

Ano IX

N.º 9

Setembro 1932



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

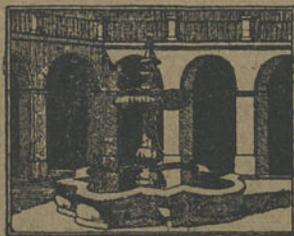
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# KALOGEN

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

**TONICO RECONSTITUENTE RECALGIFICANTE**

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que a 4 por dia produce **diurese prompta**, reanima o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA**, Lesões **MI. RAES, CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS

**DOCTOR:**

**NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O**



# Phosphorrend

# ROBERT!

NA SUAS TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL

LABORATORIO  
ROBERT

Sala B .....

Est. 8 .....

Tab. 1 .....

N.º 117 .....

Depositarios para Portugal e Colonias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> 240, Rua da Palma,

Para a Desinfecção Cutanea  
nada equivale ao

# MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceina)  
Marca Registada



SOLUÇÃO ESPECIAL PRE-OPERATORIA

Não é tóxica  
Não produz dor  
Não causa dermatites  
Seca rapidamente  
Penetra profundamente  
É altamente bactericida  
A sua cor viva aumenta a  
área esterilizada.

FORMULA—Dissolvam-se 2 grammas de MERCUROCHROMO em 25 c.c. de agua distillada. Adicionem-se 55 c.c. de alcool puro e 10 c.c. de acetona. Deixe-se repousar duas horas e filtre-se o precipitado. Esta solução é inalteravel, permanecendo activa.

## DESCONFIE!

de todo o Mercurochromo  
cuja embalagem não leve o  
nosso nome na etiqueta, com  
a designação de

"MERCUROCHROMO H. W. & D."  
ou "MERCUROCHROMO-220  
SOLUVEL H. W. & D."



Unicos Fabricantes  
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING  
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Representantes: ROBINSON, BARDSLEY & Cia., Lda., Lisboa

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. B, Baltimore E. U. A.

Peço-lhes tenham a bondade de enviar-me amostras e litterature descriptiva do MERCUROCHROMO.

Doutor .....

Endereço..... Cidade.....

(Escrever em letra bem legivel.)

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# I O D O N E

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATÓRIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

## NEO I. C. I. - 930

Tratamento antisifilítico pelo arsenobenzol, em pó, purificado de cor amarelo canário (as. 19% aproximadamente) extremamente soluvel, atoxico, máxima estabilidade das soluções, injectável seja por via endovenosa, seja por via **intramuscular**.

Tolerância dos melhores arsenobenzois por kilo de peso animal: 0,225

Tolerância de Neo I. C. I. - 930 — : 0,450.

*Pedir a comunicação do Prof. G. CASTELLI ao Congresso Internacional de Sifilografia, de Copenhague.*

Depositários exclusivos:

**Rauf Vieira, L.<sup>da</sup>**

RUA DA PRATA, 51, 3.º

LISBOA

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

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

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

**Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>** 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

## SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

### o PÕ EXIBARD

*Sem Opio nem Morphina*

o qual allivia sem demora.

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções  
exija-se a assignatura

*Exibard*

A. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>ie</sup>, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

# Salvitae

## Nas Toxemias da Gravidez

E' possível, por meio de alimentação ideal, apropriadamente seleccionada, suprir todas as necessidades minerais básicas do corpo, mantendo assim uma adequada reserva alcalina; mas é tão raro alcançar-se este desideratum, que a administração do SALVITAE serve como uma racional medicação.

SALVITAE, protege, de uma forma eficiente, o organismo contra acidose e toxemias da gravidez, suprimindo-o de saes minerais (sódio, potássio, cálcio, magnesia, etc.) dos quaes depende a integridade do equilibrio acido basico do corpo.

AMERICAN APOTHECARIES CO.,  
New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

**Jimenez - Salinas & C.<sup>a</sup>**

240, Rua da Palma, 246 LISBOA



**Bacté-coli-phage***Colibacilurias - Pielonefrites - Cistites***Bacté-rhino-phage***Gripe - Coriza - Rino-faringites***Bacté-intesti-phage***Enterites - Colites - Diarreias infantis***Bacté-pyo-phage***Panarícios - Fleimões - Feridas infectadas***Bacté-staphy-phage***Furunculose - Antraz***Tratamento da furunculose e das doenças  
com estaphylococcus**

(Antraz, Sycose, Acné, Terçol, Osteomyelite, Abcesso do seio e Lymphangite das amas, Infecções secundárias na Tuberculose pulmonar, Supuração com estafilococcus).

4 a 8 comprimidos a qualquer hora com liquido ao gosto do doente

Laboratorios Robert & Carrière - Paris

Agente em Portugal: A. G. ALVAN - R. da Madalena, 66, 2.º - Lisboa

O DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICACIA

**Syphilis:****Bismogenol****Laboratorios  
E. Tasse - Hamburgo**

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**

PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN - R.** da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

**acção  
pureza  
inalterabilidade** **absolutas**



estas características  
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

**INSULINA**



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS  
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS  
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE. F. 2 1476  
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. 10108, 36. Telefone 701

**allenburys**

alimentos de confiança para o bebé tomar

e para o médico receitar

VITAMINADOS

AFAMADOS

SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS

**GARANTIDOS**

n.º 1 — recém-nascidos  
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses  
n.º 3 — depois dos 6 e adultos  
BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES:  
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele. F. 2 1476  
G. DELTA

# ANTIPHLOGISTINE

é considerada um agente de valor como adjuvante da roentgenterapia. Os raios X são considerados como sendo um agente simples e útil, de que dispõe o dermatologo, para o tratamento de eczemas e das outras afecções resistentes da pele, porém, o resultado poderá ser nulo, se nos abstermos de agentes locais.



*Antiphlogistine*, aliviando o prurido e a dôr, e amolecendo os tecidos endurecidos, torna-se um agente de grande valor em todas as moléstias da pele tratadas com os raios X.

PARA AMOSTRA E LITERATURA ESCREVER A<sup>2</sup>  
**The Denver Chemical Mfg. Co.,**  
 163 Varick Street, New York U. S. A.

**Robinson, Bardsley & Co.**

Cas. do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup>

L I S B O N

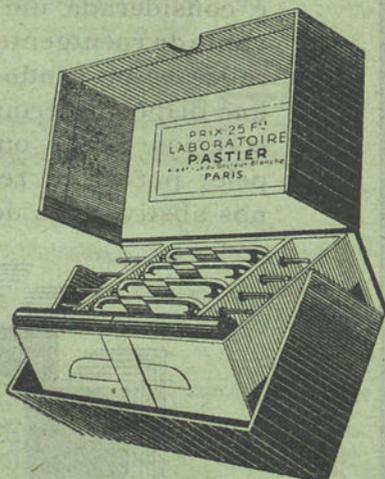
## 2 novidades em vacinoterapia

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

# colitique

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

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



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

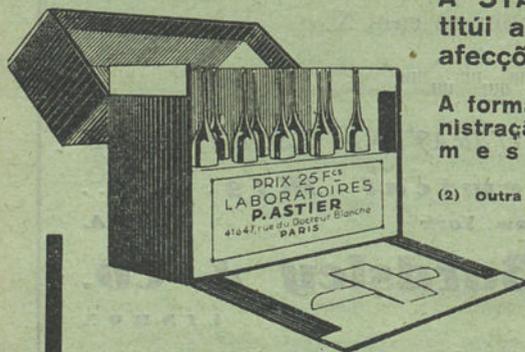
# stalysine

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

A STALYSINE injectavel constitúi a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil 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.<sup>a</sup> — R. da Palma, 240-246 — Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Sôbre a sensibilização do tecido neoplásico à acção dos raios X. pela aplicação prévia da insulina, por S. F. Gomes da Costa e F. Bénard Guedes.....</i>	Pág.	767
<i>Sôbre o diagnóstico e terapia da tosse convulsa, por L. de Castro Freire .....</i>	»	801
<i>A fórmula hemo-leucocitária na tosse convulsa, por Cordeiro Ferreira .....</i>	»	822
<i>Revista dos Jornais de Medicina.....</i>	»	840
<i>Notícias &amp; Informações .....</i>	»	XCI

## SÔBRE A SENSIBILIZAÇÃO DO TECIDO NEOPLÁSICO À ACÇÃO DOS RAIOS X, PELA APLICAÇÃO PRÉVIA DA INSULINA

(Comunicação preliminar)

POR

S. F. GOMES DA COSTA e F. BÉNARD GUEDES

A idea de intensificar a acção biológica das radiações de Roentgen ou das substâncias radioactivas, quer procurando sensibilizar as células patológicas por processos físicos ou químicos, quer levando ao seio dos tecidos substâncias capazes de emitirem radiações secundárias sob a acção das radiações primárias, é muito antiga.

Desde que Barkla, em 1910, baseado sôbre a nova teoria da emissão secundária da matéria irradiada, lembrou que a excitação das radiações características e electrónicas poderia determinar uma reacção maior dos tecidos, têm sido numerosas as tentativas para pôr em prática o processo dos radiadores secundários intracavitários ou intraneoplásicos. As condições técnicas do processo são principalmente três:

1.<sup>a</sup> — Introdução de objectos, agulhas ou fios metálicos em cavidades naturais ou nos tecidos (desde as primeiras tentativas empíricas de Albers-Schönberg, em 1910, com substâncias de pêso atómico pouco elevado e portanto más radiadoras nas condições da experiência, até ao processo de bêtaterapia de Sluys, em 1923).



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

2.<sup>a</sup> — Introdução de compostos químicos metálicos ou de suspensões coloidais nos tecidos (Werner, Ellinger e Rapp, Gauss e Lembke, Pagenstecher, Klotz e Neuberg, Spiess e Salzmann, Lowenthal).

3.<sup>a</sup> — Introdução de elementos metálicos nos tecidos por iontoforese (Ghilarducci e Wintz).

Ainda que nenhum dos processos até agora experimentados tenha podido entrar na prática geral da radioterapia, o método de tentar aumentar a percentagem da dose em profundidade, provocando a excitação de radiações secundárias, é digno do maior interesse e o seu estudo não deve ser abandonado; sómente as tentativas futuras terão de basear-se nos conhecimentos físicos já sólidamente adquiridos sobre o fenómeno e seguir o caminho indicado por Sluys: irradiações com comprimentos de onda das radiações primárias apropriadas aos radiadores secundários, de modo a obter um máximo de emissão característica.

Também pela introdução de substâncias fluorescentes (eosina, sulfato de quinino, etc.), se pretendeu aumentar a acção biológica das radiações primárias de determinados tecidos, com o intuito de provocar reacções secundárias de fotosensibilização. O processo tem sido muito discutido, sobretudo pela dificuldade de interpretar o fenómeno biológico, que foi mesmo negado por alguns experimentadores.

Ainda como sensibilizadores físicos tem sido empregada a associação da radioterapia com a diatermia e com os raios infra-vermelhos e ultra-violetas, no intuito de obter uma activação das trocas nutritivas e por consequência uma maior radio-sensibilidade.

Como sensibilizador químico, associou Werner à acção dos raios X a acção citolítica do enzitol (borato de colina), de que se chegou mesmo a afirmar que produzia efeitos biológicos idênticos aos das radiações de Roentgen; a toxicidade do produto e a ausência de efeitos electivos sobre as células neoplásicas, levou-o a pôr o método de parte.

Também mais recentemente Holzknacht preconizou o uso de injecções intravenosas de solutos de glucose, antes da irradiação; baseou-se no conhecimento das trocas nutritivas das células cancerosas e procurou sensibilizar assim a célula, obtendo um desequilíbrio osmótico.

No decurso das nossas observações, estudando a acção local da insulina sôbre as neoplasias ulceradas da pele, tivemos ocasião de, juntamente com o Prof. Francisco Gentil, observar também alguns factos novos que interpretámos como uma sensibilização do tecido neoplásico à acção dos raios X. Resumiremos neste trabalho os primeiros resultados práticos que obtivemos, pela associação da insulina e dos raios X, e deixaremos para futuras publicações a demonstração experimental (em via de conclusão) do mecanismo das acções que hoje apresentamos.

Em Dezembro de 1930, o Prof. F. Gentil chamou a nossa atenção para uma doente de 30 anos de idade, que tinha uma neoplasia inoperável da mama esquerda, com linfangite e nódulos cutâneos. Esta doente foi submetida à acção dos raios X. A primeira série de aplicações foi feita sôbre 3 campos cruzados, a 50 cm. de distância foco-pele; dose total, 900 r. em cada campo, em doses fraccionadas durante 20 dias; filtro de cobre de 0,5 mm., voltagem de 190 kilovolts e intensidade 4 m A. A reacção cutânea a esta forte aplicação de raios X não foi além de uma simples epidermite, com derme a descoberto e rosada. Pelo que diz respeito à neoplasia, pode dizer-se que o seu estado se conservou estacionário.

