relativas ao Congresso podem ser pedidas ao Secretário-Geral Dr. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris (XV^e), ou em Portugal ao Dr. Nicolau de Bettencourt, Instituto Câmara Pestana, Lisboa.

* * *

Faculdades de Medicina

De Lisboa

Foram nomeados assistentes de clínica cirúrgica, medicina operatória e psiquiatria da Faculdade de Medicina, respectivamente, os Drs. Casimiro Mário Afonso, Álvaro do Rosário Colaço e Manuel de Almeida Amaral.

— O Conselho da Faculdade de Medicina foi autorizado a fazer-se representar nos congressos de Medicina de Oslo e Liège pelos Profs. Lopo de Carvalho e Ferreira de Mira.

— No *Diário do Governo* foi publicado um despacho aprovando o contrato celebrado entre a Faculdade e o Dr. Silva Carvalho para a regência do curso de História da Medicina.

De Coimbra

Iniciaram-se os concursos para professores auxiliares de Medicina interna, sendo concorrentes os Drs. Lúcio de Almeida, Augusto Vaz Serra, Manuel da Silva Costa e Mário Simões Trincão.

* * *

Sessões científicas do Hospital Escolar

Comunicações apresentadas:

Granuloma hipofágico ou necrose gorda da mama, pelo Prof. Custódio Cabeça, com a apresentação de 13 casos clínicos.

Aspectos da prova encefalográfica num caso de tumor da glândula pineal, pelo Prof. Egas Moniz. Trata-se de um tumor muito vascularizado, pro-

fundo, do hemisfério esquerdo à altura do ventrículo médio que foi verificado pela necropsia.

Relações entre as perturbações climatéricas e as hemoptises, pelo Prof. Lopo de Carvalho.

Sinusites máxilares crônicas sem pus, pelo Prof. Carlos de Melo.

Hospitais

Civis de Lisboa

Foram admitidos ao concurso de assistentes de clínica cirúrgica dos Hospitais Civis de Lisboa os Drs. : Alfredo Vasconcelos Dias, Celestino Henriques, Emilio Martins, Guilherme da Costa, João Morais Sarmiento, Luís Quintela Manuel Macedo, Vergílio de Moraes, José Maria Sacadura Bote e Mário Conde.

— O cirurgião dos Hospitais Civis Dr. Amândio Pinto pediu licença limitada, alegando não lhe permitir o seu estado de saúde continuar a desempenhar as funções daquele cargo.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 9 de Maio, a que presidiu o Prof. Silva Carvalho, foi apresentada pelo Dr. Álvaro Lapa uma comunicação intitulada «Contribuição para o estudo da etiopatogenia das nodosidades juxta-articulares». Em seguida o Prof. Nicolau de Bettencourt fez uma comunicação a propósito da malária em Portugal. Sobre esta última falaram o prof. Silva Carvalho e os Drs. Carvalho Dias, Alberto Mac-Bride e Júlio Lopes.

Continuou na sessão do dia 24 de Maio a discussão da comunicação do Prof. Nicolau de Bettencourt sobre a malária. O Dr. Carvalho Dias falou especialmente sobre a luta anti-sesonática. O dr. Júlio Lopes leu um trabalho sobre a cultura do arroz e o paludismo.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na reunião do dia 27 de Maio o Dr. Pereira Varela apresentou um projecto de assistência estomatológica municipal destinada à Liga Portuguesa de Profilaxia Social. Na discussão deste trabalho intervieram os Drs. Tiago Marques, Ferreira da Costa, Júlio Gonçalves, Miguel dos Santos e Gonçalves Viterbo.

Instituto Aurelio da Costa Ferreira

O Prof. Salazar de Sousa realizou no Instituto Aurélio da Costa Ferreira uma lição do curso para professores de anormais, intitulada: «Alterações patológicas durante a infância e sua importância para o professor».

Instituto de Hidrologia e Climatologia

O Dr. Armando Narciso foi nomeado professor de terapêutica termal do Instituto de Hidrologia e Climatologia.

Instituto de Puericultura

No dia 22 de Maio inaugurou-se o primeiro posto de assistência do Instituto de Puericultura da Junta Geral do Distrito.

Prof. Ricardo Jorge

O Prof. Ricardo Jorge foi reeleito pelo Office International de Higiene Publique para o lugar de membro do *comité* de Higiene da Sociedade das Nações, sendo também reeleito presidente do mesmo *comité*.

História da Medicina

O Prof. Silva Carvalho realizou na Faculdade de Medicina de Lisboa uma série de lições sobre História da Medicina.

Conferências

O Prof. Marck Athias realizou no Instituto Rocha Cabral a sua anunciada conferência sobre «O automatismo do coração, causas e mecanismos reguladores».



— Na sede da Sociedade da Voz do Operário realizou o Dr. Álvaro Lapa uma conferência acêrca da «Sífilis».

— O Dr. Dias Amado tem continuado na Universidade Popular a sua série de conferências sôbre o «O trabalho».

Saúde Pública

Tomou posse do lugar de sub-inspector de saúde do concelho de Gouveia o Dr. Alfredo Augusto da Silva Pires.

Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Prof. Silva Teles, da Escola de Medicina Tropical e da Faculdade de Letras; em Pombal, o Dr. Alfredo Osório de Sousa Pinto; em Celorico de Basto, o Dr. Manuel Alves Ferreira.





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: 1/2 dose

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

ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON — SINCOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se emprega em larga escala. Há vinte anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito mínimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilizei com successo, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREEIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.