Um de nós (1) tinha já demonstrado que a insulina aplicada localmente, quer em solução, quer em pomada, sôbre os cancros ulcerados da pele, determina a cicatrização da úlcera cancerosa, cicatrização que em alguns casos se mantém perfeita desde há 15 a 18 meses. Segundo indicação do Prof. Gentil, experimentámos também a acção da insulina sôbre a vasta ulceração que essa doente apresentava. A aplicação da solução da insulina foi feita duas vezes por dia segundo a técnica que um de nós descreveu em trabalhos anteriores (*loc. cit.*). Durante as 6 semanas que durou esta aplicação de insulina, a cicatrização da úlcera neoplásica fez-se rapidamente e até de uma maneira especial. Não era sómente uma cicatrização que começava pela periferia e limitava cada vez mais a extensão da ulceração, como

---

(1) *C. R. de la Soc. de Biol.* 1931. T. 107. Pág. 85. *Jorn. da Soc. de Ciências Médicas.* N.º 4. *Presse Medicale.* 1931. N.º 84. *Tumari.* Ano XVIII. Fasc. II. 1932.

notámos nos casos de cancro ulcerado da pele; observava-se também nessa doente, no meio da ulceração, a formação de pequenas zonas de epidermização com o aspecto de pingos de cera (fig. 1), zonas que, aumentando de dimensões e pela sua con-

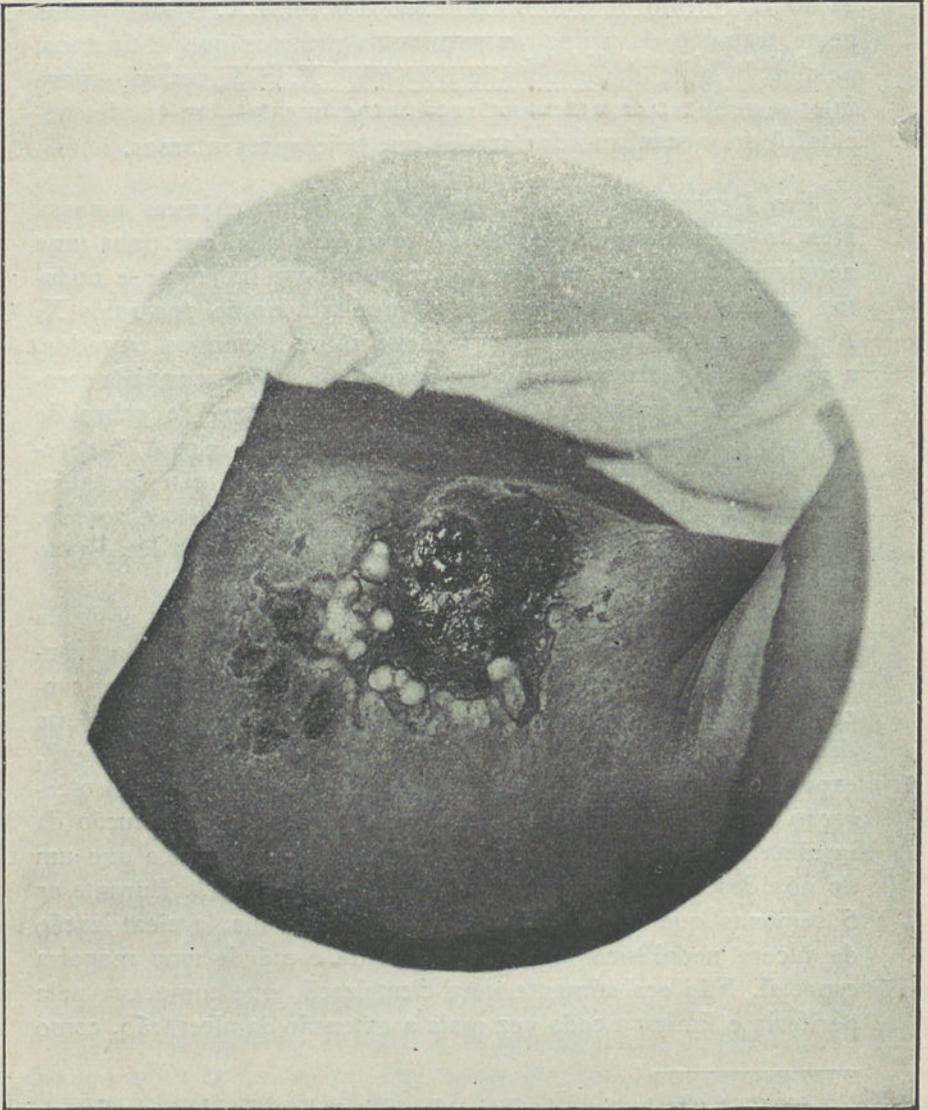


Fig. 1

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

**Simenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



## **Vacina Antipiógênica Sofivalente "Bruschettini"**

Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Frankel, b. piocianico, tipos de procedências diversas.

### **Método do prof. Bruschettini**

No tratamento de toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos

*Abcessos, Angina de Ludwig, Artrite aguda, Reumatismo agudo, Endocardite estreptococica, Infecção puerperal, Escarlatina, Supurações de úlceras e feridas, Septicemias, etc.*



## **Vacina Antigonococica "Bruschettini"**

Tipos de gonococos de várias procedências e tipos de germens (piogénios) que costumam acompanhar o gonococo.

### **Método do prof. Bruschettini**

*Dá excelentes resultados tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundárias, (prostatite, orquite, epididimite, artrite blenorragica, afecções gonococicas do útero e anexos, etc.)*



Amostras à disposição dos srs. Médicos

**L. Lepori**

Apartado 214 — Rua Victor Cordon, 1-E

**Lisboa**

fluência, apressavam a cicatrização. Seis semanas depois do fim da aplicação da primeira série de raios X, a úlcera estava muito reduzida pela aplicação da insulina. Restava somente uma pequena zona não cicatrizada junto do mamilo. Começou-se então uma segunda série de aplicações de raios X, que não se diferenciou da primeira senão pela redução da dose a 600 r. e ainda pela limitação da irradiação apenas a dois campos. Se bem que esta dose fôsse mais fraca, os resultados obtidos foram muito diferentes; observou-se então a aparição de flictenas, destruição de algumas camadas da derme e em alguns pontos ennegrecimento. Surpreendeu-nos êste resultado e sobretudo a desapareição de todos os nódulos cutâneos neoplásicos. Fizemos uma nova série de aplicações locais de insulina, e, 4 meses depois de ter terminado a segunda série de raios X, irradiámos de novo. Esta terceira irradiação foi feita igualmente sôbre dois campos, mas somente com 150 r. em cada campo. As outras condições de irradiação, a filtração, a voltagem, a distância, etc., foram as mesmas. O resultado obtido então foi impressionante: produziu-se uma necrose em tôda a porção que restava da glândula mamária, com formação de uma escara muito espessa, que algum tempo depois se eliminou. O estado da lesão era então aparentemente muito bom. A doente engordou e o estado geral era satisfatório. Julgamos que os factos que acabamos de resumir e que foram comunicados (1) numa reunião da Sociedade Portuguesa de Biologia pelo Prof. Gentil e por um de nós, podem ser interpretados, de acôrdo com êste nosso Mestre, como uma radio-sensibilização provocada pela aplicação prévia da insulina. Desde então fizemos muitas experiências para verificar na pele normal e no tecido canceroso a existência desta radio-sensibilização e para estudar as condições que determinam a sua aparição. Estudámos também em doentes as possibilidades de aplicação desta sensibilização da acção dos raios X pela insulina ao tratamento dos cancros da pele.

A parte experimental do nosso trabalho, feita na intenção de verificar na pele normal a existência da radio-sensibilização pro-

---

(1) *C. R. de la Soc. de Biol.* Tômoo CIX. Pág. 511. 1931.

vocada pela aplicação local da insulina, foi feita em coelhos.  
Numa primeira série de experiências fizemos a epilação me-

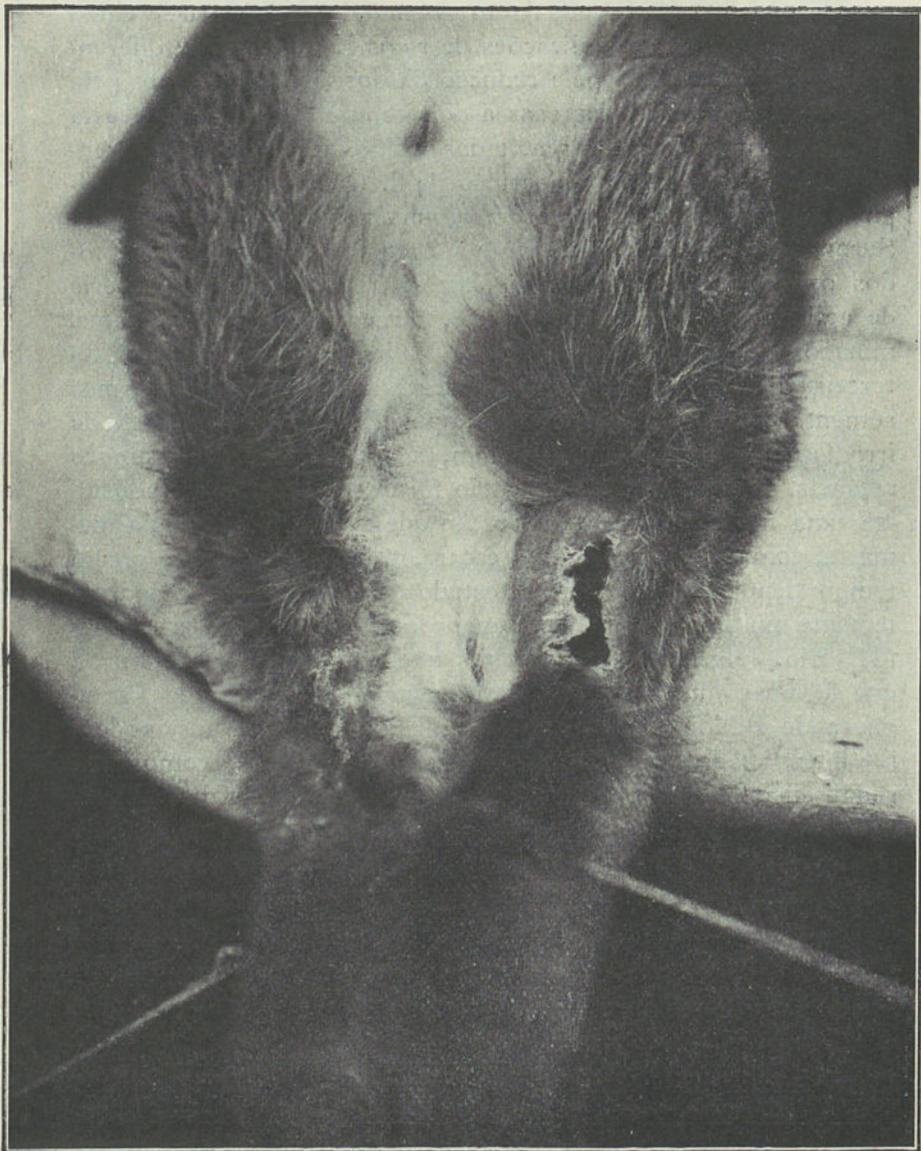


Fig. 2

cânica da pele da região lateral e posterior das coxas dos animais, numa extensão de 6 cm. por 3 cm. de largura; os coelhos foram então divididos em 5 grupos.

Os animais do primeiro grupo foram friccionados diariamente com insulina (Schering-Kahlbaum) na região epilada da coxa direita; a parte correspondente da coxa esquerda foi friccionada da mesma maneira, mas com água.

Os animais do segundo grupo foram friccionados todos os dias com pomada de insulina (Fornet) na coxa direita e com água na coxa esquerda.

Os animais do terceiro grupo foram friccionados na coxa direita com o líquido solvente da insulina (Schering-Kahlbaum), líquido que contém ácido clorídrico, dextrose e tricresol, e na perna esquerda com água.

Os animais do quarto grupo foram injectados com insulina na dose diária de 0,1 cc.; as coxas destes animais foram também friccionadas com água.

Finalmente, os coelhos do quinto grupo foram conservados como testemunhas.

Algum tempo depois (1-2 meses) do início destas várias aplicações, as coxas dos animais foram irradiadas nas regiões que tinham sido epiladas (o pêlo recomeçara entretanto a crescer de novo).

Experimentámos doses diferentes de raios X: 1.200, 1.600, 2.400 e 3.200 r, medidas no ar com o dosímetro de Küstner (80 KV, 10 mA, distância fóco-pele 30 cm., camada hemi-redutora 2 mm. de alumínio, sem filtro; tempo, respectivamente de 22, 30-30-45 e 60 minutos).

As dimensões dos campos irradiados foram 3 cent. por 6 cent. em todos os coelhos.

Era nossa intenção provocar epidermites e dermites nas regiões epiladas e comparar os resultados obtidos nas coxas conservadas como testemunhas, em cada animal, e nas coxas tratadas. Verificaríamos assim as diferenças de reacção da pele aos raios X, nas coxas insulinizadas e nas coxas testemunhas, tanto pelo que diz respeito à precocidade da reacção, como à intensidade das lesões obtidas.

As doses de raios X necessárias para provocar, nestas condições, dermites e epidermites em coelhos, não tinham sido ainda es-

tudadas; tivemos portanto de determinar previamente quais as doses mais convenientes para o nosso estudo.

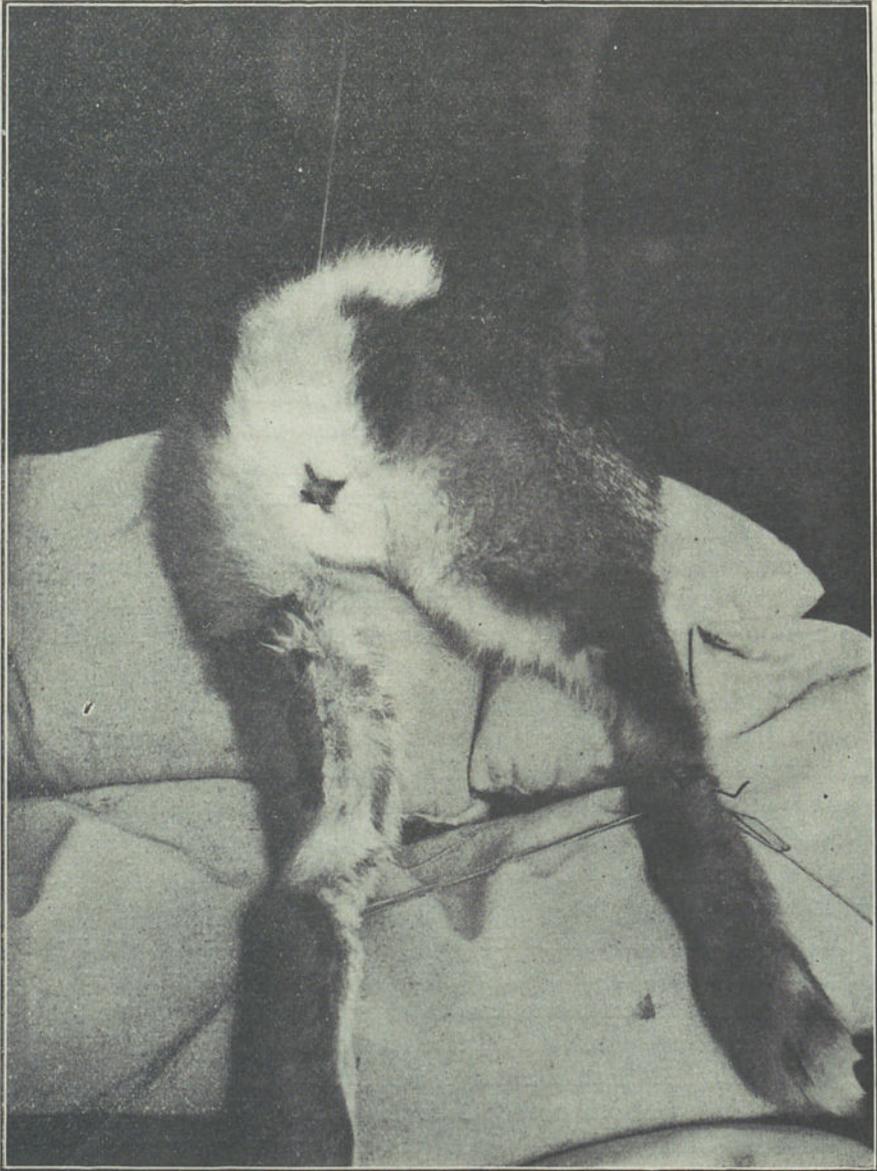


Fig. 3

Nas nossas condições de experiência, as primeiras doses de raios X (1.200 e 1.600 r) que ensaiámos mostraram-se pouco eficazes para o fim que tínhamos em vista. No entanto, esta primeira série de observações mostrou já diferenças nítidas da reacção dos raios X na pele das coxas insulinizadas e nas coxas testemunhas.

Os quadros que seguem resumem as diferenças mais nítidas que se observaram nesta primeira série de experiências.

## QUADRO I

Coelhos irradiados com 1.200 r (nas condições indicadas)

Número de dias depois da irradiação	Coelhos friccionados com insulina líquida (Sch.-Kahlb.) na coxa direita, durante 30 dias	Coelhos friccionados com pomada de insulina (Fornet) na coxa direita, durante 30 dias	Coelhos injectados diariamente com insulina (0,1 c. c.), (Scher.-Kahlb.), durante 30 dias
6-7	Início da epilação que é mais acentuada na coxa dir. <sup>a</sup>	Início da epilação que é mais acentuada na coxa dir. <sup>a</sup>	Início da epilação que é igual nas duas coxas.
13-15	Na coxa direita epilação completa de todo o campo irradiado e descamação em placas espessas e largas. Na coxa esq. <sup>a</sup> a epilação é ainda incompleta; lig. <sup>a</sup> descamação furfurácea.	Na coxa direita epilação quasi completa do campo irradiado e descamação furfurácea. Na coxa esquerda a epilação é menos acentuada e a pele apresenta-se com asp. <sup>o</sup> normal.	Epilação quasi completa nas duas coxas; pele de aspecto normal.
21-23	Descamação muito intensa na coxa direita. Na coxa esquerda apenas ligeira descamação furfurácea.	Epilação completa na coxa direita e incompleta na coxa esquerda. Pigmentação acentuada à direita.	Início de descamação furfurácea.
32-34	Mantém-se o mesmo aspecto.	Mantém-se o mesmo aspecto.	A descamação desapareceu. O pêlo recomeça a crescer.
46-48	Pele normal. O pêlo começa a crescer nas duas coxas.	Pele normal. O pêlo começa a crescer nas duas coxas.	Pêlo praticamente normal nas duas coxas.

Destas experiências, pode concluir-se que os sintomas de reacção cutânea à acção dos raios X, na dose de 1.200 r, não vão, nos coelhos, além de fenómenos de epilação e de descamação da epiderme. Estes sintomas aparecem mais precocemente nas coxas tratadas com insulina. A intensidade da reacção cutânea aos raios X foi um pouco mais acentuada nas coxas insulinizadas que nas coxas testemunhas.

## QUADRO II

Coelhos irradiados com 1.600 r (nas condições de irradiação indicadas)

Número de dias depois da irradiação	Coelhos friccionados na coxa direita com insulina (Scher.-Kahlb.) durante 30 dias	Coelhos friccionados na coxa direita com pomada de insulina (Fornet) durante 28 dias
4	Início da epilação, mais acentuada na coxa direita.	Início da epilação, que é mais acentuada à direita.
10-11	Epilação muito mais acentuada na coxa direita do que na esquerda. Descamação em placas largas à direita e furfurácea à esquerda.	Epilação completa na coxa direita e descamação furfurácea. Epilação incompleta na coxa esquerda; pele de aspecto normal.
17	Epilação completa no campo irradiado da coxa direita e incompleta na coxa esquerda.	Mesmo aspecto.
27-28	O pêlo começa a crescer na zona irradiada da coxa esquerda.	Mesmo aspecto.
34-35	O pêlo começa a crescer na coxa direita e continua a crescer na coxa esquerda.	O pêlo começa a crescer nas duas coxas, mais à esquerda.
67-70	Pêlo normal na coxa esquerda e mais curto na coxa direita.	Pêlo normal nas duas coxas, mas branco.

A dose de 1.600 r de raios X mostrou-se ainda insuficiente para provocar mesmo uma epidermite na pele dos coelhos. Os fenómenos de reacção a esta dose de raios X continuaram a aparecer mais precocemente, e também com uma intensidade um pouco maior, nas coxas dos coelhos previamente friccionadas com insulina, do que nas coxas testemunhas.

Os coelhos irradiados com 2.400 r morreram todos de doença intercorrente, antes de serem irradiados.

## QUADRO III

Coelhos irradiados com 3.200 r (nas condições de irradiação que apontámos)

Número de dias depois da irradiação	Coelhos friccionados com insulina na coxa direita, durante 60-70 dias	Coelhos friccionados com pomada de insulina na coxa direita, durante 50 dias	Coelhos injectados com insulina durante 55-60 dias
4-5	Início da epilação na coxa direita; sem alterações na coxa esquerda.	Início da epilação na coxa direita; sem alterações na coxa esquerda.	Sem alterações em qualquer das coxas.
10-14	Epilação em todo o campo irradiado na coxa direita. Sem alterações na coxa esquerda.	Epilação em todo o campo irradiado da coxa direita, com descamação furfurácea. Coxa esquerda sem alterações.	Início da epilação nas duas coxas.
15-16	Começa a epilação à esquerda.	Começa a epidermite à direita; à esquerda começa a epilação.	Continua a epilação nas duas coxas.
18-20	Descamação em placas espessas e largas na coxa direita e início de epidermite. Na coxa esquerda a epilação é ainda incompleta.	Aumenta a epidermite na coxa direita; a epilação é ainda incompleta na coxa esquerda.	Ligeiros indícios de epidermite nas duas coxas.
22-26	Aumenta a epidermite na coxa direita. A epilação é ainda incompleta na coxa esquerda (fig. 2).	Epidermite acentuada na coxa direita. Epilação completa e início de epidermite na coxa esquerda.	Epidermite incompleta em ambos os lados.

Número de dias depois da irradiação	Coelhos friccionados com insulina na coxa direita, durante 60-70 dias	Coelhos friccionados com pomada de insulina na coxa direita, durante 50 dias	Coelhos injectados com insulina durante 55-60 dias
29-30	Epidermite das duas coxas, mas muito menos acentuada à direita; não há ainda tendência para a cicatrização.	Mantém-se a epidermite na coxa direita, mas com tendência para a cicatrização. A epidermite acentua-se na coxa esquerda.	A epidermite começa a cicatrizar igualmente dos dois lados.
36	Cicatrização quasi completa à direita. À esquerda apenas tendência para a cicatrização.	Cicatrização completa na coxa direita. Tendência para a cicatrização na coxa esquerda.	Continua a tendência para a cicatrização.

Das observações resumidas neste quadro pode concluir-se que, nas nossas condições de experiência, os raios X na dose de 3.200 r podem provocar epidermites em coelhos. Os fenómenos de reacção cutânea provocados pelos raios X continuaram a aparecer mais precocemente e um pouco mais intensamente nas coxas tratadas pela insulina do que nas coxas testemunhas. É interessante notar que, no entanto, a cicatrização das epidermites provocadas pelos raios X foi mais precoce e mais rápida nas coxas insulinizadas do que nas coxas testemunhas. Êste facto, confirmado por outras observações, como veremos adiante, foi o ponto de partida de uma outra série de experiências, em via de conclusão, para estudar a possibilidade da aplicação da insulina no tratamento de radiodermites. Nos coelhos em que a insulina foi administrada por injeção, a reacção cutânea aos raios X foi igual nas duas coxas, não foi tão precoce e, pode dizer-se também, não foi tão intensa como nas coxas dos animais em que a insulina foi aplicada localmente.

Numa outra série de experiências, comparámos os resultados provocados pela aplicação de raios X em coelhos, cuja coxa di-

LISBOA MÉDICA

# Cardiazol «Knoll»

(pentamethylentetrazol).

**Analéptico de acção favoravel  
sobre a circulação e a respiração.**

**Acção immediata  
por via subcutanea.**

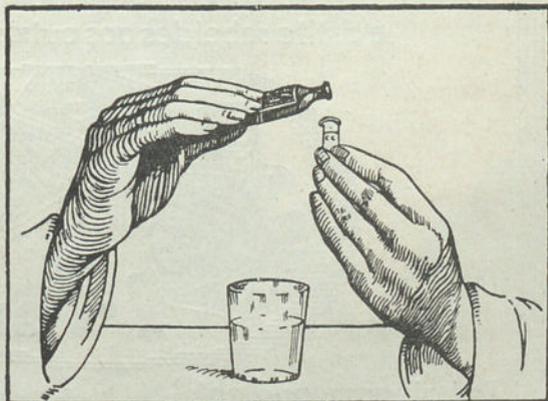


Póde tambem injectar-se pelas vias intramuscular, intravenosa e intracardial.

Conforme o caso, emprega-se 1 empola de 1,1 cc. de hora em hora ou de 1/2 hora em 1/2 hora.

Emballagem d'origem de 6 empolas.

**Acção demorada  
por via buccal.**



Cardiazol liquido e em comprimidos.

3 a 4 vezes por dia 20 gottas (= 0,1 gr. de Cardiazol) ou 1 comprimido de 0,1 gr., eventualmente em intervallos de 2 a 3 horas.

Frasco d'origem com 10 grs. de liquido.

Tubo d'origem com 10 comprimidos.

**KNOLL A.-G.,** Fabricas de productos chimicos, Ludwigshafen sobre o Rheno  
(Allemanha).

*Um novo produto Schering*

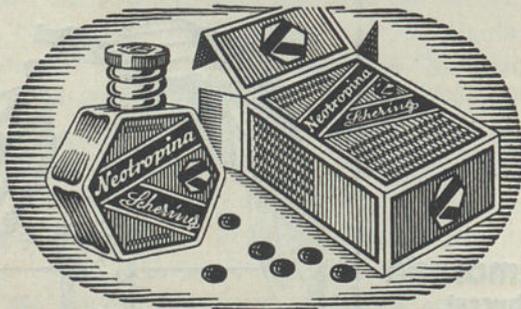
# NEOTROPINA

Preparado córate  
para o tratamento das infecções do  
aparelho genito-urinário.

## VANTAGENS ESPECIAIS:

- 1 *Acção bactericida intensa*
- 2 *Alto poder de penetração*
- 3 *Efeito sedativo nas inflamações*

Especialmente indicado no tratamento da  
blenorragia. Dá bons resultados nos casos de pielite  
e cistite rebeldes aos outros tratamentos.



Embalagem original:  
Frascos com 20 dragêas de 0,10 gr.

**SCHERING-KAHLBAUM LTDA.**

Os nossos concessionários:

Schering Limitada, Rua Vitor Gorden 7, Lisboa

*Preço muito  
favorável*



Fig. 4

reita foi friccionada apenas com o líquido solvente da insulina e cuja coxa esquerda foi friccionada com o soluto de insulina (Schering-Kahlbaum) feito com esse solvente. Como os raios X, na dose de 3.200 r, apenas provocaram nas nossas primeiras experiências sintomas de epidermite, experimentámos fazer também a irradiação das coxas tratadas nas condições indicadas com uma dose de 4.000 r de raios X.

Os resultados obtidos estão resumidos nos quadros que seguem:

#### QUADRO IV

Coelhos irradiados com 3.200 r (nas condições de irradiação já indicadas)

Número de dias depois da irradiação	Coelhos testemunhas. As coxas foram friccionadas com água durante 50 dias	Coelhos friccionados na coxa direita com o líquido solvente da insulina (30 dias) e na coxa esquerda com água	Coelhos friccionados na coxa direita com o líquido solvente da insulina (50 dias) e na coxa esquerda com insulina (38 dias)
4-5	Sem alterações.	Sem alterações.	Sem alterações.
10-14	Epilação das duas coxas, nos campos irradiados.	Epilação das duas coxas, maior à direita, onde há pigmentação.	Sem alterações.
15-16	Continua a epilação e há descamação furfurácea nas duas coxas.	Mesmo aspecto.	Começa a epilação na coxa esquerda. Não há alterações à direita.
18-20	Epilação ainda incompleta; pequenas zonas de epidermite nas duas coxas.	Início de epidermite nas duas coxas.	Epilação em todo o campo irradiado da coxa esquerda e epidermite (Fig. 3). Sem alterações à direita.
22-26	Epilação em todo o campo irradiado e aumento da epidermite nas duas coxas.	Epidermite dos dois lados.	Epidermite mais acentuada na coxa esquerda. Epilação em todo o campo e epidermite em início na coxa direita.

Número de dias depois da irradiação	Coelhos testemunhas. As coxas foram friccionadas com água durante 50 dias	Coelhos friccionados na coxa direita com o líquido solvente da insulina (30 dias) e na coxa esquerda com água	Coelhos friccionados na coxa direita com o líquido solvente da insulina (50 dias) e na coxa esquerda com insulina (38 dias)
29-32	Continua a epidermite dos dois lados, mas com tendência para a cicatrização.	Começa a cicatrização da epidermite, igualmente dos dois lados.	Epidermite nas duas coxas, mas mais acentuada à esq. Não há ainda tendência para a cicatrização.
36	Acentua-se a tendência para a cicatrização.	Acentua-se a tendência para a cicatrização.	Tendência para a cicatrização dos dois lados.

Se compararmos nesta série os resultados observados nos coelhos testemunhas e nos coelhos cujas coxas foram friccionadas com o líquido solvente da insulina, pode concluir-se que o líquido solvente da insulina não parece ter influência nenhuma sobre a precocidade ou sobre a intensidade dos fenómenos de reacção cutânea provocados pelos raios X. Da comparação, nos mesmos coelhos, das coxas friccionadas com água e das coxas friccionadas com o líquido solvente da insulina, pode tirar-se a mesma conclusão. Os resultados obtidos são perfeitamente iguais.

Mais curiosos são os resultados observados nos coelhos cujas coxas foram friccionadas, uma apenas com o solvente da insulina e a outra com o soluto da insulina. Nota-se ainda que os sintomas de reacção cutânea aos raios X são mais precoces e mais acentuados nas coxas friccionadas com insulina; no entanto, êsses sintomas apareceram mais tarde nestes coelhos do que nos coelhos testemunhas ou naqueles em que se fez apenas a fricção do solvente da insulina. Estes factos, também confirmados nas experiências resumidas no quadro seguinte, serão estudados mais detalhadamente em futuras publicações.

QUADRO V

Coelhos irradiados com 4.000 r (nas condições de irradiação já apontadas)

Número de dias depois da irradiação	Coelhos testemunhas (As coxas foram fricionadas com água durante 50 dias)	Coelhos fricionadas na coxa direita com soluto de insulina, durante 50 dias	Coelhos fricionados na coxa direita com pomada de insulina, durante 60 dias	Coelhos fricionados na coxa direita com o solvente de insulina (60 dias) e na coxa esquerda com insulina (50 dias)
4	Sem alterações.	Epilação de todo o campo irradiado da coxa direita e descamação furrúcea. Sem alterações à esquerda.	Epilação em todo o campo à direita e descamação furrúcea (fig. 4). Início de epilação à esquerda.	Sem alterações.
7	Sem alterações.	Esboça-se epilação na coxa esquerda.	Epilação ainda incompleta à esquerda.	Sem alterações.
11-12	Sem alterações.	Início da epidermite na coxa direita. Epilação incompleta à esquerda.	Descamação furrúcea à direita. Epilação ainda incompleta à esquerda.	Sem alterações.
18-19	Epilação incompleta e início de epidermite de ambos os lados.	Epidermite total no campo irradiado da coxa direita, derme a descoberto, lisa e rosada. Epilação em todo o campo na coxa esquerda.	Epidermite total à direita, derme a descoberto, lisa e rosada. À esquerda, a epilação ainda não é completa.	Epilação incompleta e início de epidermite à esquerda. Início de epilação à direita.
21-23	Epidermite generalizada a todo o campo irradiado nas coxas, derme a descoberto, lisa e rosada.	Mesmo aspecto à direita. Descamação furrúcea e pequena zona de epidermite em início à esquerda.	Mesmo aspecto à direita. Aumenta a epilação à esquerda e há descamação furrúcea e pigmentação.	A epidermite aumenta na coxa esquerda. Epilação incompleta à direita e descamação.
26-28	Mantém-se a epiderme sem tendência para a cicatrização nas duas coxas.	Tendência para a cicatrização à direita. Pele normal à esquerda.	Tendência para a cicatrização à esquerda. Começa a epidermite à esquerda.	Epidermite em todo o campo esquerdo. A direita epilação ainda incompleta. Início de epidermite.
30	Não se nota ainda tendência para a cicatrização da epidermite.	Cicatrização completa de ambos os lados.	A direita cicatrização completa. A esquerda mantém-se a epidermite.	Na coxa esquerda tendência para a cicatrização. Na coxa direita aumenta a epidermite.

A dose de 4.000 r de raios X provoca epidermites nos coelhos; a derme fica inteiramente a descoberto, mas não apresenta em geral sinais de dermite. Todos os sintomas de reacção cutânea aos raios X continuaram a aparecer mais precocemente e são de maior intensidade nas coxas tratadas com insulina, quer em solução, quer em pomada, do que nas coxas testemunhas dos mesmos coelhos, ou mesmo do que nos coelhos testemunhas (apenas friccionados com água).

As experiências resumidas neste quadro mostram ainda que, como já vimos em experiências anteriores, a cicatrização é mais precoce e mais rápida nas coxas insulinizadas do que nas coxas testemunhas dos mesmos coelhos, e do que também nas coxas dos coelhos testemunhas.

É curioso notar que nesta série de experiências, como também na série anterior, a fricção com o líquido solvente da insulina atrasou a aparição dos sintomas de reacção cutânea aos raios X nas duas coxas dos coelhos tratados com insulina e com o solvente da insulina. Até ao 12.º dia depois da irradiação, êsses coelhos comportaram-se como os coelhos testemunhas, apenas friccionados com água. Ao compararmos mais tarde as duas coxas dos mesmos coelhos, verificámos uma maior precocidade e também uma maior intensidade dos sintomas de reacção nas coxas insulinizadas, em relação às coxas friccionadas apenas com o solvente da insulina. Comparando as coxas friccionadas com êsse solvente da insulina com as coxas dos coelhos testemunhas, nota-se claramente que os sintomas de reacção aos raios X são mais precoces e mais intensos nos coelhos testemunhas. Dir-se-ia que, nestas condições, o solvente da insulina impede a aparição e diminui a intensidade dos sintomas de reacção cutânea à acção dos raios X. Esta acção será mais detalhadamente estudada.

Em resumo, pode concluir-se das experiências que acabamos de descrever:

1.º — Que os raios X, nas doses de 1.200 e de 1.600 r, apenas provocam na pele dos coelhos fenómenos de epilação e de descamação da epiderme.

2.º — Nas doses de 3.200 e 4.000 r, os raios X provocam nos mesmos animais fenómenos de epidermite, ficando a derme a descoberto, mas em geral sem sinais de dermite.

3.º — A insulina aplicada localmente em fricções sobre a pele normal dos coelhos previamente epilada, provoca a aparição mais precoce e mais intensa de todos os sintomas de reacção cutânea aos raios X.

4.º — Todos êsses sintomas de reacção cutânea à acção dos raios X, desaparecem mais precocemente e mais rapidamente nas coxas tratadas com insulina do que nas coxas testemunhas dos mesmos coelhos, ou do que nas coxas dos coelhos testemunhas.

5.º — A insulina em injeção, nas doses ensaiadas, não parece sensibilizar a pele dos coelhos a acção dos raios X.

6.º — Apenas como conclusão prévia pode admitir-se que, nos coelhos, o liquido solvente da insulina, aplicado localmente sobre a pele, retarda a aparição e diminui a intensidade dos phenomenos de reacção cutânea à applicação dos raios X.

Estas conclusões, resumo dos resultados obtidos em muitas experiências feitas em muitos animais, serão mais tarde comparadas com as que obtivermos ao estudarmos a possibilidade de sensibilizar a pele normal e o tecido canceroso à acção do rádio, nas mesmas condições.

A possibilidade da applicação da potenciação da acção dos raios X pela insulina ao tratamento dos cancros da pele é demonstrada pelas observações que seguem.

OBSERVAÇÃO I. — M. P. S., ♀, de 59 anos. (Observação n.º 7.203 do Instituto Português de Oncologia).

A doente foi pela primeira vez à consulta do Instituto em 16-IV-928, com um carcinoma basocelular (análise histológica n.º 88 do I. P. O.) do lábio superior, que lhe apparecera havia 5 meses. Tratado com rádio, estava cicatrizado completamente em 9-IX-929 (filtro 1/2 mm. Pt, duração 15 horas, mgh. 1.166,84-mcd. 9,0). Pouco tempo depois houve recidiva, que tornou a cicatrizar com rádio. Apareceu-lhe entretanto uma nova ulceração na região mastoideia direita, que recebeu uma applicação de rádio em 17-IX-928 e cicatrizou também. Em 28-X-929 appareceu outra ulceração junto da asa esquerda do nariz, coberta por uma crosta espessa, ulceração que se manteve até 15-VI-931, por a doente não ter voltado à consulta. Nessa data a lesão estendia-se à asa esquerda do nariz e ao sulco naso-geniano do mesmo lado. A biopsia (análise histológica n.º 2.915 do I. P. O.) feita nessa data mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular (glândulas sebáceas). A lesão apre-

sentava-se sob a forma de uma ulceração irregularmente circular, de 1,5 cm. de diâmetro, bordos salientes, duros, de fundo irregular, sangrando facilmente ao toque (fig. 5).

A aplicação da insulina (Schering-Kahlbaum, 100 u. cl. para 5 c. c.), duas vezes por dia, começou a 16-VI-31. No início desta aplicação, a cicatrização da úlcera neoplásica fez-se muito rapidamente, mas pouco a pouco



Fig. 5

começou a fazer-se mais lentamente; 4 meses mais tarde restava apenas uma pequena úlcera de 0,5 cm. de comprimento por 2-3 mm. de largura. A doente abandonou então o tratamento, por motivos acidentais; mais tarde, quando voltou à consulta, a superfície cicatrizada apresentava-se ainda com as mesmas dimensões e com o mesmo aspecto. Começamos de novo a fazer a aplicação local da insulina, mas em Fevereiro de 1932 a superfície não cica-

trizada mantinha-se no mesmo estado (fig. 6). Fez-se então uma aplicação de raios X, na dose total de 600 r por doses fraccionadas de 100 r (duração total 51 minutos, distância foco-pele 50 cm., filtro 1 mm. de cobre, 190 KV. 4 mA). 3 dias depois de terminada esta aplicação dos raios X, a cicatrização tinha-se completado (fig. 7). A doente apresentou ao mesmo tempo uma reacção inflamatória muito violenta da pele da região onde a insulina tinha

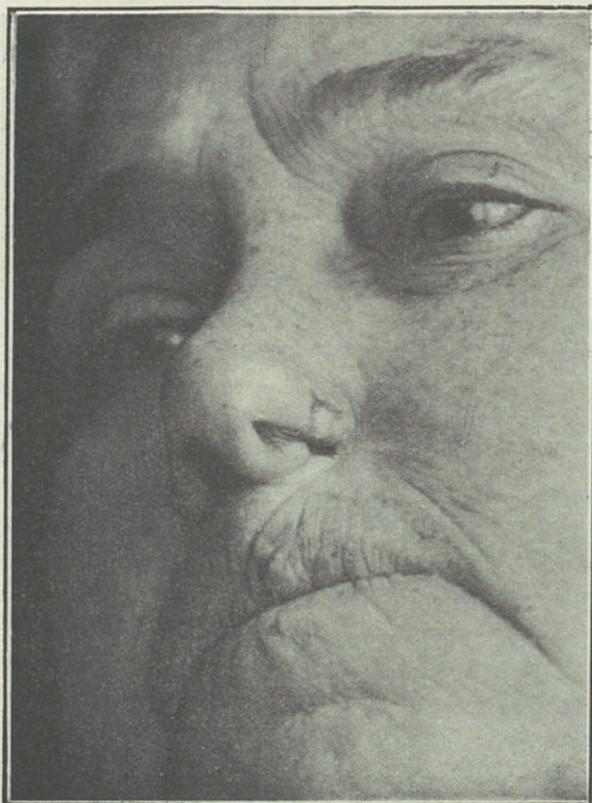


Fig. 6

sido aplicada. Essa reacção inflamatória desapareceu completamente em alguns dias e a cicatrização mantém-se perfeita há já 4 meses.

É preciso notar que a aplicação de raios X sobre os cancrós ulcerados da pele na dose total de 1.200 r (nas condições de irradiação que indicámos), dose que acidentalmente foi empregada no I. P. O., em doentes de neoplasias cutâneas ulceradas, não determina, em geral, a sua cicatrização. De 12 doen-

**“Ceregumil”  
Fernández**

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas as sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.  
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

# DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES

PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA

PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

PROFILAXIA DO CANCRO

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D<sup>r</sup> Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

Représentante em Portugal : RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA

Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.

LISBOA MÉDICA



# NOVOCAINA

## Anestésico local „padrão“

Comprovado desde muitas dezenas de annos, admitido pelo corpo médico inteiro e apresentado sob fôrma de:

**Comprimidos de Novocaina original Hoechst  
Novocaina-Suprarenina (marca registrada).**

**Solução de Novocaina original Hoechst  
Novocaina-Suprarenina (marca registrada).**

Este medicamento oferece deste modo uma garantia certa quanto á sua composição e seus efeitos.

„Bayer Meister Lucius“



M. R. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

„LUSOPHARMA“

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

res de cancro ulcerado da pele, tratados no I. P. O. pela aplicação de raios X na dose total indicada (1.200 r), só um caso cicatrizou completamente.

OBSERVAÇÃO II. — M. C., ♀, de 76 anos. (Observação n.º 7.063 do Instituto Português de Oncologia).

A doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto, em 8-V-930.

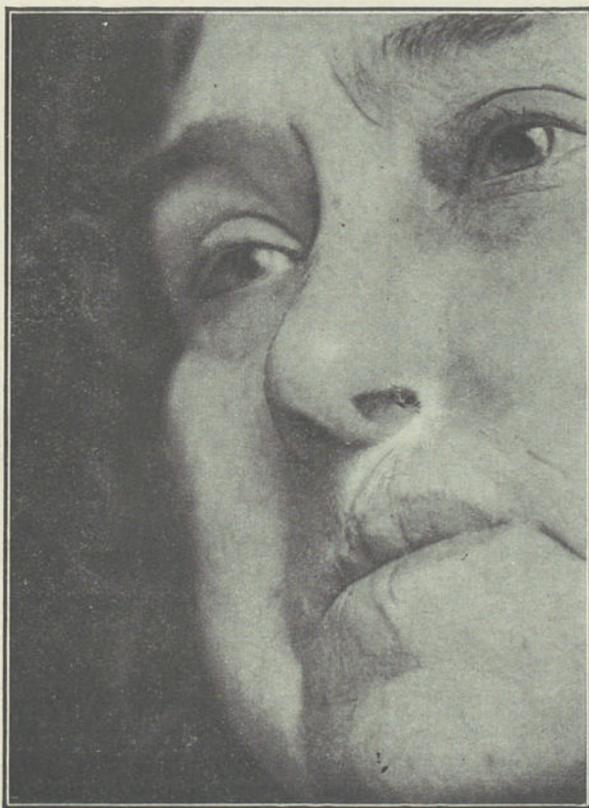


Fig. 7

Contava então que lhe aparecera no dorso do nariz, havia mais de 2 anos, uma mancha escura, áspera, que passado tempo ulcerou, e se cobriu de uma crosta que se destacava e se reproduzia facilmente. A ulceração sangrava com facilidade. Notava-se nessa data no dorso do nariz uma pequena ulceração superficial, irregular, arredondada, com 1 cm. de diâmetro, coberta em parte por uma crosta. A biopsia (análise histológica n.º 1.596 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma plano e basocelular. A doente fêz aplica-

ções de rádio sobre a lesão (filtro 1/2 Pt, duração 32 horas, mgh. 213,12-mcd. 1,6). Em 15-VIII-930 voltou de novo à consulta com recidiva da neoplasia; apresentava nessa data uma ulceração de aspecto idêntico à da primitiva lesão. Fêz nova aplicação de rádio (filtro 1/2 Pt, duração 25 horas, mgh. 333-mcd. 2,5). A lesão não chegou a cicatrizar completamente e voltou a progredir em 9-II-931. Nessa data, quando começámos a tratar a doente,

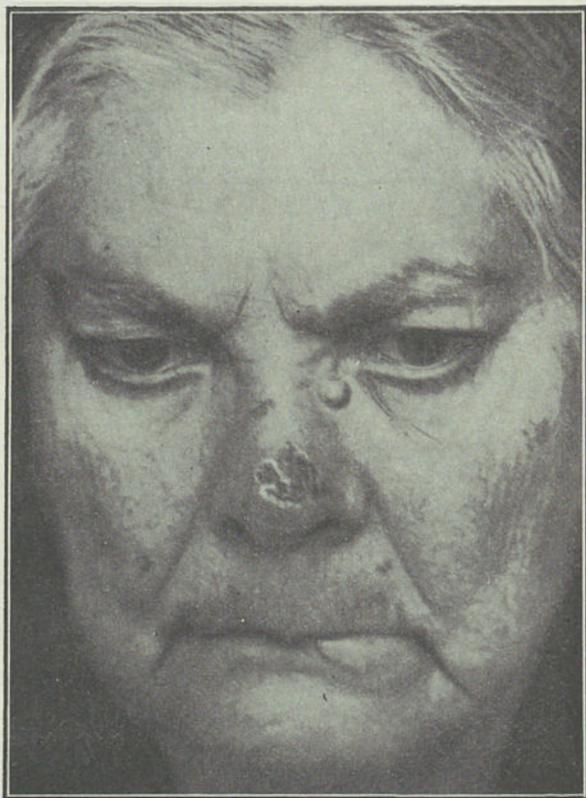


Fig. 8

esta apresentava no dorso do nariz, junto da extremidade anterior, uma úlcera irregularmente arredondada, de 1 cm. de diâmetro, de bordos um pouco salientes, fundo irregular sangrando muito facilmente ao toque (fig. 8). A doente começou a fazer aplicação local de insulina (Schering-Kahlbaum), concentrada a 100 u. cl. por 5 c. c., duas vezes ao dia em 12-II-931. A ulceração deixou de sangrar e apresentava-se alguns dias depois com um aspecto sêco; mas a cicatrização só começou a fazer-se lentamente. A progressão da

cicatriz foi também muito lenta e 6 meses depois do início da aplicação parou. Notavam-se então três pequenas ulcerações, que, não obstante se ter continuado com a aplicação da insulina, se mantiveram até 2-I-932 (fig. 9). Em 12-I-932 a doente começou com as aplicações de raios X: recebeu então uma pequena série de 600 r (duração total 51 minutos, filtro 1/2 mm. de cobre, distância foco-pele 50 cm. voltagem 190 KV., intensidade 4 mA). Como

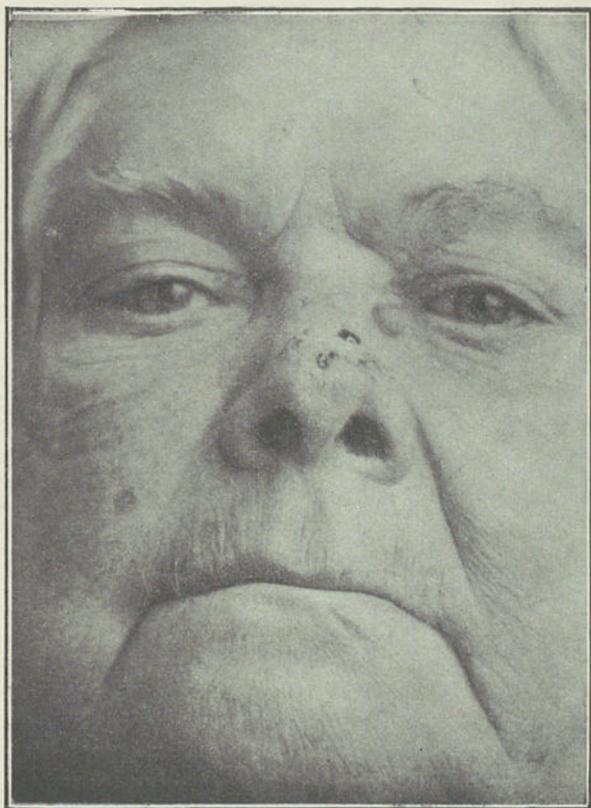


Fig. 9

a reacção inflamatória (que observámos nos dois primeiros doentes, cujas observações resumimos) não fôsse muito grande, a doente recebeu a 26-I-932 uma segunda série de aplicações de raios X, em tudo igual à primeira. Seis dias depois a ulceração estava completamente cicatrizada (fig. 10). Assim se manteve sem qualquer outro tratamento, até que, acidentalmente, 2 meses depois, a doente caiu (3-III-932) e ulcerou de novo a parte superior da cicatriz. A ferida contudo cicatrizou de novo rápida e espontâneamente. 4 meses

depois da cicatrização se ter completado, a cicatriz mantinha-se perfeita. Nesta doente, a reacção inflamatória provocada pela aplicação dos raios X depois da insulina, não foi tão violenta como nas observações anteriores. Além disso foi necessária uma dose de raios X de 1.200 r para cicatrizar completamente as pequenas ulcerações que a insulina aplicada localmente não conseguira cicatrizar. Devemos no entanto notar que se tratava de

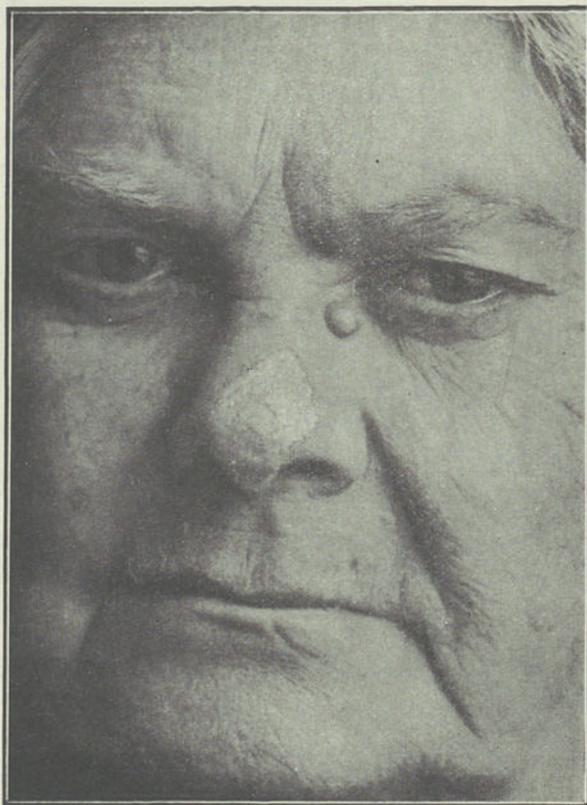


Fig. 10

uma lesão rádio-resistente, já tratada por várias vezes com rádio e que este agente terapêutico já não conseguira cicatrizar. O que o rádio não conseguiu, foi obtido pela associação da insulina com os raios X, que, por si só, como vimos, só excepcionalmente cicatrizam, nas condições que indicámos, os cancros ulcerados da pele. Em resumo, uma neoplasia ulcerada da pele resistente ao rádio, foi tornada sensível à acção dos raios X (por si só muito me-

nos eficaz sôbre as lesões cancerosas da pele que o rádio) pela aplicação local da insulina.

OBSERVAÇÃO III. — M. S., ♀, 46 anos. (Observação n.º 7.014 do Instituto Português de Oncologia).

A doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto em 21-I-932.

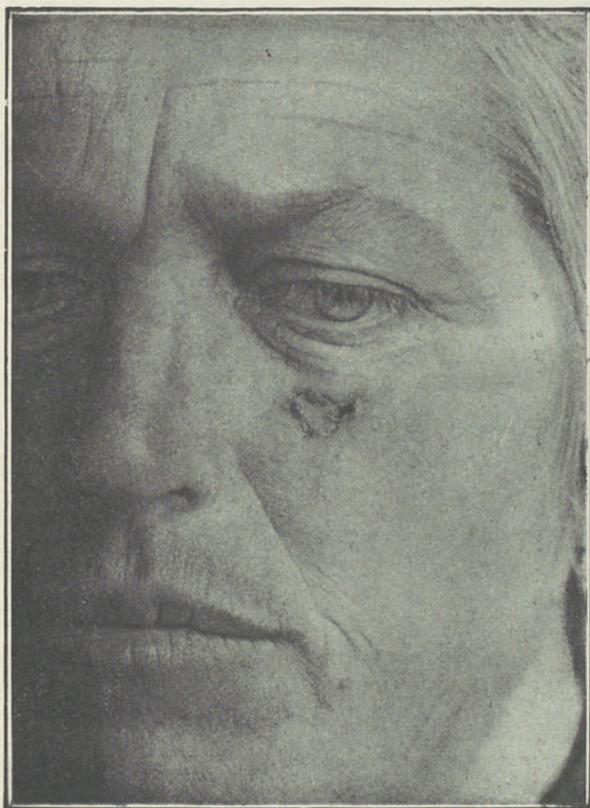


Fig. 11

Havia 10 anos que tinha na face uma pequena ulceração, que se manteve durante muito tempo mais ou menos no mesmo estado. À data da observação, notava-se a 3 cm. do bordo da pálpebra inferior do olho esquerdo uma ulceração irregularmente circular, de 7 mm de diâmetro, de bordos planos, fundo avermelhado, liso, sangrando facilmente ao toque. A biopsia (análise histológica n.º 3.225 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular. A doente começou a aplicação local da insulina a 22-I-932. Quisemos

verificar se uma maior concentração de insulina, aplicada durante um espaço de tempo mais pequeno que o das observações anteriores, provocava uma maior e mais rápida sensibilização da neoplasia. Para isso experimentámos neste caso a insulina sob a forma de pomada, na concentração de 1.200 unidades clínicas por 30 gramas de banha. A aplicação foi feita duas vezes ao dia. Uma semana depois do início desta aplicação, a ulceração estava quasi

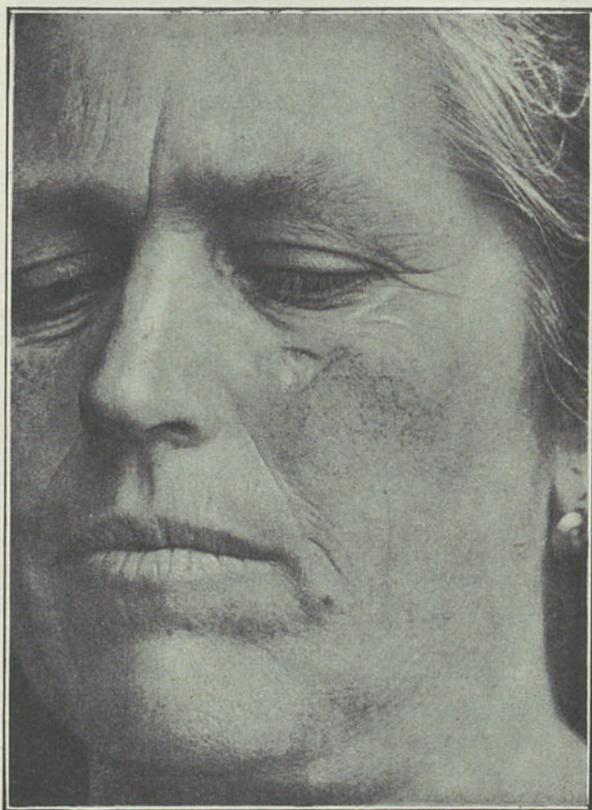


Fig. 12

completamente cicatrizada (fig. 11). Apenas se notavam então duas pequenas ulcerações na periferia da antiga lesão. A-pesar-de se ter continuado a aplicar a pomada de insulina, as pequenas ulcerações mantinham-se ainda com o mesmo aspecto a 11-IV-932. Fez-se então a aplicação dos raios X na dose total de 600 r fraccionada em doses diárias de 100 r (duração total 51 minutos, distância foco-pele 50 cm., filtro 1 mm. cobre, voltagem 190 KV. e intensidade 4 mA). 3 dias depois de terminada a irradiação (metade de uma dose,

habitualmente insuficiente para o tratamento das neoplasias cutâneas) a cicatrização estava completa (fig. 12, 19-IV-932) e assim se tem mantido de então até agora (IX-932).

Um de nós já mostrara, numa outra comunicação à Sociedade das Ciências Médicas, que a insulina aplicada localmente em con-

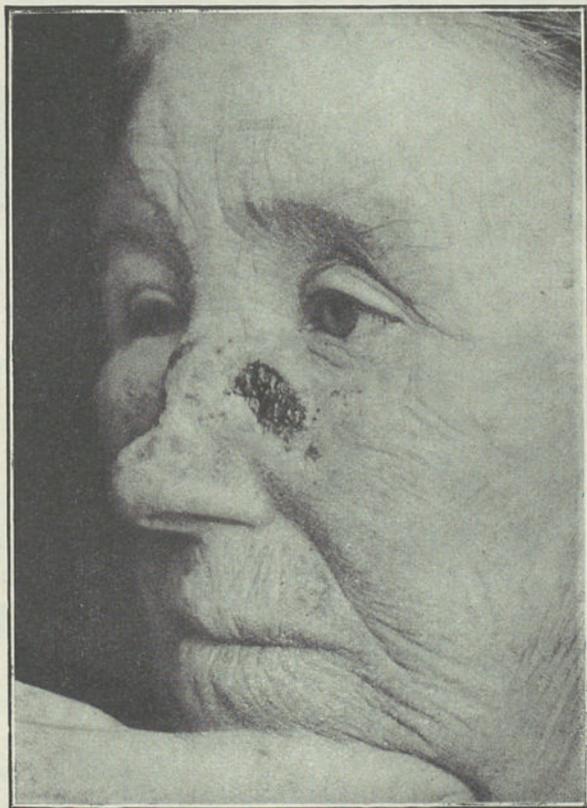


Fig. 13

centração muito elevada, pode cicatrizar muito rapidamente uma ulceração neoplásica da pele, mas que essa cicatrização não parecia ser acompanhada pela regressão total concomitante de tecido canceroso. Os resultados observados neste caso antes da aplicação dos raios X confirmam este facto. Parece ter havido, além disso, uma potenciação da acção dos raios X (pela aplicação pré-

via de uma dose maior de insulina, embora durante menos tempo), do que, por exemplo, a que foi obtida na 1.<sup>a</sup> observação que apresentámos. No entanto a diferença dos efeitos obtidos neste e no 1.<sup>o</sup> caso não está em relação com a diferença das doses de insulina empregadas nas duas observações. Embora como impres-

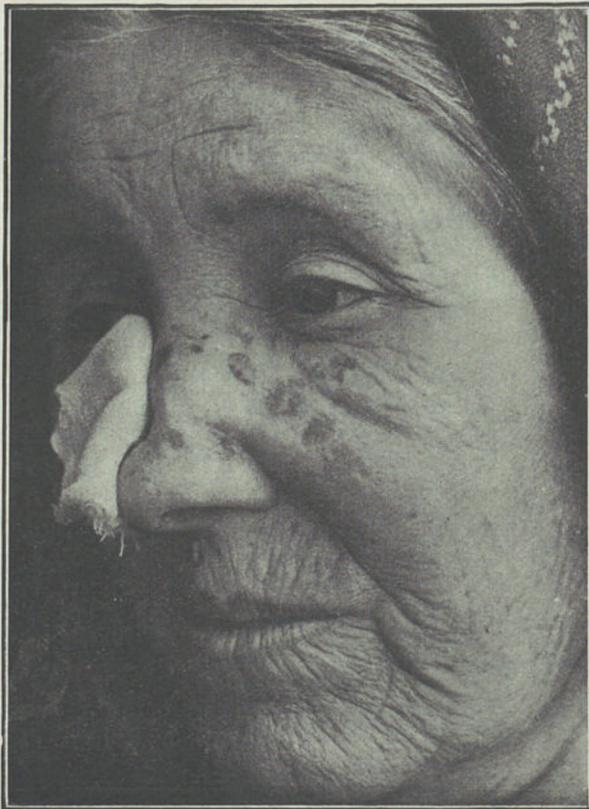


Fig. 14

são prévia, que procuraremos demonstrar em futuras observações, julgamos que, para se obter uma sensibilização ótima da acção dos raios X pela aplicação prévia da insulina, deve ser mais conveniente empregar a insulina em solução e numa concentração que não vá além de 200-300 u. c. para c. c.

LISBOA MÉDICA

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,  
refresca,  
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

☛ GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

## *Veinosine*

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

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

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

# O Antidiarreico UZARA

## Composição

Contém todos os glicosidos da raiz de Uzara na mesma proporção em que se encontram na planta.

## Propriedades

Tem acção excitante sobre as terminações nervosas do simpático. Resolve, por conseguinte, os espasmos, sem provocar, como o ópio, atonia intestinal por paralisia da musculatura lisa.

## Indicações

Diarreias de todas as etiologias, tenesmos, espasmos, dismenorreias, etc.

## Doses

Licôr: 30 gotas, 3 vezes por dia; Comprimidos: 3 comprimidos, 3 vezes por dia. Crenças até aos 12 anos: meia dose. Crenças de peito:  $\frac{1}{4}$  de dose.

SOCIEDADE - UZARA,  
MELSUNGEN.

# SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6%), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

.....  
TEMLER - WERKE  
BERLIN - Johanniethal

# BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levadura

.....  
TEMLER - WERKE  
BERLIN - Johanniethal

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

# SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johanniethal

Depositários exclusivos: HENRIQUE LINKER L.<sup>da</sup>, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

OBSERVAÇÃO IV. — M. R. L., ♀, de 56 anos. (Observação n.º 6956 do Instituto Português de Oncologia).

A doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto em 16-1-932. Tinham-lhe aparecido, havia dois anos, na vertente esquerda do nariz e na pálpebra inferior direita, pequenas ulcerações indolores, que sangravam com freqüência e que só muito lentamente tinham crescido até havia dois meses,

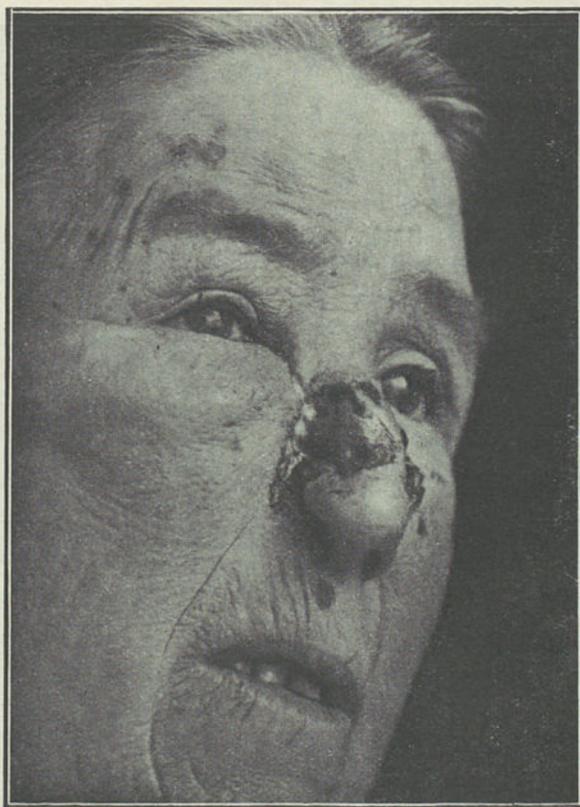


Fig. 15

data em que o crescimento se tornou excepcionalmente rápido. Ao começar o tratamento (16-1-932), a doente apresentava uma ulceração que lhe destruiu quase toda a vertente desse lado (fig. 15). Na região palpebral inferior esquerda, notava-se também uma outra ulceração alongada com 1,5 cm. de comprimento e 0,5 cm. de largura, de bordos endurecidos e dolorosos, de fundo exuberante, sangrando facilmente (fig. 13). As análises histológicas das duas lesões (n.º 3.187 e 3.188 do I. P. O.), mostraram tratar-se de carcinoma basocelular e de carcinoma plano-celular.

A aplicação local de insulina (200 u. c. para 5 c. c.) sôbre a úlcera mais pequena começou a 26-I-932. As massas neoplásicas exuberantes que constituíam o fundo da ulceração desapareceram pouco a pouco, a úlcera deixou de sangrar e a cicatrização ia começar a fazer-se, quando iniciámos a aplicação dos raios X. Desejávamos estudar a sensibilização com essa concentração de insulina e a acção da irradiação sôbre uma ulceração tratada com insu-

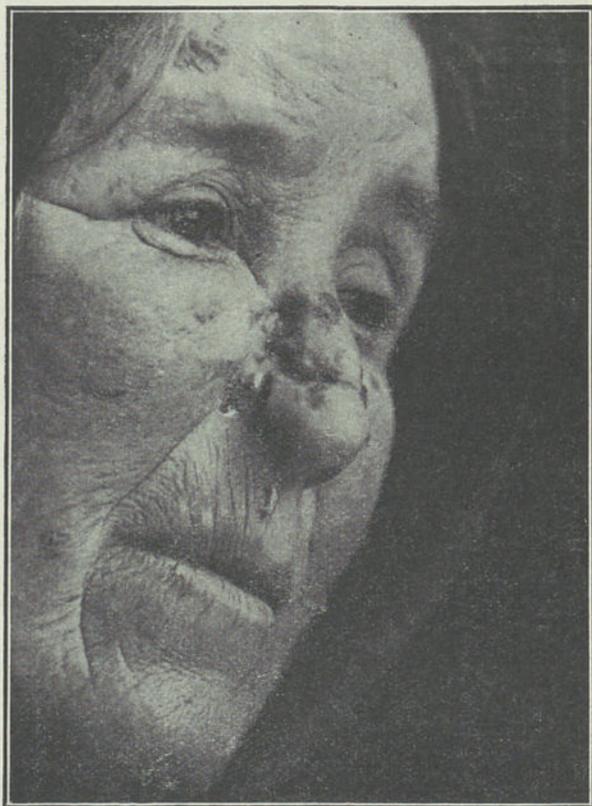


Fig. 16

lina, mas em que ainda não havia cicatrização, mesmo parcial. A aplicação dos raios X sôbre essa ulceração foi feita na dose total de 1.200 r, duração total 1 hora e 42 minutos, distância foco-pele 50 cm., filtro  $\frac{1}{2}$  mm. de cobre, voltagem 190 KV., intensidade 4 mA. A 28-III-932; a ulceração estava completamente cicatrizada (fig. 14) e assim se tem mantido até hoje.

A outra ulceração que esta doente apresentava (fig. 15) começou a ser tratada também em 26-I-932, pela aplicação local de insulina (200 u. c. para

5 c. c.) duas vezes ao dia. Em 7-IV-1932 a ulceração estava meio cicatrizada (fig. 16). A doente começou então a fazer a aplicação de raios X nas mesmas condições que acima indicámos. Em 19-IV-1932, ao terminar a irradiação, a ulceração estava praticamente cicatrizada (fig. 17).

A aplicação dos raios X depois da acção tópica da insulina provocou também nesta doente uma violenta reacção inflamatória da pele da região

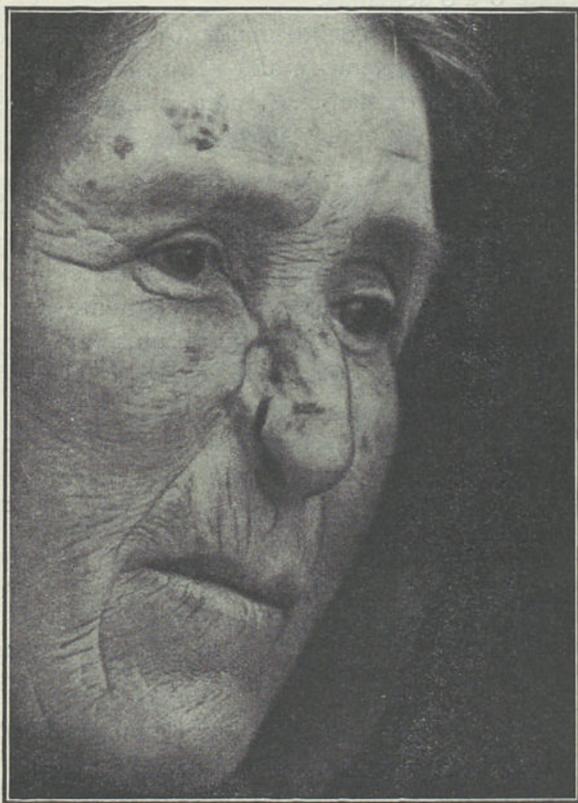


Fig. 17

em que as lesões cancerosas estavam localizadas. Assim como nos casos anteriores, a reacção desapareceu espontâneamente.

Parece-nos interessante notar que esta sensibilização à acção dos raios X na pele normal que rodeia as úlceras neoplásicas tratadas localmente com insulina, pode atribuir-se a uma «propagação» da acção da insulina às células normais da pele vizinha, possivelmente por difusão dessa substância através da derme.

As observações de doentes que acabamos de resumir demonstram claramente que o tecido neoplásico é sensibilizado à acção dos raios X pela aplicação prévia da insulina. Para obter esta sensibilização de maneira que a sua utilização terapêutica seja possível, parece-nos necessário fazer a aplicação da insulina (concentrada a 200 u. c. para 5 c. c.) duas vezes ao dia e pelo menos durante 6 a 8 semanas.

Notemos, porém, que quanto maior fôr a duração da aplicação prévia de insulina, tanto maior será a sensibilização do tecido neoplásico, mas certamente tanto maior será também a reacção inflamatória da pele vizinha da lesão, depois da aplicação dos raios X.

A êste respeito queremos acentuar que a reacção inflamatória da pele normal que rodeia as neoplasias cutâneas nos parece ser menos intensa quando as neoplasias já tenham sido irradiadas. Êste facto tem interêsse, porque são exactamente as neoplasias já radio-resistentes as que necessitam de uma maior preparação prévia com insulina, para mais tarde se tornarem sensíveis e cicatrizarem pela aplicação dos raios X.

Continuaremos estas observações estudando, entre outros factos, a possibilidade de sensibilizar pelo mesmo processo à acção do rádio e ainda seguindo outras técnicas, as células neoplásicas já radio-resistentes.

A sensibilidade das neoplasias cutâneas à acção dos raios X, provocada pela aplicação local e prévia de outras substâncias hipoglicemizantes, será também objecto de trabalhos de próxima publicação.

(Instituto Português de Oncologia e  
Instituto de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina).

## RÉSUMÉ

Après avoir résumé les méthodes proposées jusqu'aujourd'hui pour sensibiliser le tissu néoplasique à l'action des rayons X ou des substances radioactives, les AA. présentent l'observation d'une malade du Prof. F. Gentil, atteinte de cancer inopérable du sein. Ayant reçu une forte dose de rayons X, la malade a été



traitée après l'irradiation par l'application locale d'insuline sur la vaste ulcération qu'elle présentait alors. G. da C. avait déjà constaté des cicatrises de cancers ulcérés de la peau par l'application locale d'insuline; le Prof. F. Gentil et les AA. ont essayé d'accélérer aussi la cicatrisation de l'ulcération néoplasique de cette malade. Pendant les six semaines que dura l'application locale d'insuline, on a pu voir en effet une cicatrisation rapide de l'ulcération; à la fin de cette période, il n'en restait qu'une petite zone près du mamelon. On a commencé alors une deuxième série d'applications de rayons X, qui ne se distingua de la première que par la limitation de la dose à  $2/3$ . On a observé alors l'apparition de phlyctènes, épidermite, destruction de quelques couches du derme et en quelques points un aspect noir. Frappés par ce résultat et surtout par la disparition de tous les nodules néoplasiques, on a recommencé l'application d'insuline et, quatre mois après la fin de la deuxième série de rayons X, on en a fait une troisième application, en employant une dose encore plus petite, à peu près  $1/4$  de la dose employée dans la deuxième série. Le résultat obtenu fut impressionnant: il s'est produit une nécrose de tout ce qui restait de la glande mammaire, avec la formation d'une escarre très épaisse.

Les AA., croyant que ces résultats peuvent être interprétés, d'accord avec le Prof. F. Gentil, par une radiosensibilisation de la peau et du tissu néoplasique à l'action des rayons X, provoquée par l'application préalable de l'insuline. Ils ont cherché alors, par plusieurs expériences, à démontrer l'existence de cette radiosensibilisation. Ils ont aussi étudié les possibilités de l'application de cette sensibilisation du tissu néoplasique à l'action des rayons X par l'insuline, au traitement des cancers de la peau.

La partie expérimentale de ce travail a été faite sur des lapins. Les AA. décrivent la technique employée et concluent de leurs expériences que:

Avec des doses de 1.200 et 1.600 r. (sans filtre, 80 KV., 10 mA, 30 cent. distance), les rayons X ne provoquent sur la peau des lapins que des phénomènes d'épilation et de descamation.

Les doses de 3.200 et 4.000 r., dans les mêmes conditions, provoquent des épidermites; le derme reste à découvert, mais il n'y a pas en général des symptômes de dermite.

L'insuline appliquée localement en frictions sur la peau normale, préalablement épilée, des lapins, provoque une apparition plus précoce et une plus grande intensité de tous les phénomènes de réaction cutanée à l'action des rayons X.

Tous ces symptômes disparaissent plus précocement et plus rapidement sur les régions où on a fait l'application d'insuline, que sur les régions témoins.

L'insuline par injections ne semble pas avoir, dans les lapins, aucune influence sur l'action cutanée des rayons X.

En outre, la possibilité d'application thérapeutique de ces résultats au traitement des cancers de la peau, est démontrée par les observations des malades présentées par les AA.

La première observation se rapporte à une malade, dont le cancer de la peau a été presque complètement cicatrisée par l'application locale de l'insuline. On employa alors une dose faible de rayons X, dose en règle insuffisante pour obtenir la destruction des cancers de la peau, mais qui fut suffisante pour compléter la cicatrisation de l'ulcération néoplasique de cette malade ; la cicatrisation se maintenait encore parfaite, après quelques mois.

La malade de la deuxième observation présentait un cancer de la peau devenue radiorésistant par des applications antérieures du radium. Après l'application préalable d'insuline, l'ulcération cicatrisa complètement par des doses pas trop fortes de rayons X. La néoplasie ulcérée, radiorésistante au radium, a été sensibilisée aux rayons X par l'application locale de l'insuline, elle se maintient aussi cicatrisée depuis des mois.

Les cancers cutanés des malades des deux observations dernières ont été sensibilisés aussi à l'action des rayons X par l'application locale d'insuline, en des doses variables.

Les AA. constatèrent encore des réactions inflammatoires de la peau voisine des néoplasies, après l'application des rayons X ; cette réaction inflammatoire disparut toujours spontanément en quelques jours.

Beaucoup d'autres expériences et observations, en ce qui concerne le radium, etc., seront exposées dans d'autres publications.

*Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa*  
(Director: Prof. Salazar de Sousa)

## SÔBRE O DIAGNÓSTICO E TERAPIA DA TOSSE CONVULSA

POR

L. DE CASTRO FREIRE  
(*Continuação*)

### II PARTE — TERAPÊUTICA. VACINOTERAPIA. PIRETOTERAPIA

Em 1924, nos n.ºs 8 e 9 da *Lisboa Médica*, ano I, em notas práticas sôbre a profilaxia e tratamento da tosse convulsa, referimo-nos, sem apresentar uma opinião decidida, ao valor da vacinoterapia da tosse convulsa. As nossas impressões de então eram antes pessimistas quanto à acção profiláctica e quanto à acção curativa apenas num ou noutro caso e, sem grande segurança, apontávamos efeitos moderadores sôbre o número, intensidade dos ataques e tempo de cura do período de estado.

Nos anos seguintes, trabalhando sucessivamente com a vacina alemã *Antipertussin* e a francesa *Néo-Dméthys*, a pouca eficácia que obtínhamos nos vários períodos da tosse convulsa fizeram-nos abandonar tal método de tratamento; mais tarde o emprêgo da vacina associada ao éter (atosferina Ibys), não logrou desviar-nos daquela norma de procedimento.

Como nós, em outros países, vários autores manifestaram opiniões similares e assim é que, pouco tempo depois dos nossos primeiros ensaios, a vacina alemã *Antipertussin* desaparecia do mercado pela fraca aceitação que recebera. Nos países latinos, sobretudo em França e na Itália, o entusiasmo inicial pela vacinoterapia foi-se conservando mais ou menos, se bem que as estatísticas apresentadas estejam longe de ser concludentes, sujei-

tas, como é óbvio, a possibilidade das séries benignas com que sempre haverá que contar.

Taillens (Suíça) manifesta-se absolutamente céptico a respeito da vacinoterapia da tosse convulsa. Alldrich (Illinois) inclina-se favoravelmente pela vacina, mas aponta 6 semanas como duração média dos casos assim tratados! Num questionário realizado em 1924, na Dinamarca, sobre o emprêgo da vacina no tratamento da tosse convulsa, 35 respostas foram favoráveis, 12 desfavoráveis; é de notar, no entanto, que a vacina empregada na Dinamarca se aproxima já, pela sua constituição, das vacinas fortes com que actualmente trabalhamos, provocando reacções locais e gerais, afastando-se da vacina de Bordet-Gengou e similares, empregadas até há poucos anos, vacinas fracas, como hoje se lhes pode chamar.

De uma maneira geral, nos numerosíssimos trabalhos, que sobre o assunto se podem ler, reportamo-nos à vacina do tipo Bordet, fala-se de atenuações, decurso menos demorado, mas raros e raríssimos mesmo são os casos em que uma crítica severa deixa provada a acção abortiva, rapidamente eficaz, ou mesmo a atenuação nítida indicativa de uma verdadeira acção específica.

Muito recentemente um trabalho publicado por Weichsel (clínica de Leipzig do Prof. Bessau) sobre o tratamento da tosse convulsa pela vacina Bordet, preparada no próprio Instituto do Prof. Bordet e não provocando choque algum, vacina fraca, portanto, mostra-nos mais uma vez o pouco valor específico dessa vacina; em 50 casos, bem estudados e observados, não se manifestou influência segura, já sobre o número, já sobre a intensidade dos acessos.

A acção obtida por meio destas vacinas não é, na verdade, mais eficaz do que a obtida por via a específica, tal como: injecções de éter, de éter e óleo canforado, de cinamato composto, de oxigénio, proteinoterapia pelo leite, etc. Não era portanto desarrazoado, em face do que dissemos, duvidar da acção específica das referidas vacinas, atribuindo-se-lhes, apenas, no efeito curativo, uma acção não específica, de choque, de estímulo para o organismo, porventura a cargo das proteínas estranhas nelas contidas, noção esta que a pouco e pouco foi criando raízes em nosso espírito.

## Glefina e Lasa



### GLEFINA

é o único reconstituente a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Oleo de Fígado de Bacalhau, Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-  
TORNOS DIGESTIVOS**

**SABOR AGRADAVEL**



São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.

### LASA

Tomando LASA no verão evitará as doenças das vias respiratórias durante o inverno



## Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

# LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules  
Émulsion - Comprimés  
54 centigr. d'iode par cm<sup>3</sup>

A. GUERBET & C<sup>o</sup>, Ph<sup>ciens</sup>

22, Rue du Landy  
S<sup>t</sup>-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: Pestana, Branco & Fernandes, Lda.  
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

LISBOA MÉDICA

# SANÉDRINE

Efédrina Lévogira

ACTUA POR VIA  
BUCAL

EFEITOS  
PERSISTENTES

TODAS AS INDICAÇÕES  
DA  
ADRENALINA

TUBOS DE 20  
COMPRIMIDOS  
0,025

ADULTOS  
2 a 6  
COMPRIMIDOS  
POR DIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Spécia —

Marques POULENC Frères & "USINES DU RHONE"  
21, Rue Jean-Goujon, PARIS-8<sup>e</sup>

AUROTERAPIA DA TUBERCULOSE

# CRISALBINE

EM INJECCÕES INTRA-VENOSAS

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO  
AMPOLAS DOSEADAS A 0,05, 0,10, 0,15, 0,20  
0,25, 0,50 DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE. 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS

Recentemente, sem dúvida pelos resultados irregulares e insuficientes obtidos, tem-se notado tendência para empregar vacinas mais fortes do que as previamente usadas, isto é, vacina com um número mais elevado de corpos microbianos. Assim é que na Alemanha e Austria renasce novamente o entusiasmo pela vacinoterapia da tosse convulsa com o emprêgo das vacinas Tuscosan forte, Anticoqueluche Behring, vacinas Degewop, Höchst, do Instituto Seroterápico de Viena, etc.

Este incitamento para novas tentativas vacinoterápicas da tosse convulsa deve-se sobretudo a Rietschel (Würzburgo) que, com Raupe, refere, em 1930, bons resultados, como profilaxia e como tratamento, no período inicial da tosse convulsa. Empregaram a vacina anticoqueluche Höchst, que provoca, em geral, reacções com febre, podendo atingir 40° nas primeiras 24 horas. Os resultados são já mais duvidosos quando as injeccões incidem em pleno período de estado.

Ocupou-se desta momentosa questão a Sociedade Norte-Alemã de Pediatria, reunida em Hamburgo, em Novembro de 1930. Gierthmühlen refere que os resultados da vacinoterapia melhoraram com o emprêgo de vacinas fortes, notando-se formas frustes em geral quando a vacina incide no período de incubação, mitigação e encurtamento da tosse quando a incidência se dá no período catarral, sendo os resultados duvidosos ou nulos quando a vacina incide no período de estado. Vários autores confirmaram estes resultados.

Ihm e Kruse referem igualmente bons resultados com as modernas vacinas, considerando-se muitos doentes praticamente curados ao fim de duas ou três semanas depois do tratamento. Alguns autores notaram pioria inicial transitória; quasi todos os autores notaram febre transitória durante as primeiras 24 a 48 horas após a injeccão e ligeiras reacções locais. Mook (Altona), confirmando os bons resultados que acabamos de indicar, faz notar, no entanto, que os nevropatas são muitas vezes resistentes à vacinação, aconselhando ao lado desta o largo uso de narcóticos.

A contrapor a este entusiasmo inicial não faltam também vozes discordantes. W. Bayer (do serviço do Prof. Czerny, Berlim) revela-se menos entusiasta na apreciação dos resultados das modernas vacinas, concentradas; é interessante notar que a experimentação na policlínica e na clínica infantis da Charité

(Berlim) deu resultados diferentes; na primeira, onde foram tratadas crianças de maior idade, mais facilmente sugestionáveis portanto, os resultados benéficos foram consideravelmente mais pronunciados do que no material da clínica, com predomínio de crianças de mais tenra idade. Notou ainda que, tal como acontece com vários outros tratamentos, os resultados foram melhores quando as injeções incidiam já no período de estado, precisamente ao contrário do que afirma a maioria dos autores.

Numa doença tão especial como a tosse convulsa, caracterizada pela multiplicidade dos seus aspectos e cambiantes, indo desde a forma levíssima, que mal se distingue dum banal catarro das vias respiratórias superiores, reconhecível apenas pelo tempo de duração ou pelos casos de contágio que em roda provoca, até às formas graves, que por vezes se arrastam, intercorridas pelas mais variadas complicações, doença em que o elemento infeccioso imprime manifesta influência no sistema nervoso, é tudo quanto há de difícil falar com segurança neste ou naquele tratamento. ¿ O emprêgo de vacinas com fortes concentrações microbianas será justificado como aumento ou refôrço da sua acção específica? Não devemos esquecer que as vacinas fortes, como atrás ficou dito, provocam em geral uma reacção febril, reacção proteínica, não específica, mais intensa do que as vacinas fracas; ¿ não será lícito, portanto, pensar se os resultados assim obtidos não estarão antes ligados a êste ou a estes factores aespecíficos?

De resto, a unidade etiológica, bacteriológica da tosse convulsa, a especificidade do bacilo de Bordet-Gengou, nem para todos é verbo consagrado! Czerny, para citar apenas uma opinião entre as maiores, ainda hoje manifesta um certo cepticismo ao encarar essa especificidade.

O conhecimento de algumas tentativas, de proteínoterapia da tosse convulsa pelas injeções de leite e seus derivados, coroadas de êxito, já atrás incidentemente o referimos (S. Macciota, Presti-Seminario e outros), o conhecimento de atenuações notáveis de tosse convulsa a cargo de infecções intercorrentes, febris, como a vacina, a doença do Nirvanol e outras, ou ainda por simples complicações agudas da mesma tosse convulsa, levaram-nos a ensaiar a pirétoterapia nesta doença.

No intuito de aclarar um pouco a questão, empregámos lado

a lado a vacinoterapia forte e a pirétoterapia não específica, com o fim de comparar os resultados obtidos.

Como vacina forte applicámos a vacina Behring, que contém, respectivamente, na série de 3 injeções, 4.000, 6.000 e 8.000 milhões de bacilos de Bordet-Gengou por c. c.; as injeções intramusculares foram feitas com intervalos de 1 ou 2 dias, consoante a intensidade das reacções provocadas.

Como pirétoterapia empregámos as injeções de enxôfre em suspensão oleosa e sobretudo o Soufrogel (Heyden), associação de enxôfre e gelatina, cuja acção é mais constante, mais regular do que a simples suspensão do enxôfre em óleo, Sulfosin (Leo), etc.; estas injeções foram igualmente feitas intramuscularmente e com intervalos de 1 ou 2 dias, conforme a reacção determinada.

Estudámos ainda, com intuito comparativo, em alguns casos a associação: pirétoterapia e vacina fraca.

Os quadros I, II e III mostram-nos o conjunto dessas observações, assim dispostas para mais fácil apreciação e comparação.

O quadro I contém os resultados obtidos por meio da vacina forte em 32 crianças, atacadas de tosse convulsa, sem dúvidas de diagnóstico, de idade compreendida entre 4 meses e 9 anos, crianças que puderam ser seguidas e observadas regularmente após o tratamento; foram estes casos escolhidos na clínica particular e na consulta de Pediatria da Faculdade de Lisboa, de maneira que o tratamento específico incidisse nas duas primeiras semanas de evolução da tosse, isto é, no período catarral e no início do período de estado, visto que a grande maioria dos autores, apologistas da vacinoterapia da tosse convulsa, são concordes em afirmar que os bons resultados se obtêm actuando no período catarral e tanto melhor quanto mais precocemente. Não nos permitiu o recrutamento dos nossos casos actuar no período de incubação, nem mesmo nos primeiros dias do período catarral (o nosso caso mais precocemente tratado é o n.º 15, com 4 dias de evolução); mas se só nesses casos e com segurança de diagnóstico ensaiássemos o tratamento, escapariam, por certo, à sua acção a grande maioria dos casos de tosse convulsa. Nenhum caso, porém, injectámos além dos 15 dias. É portanto o valor curativo e não o valor profiláctico da vacina antioqueluche que neste trabalho estudamos.

De uma maneira geral podemos afirmar que a impressão de conjunto não é desfavorável ao tratamento da tosse convulsa pela vacina forte; os resultados obtidos afiguram-se-nos mais nítidos, no que toca à atenuação e encurtamento do tempo da tosse convulsa, do que os que obtinhamos há anos com as vacinas fracas. Estamos longe, no entanto, do que se pode chamar um tratamento ideal e longe também do brilhantismo dos resultados obtidos por alguns autores que atrás citámos. Na verdade os casos que classificámos como insucessos foram relativamente pouco numerosos (observações n.ºs 2, 4, 16, 30, 31 e 32). Muitos casos foram porém classificados de duvidosos ou porque clinicamente se impunham como de tosse convulsa benigna, ou porque a sua evolução em 6 semanas se não afastou consideravelmente das formas de intensidade mediana, evolucionando espontaneamente, ou ainda porque, após uma melhoria nítida, mas transitória, a tosse voltou a agravar-se, como que em recaída, ou teve, sem agravamento, um decurso ulterior arrastado (observações n.ºs 5, 7, 9, 13, 14, 17, 18, 24, 26, 27, 29). Os casos considerados bons (atenuação e evolução em 4 a 5 semanas) não atingem 50%.

Desde já fazemos notar a relação existente entre os resultados obtidos e a intensidade das reacções provocadas. A grande maioria dos casos classificados como bons tiveram reacções fortes ou de mediana intensidade; pelo contrário, nos casos considerados maus as reacções foram fracas ou de mediana intensidade. Considerando apenas os tipos de reacção forte e fraca, aquela relação torna-se bem patente; assim, nas reacções fracas temos um caso bom apenas (n.º 6), três duvidosos (n.ºs 5, 7, 24), quatro casos maus (n.ºs 2, 16, 31, 32); nas reacções fortes temos, em contraposição, nove casos bons (n.ºs 1, 3, 11, 12, 15, 22, 23, 25, 28), dois casos duvidosos (n.ºs 17, 18), um caso apenas mau (n.º 30).

Na apreciação dos resultados em relação à idade da criança verificámos que os lactantes acima de seis meses reagiram sensivelmente como as crianças da 2.ª infância. Até à idade dos 6 meses tivemos apenas um caso bom com reacções de mediana intensidade numa criança de 4 meses; em duas crianças de 6 meses, cujas reacções foram fracas, obtivemos um resultado mau e outro duvidoso. Não nos causou espanto este facto, pois é sabido que os lactantes dos 2 primeiros trimemeses não são orga-

nismos dotados de boa reactividade, tanto no sentido das reacções aespecificas como no sentido de fabricação de corpos imunes (proteínoterapia, imunização antidiftérica, antitífica etc.).

¿ Pergunta-se agora se do exame destas observações sai com nitidez a noção da especificidade da vacina ?

O facto de serem melhores os resultados empregando vacinas fortes, como é tendência geral de todos os que há alguns anos vimos trabalhando nesta questão, a percentagem relativamente elevada de reacções fortes e de mediana intensidade nos casos assim tratados, mais ainda o termos notado que os fracassos têm uma certa predilecção pelos casos que reagem escassamente, tudo isto nos leva a crer que a acção específica da vacinoterapia da tosse convulsa, sem a podermos negar em absoluto, não se impõe manifestamente. A mesma atenuação lenta da tosse convulsa após a vacina, as recaídas e recaídas com complicações graves por vezes, que estão longe de ser raridade, mesmo entre os casos precocemente tratados (observação n.º 32), outras tantas impressões que nos afastam da especificidade da vacinoterapia. A especial e esquisita sensibilização das mucosas das vias respiratórias superiores, provocada pelo agente da tosse convulsa, trazendo como manifestações catarros teimosos e repetidos, que por largos meses se arrastam, também a continuamos a ver entre os vacinados, enfraquecendo assim por outro lado a crença numa nítida acção específica.

Abalado, assim, a nosso ver, o conceito de uma verdadeira especificidade da vacinoterapia da tosse convulsa, ¿ que fica do valor da vacinoterapia forte que acabámos de apreciar e que, dentro dos seus limites, julgamos inegável ? Apenas a associação de duas modalidades da terapêutica de choque — a proteino e a piritoterapia, que no íntimo se tocam.

Vejamos agora, em confronto, os resultados obtidos pelo método anespecífico piritoterápico (Sulfosin, Soufrogen), resultados que apresentamos no quadro II. São em número de 31. As injecções incidiram, como para o grupo da vacina, no período catarral ou no início do período de estado, nas 2 primeiras semanas portanto ; é claro que escolhemos igualmente casos não complicados e com bom estado geral, pois procurando a provocação de reacções febris fortes, com mais razão ainda do que na vacina, convinha afastar aqueles a quem o tratamento deveria ou

poderia prejudicar; apenas no caso n.º 20, e em virtude do bom estado geral, ensaiámos a piretoterapia em concomitância de complicações bronco-pulmonares.

Além das temperaturas, por vezes bastante elevadas, e reacções locais, em geral pouco intensas, sendo os casos escolhidos com bom estado geral, nenhum acidente desagradável tivemos que registar; apenas os casos 7 e 11 tiveram forte reacção local com formação de abcesso, de simples e rápida evolução. Num caso também notámos o aparecimento de eritema morbiliforme, incaracterístico, passando rapidamente e sem alteração marcante; na ausência de perturbações dispépticas pode ser tido na conta de sintoma de choque.

Em 21 casos (67,7 %) os resultados foram classificados de bons, percentagem mais elevada do que a dos casos idênticos no grupo da vacinoterapia. Esta diferença não a devemos interpretar, *à priori*, como indicativa de superioridade de método, porquanto num número de casos não muito avultado os que são por natureza benignos, podem falsear os dados estatísticos; mas o que podemos afirmar com segurança é que os casos bons da piretoterapia não são em número inferior aos da vacina.

Como duvidosos figuram os casos n.ºs 4, 9, 13, 15, 19, 22, 23 e 27, já pela atenuação lenta da tosse, já pela recrudescência, após melhoria inicial, como que em recaída, talqualmente observámos com a vacinoterapia.

Como maus, de acção nula, classificámos os casos n.ºs 5, 25, 26 e 31, dos quais apenas um, n.º 31, teve reacções fortes, facto êste que julgamos importante de acentuar, visto como nos casos tratados pela vacina, com resultados considerados nulos, as reacções foram igualmente fracas ou de mediana intensidade.

Além desta semelhança, que põe em relêvo o valor do choque na vacinoterapia, por forma bem frisante ressalta no confronto dos dois quadros a similitude dos resultados obtidos; o mesmo tipo de atenuação já no tempo de duração da tosse, já na intensidade dos ataques, em muitos casos deixando-nos em dúvida se atenuação houve ou simples evolução favorável da doença; noutros casos o agravamento, recaída após melhoria inicial; as formas, embora atenuadas, arrastando-se, prolongando-se em recaídas sucessivas, de aspecto mais ou menos coqueluchóide, patenteando assim a sensibilização das mucosas, criada pela in-

fecção; a relação acima referida entre os insucessos e a fraca intensidade das reacções manifestadas pelas crianças; todos estes aspectos, tôdas estas modalidades as observámos facilmente num e noutro grupo.

Nas crianças dos dois primeiros trimemeses provocámos, pelas injeções de enxôfre, reacções fortes com maior segurança do que com a vacina (observações n.ºs 2, 12, 16, 17, 20, 29, resultados bons, n.ºs 9, 15, 19, 27 resultados duvidosos, nenhum insucesso); obtivemos, como era de esperar, resultados terapêuticos mais valiosos para êsse período da vida pelas injeções de enxôfre do que por meio das vacinas e justificado nos parece dar a preferência à piritoterapia abaixo dos seis meses.

De quanto fica exposto julgamos ter boas razões para afirmar que a especificidade da vacinoterapia anticoqueluche não assenta em bases absolutamente sólidas e por certo uma boa parte da sua acção benéfica se deve à reacção de choque por ela provocada no organismo, acção anespecífica concomitante.

O tratamento que experimentámos em 10 casos, constantes do quadro III, combinando, em dias alternados, a piritoterapia com vacina fraca, deu-nos resultados sensivelmente comparáveis aos obtidos pela simples piritoterapia ou ainda pela vacinoterapia forte; corrobora, a nosso ver a idea que vimos defendendo.

Por se tratar, na terapêutica pelo enxôfre, de um choque febril e que, como tal, actua pela modificação da tonalidade ambiente do organismo (estado coloidal, equilibrio ácido-básico, modificações hematológicas, tonus neuro-vegetativo, etc.), parece-nos digno de interêsse estudar as alterações hematológicas correspondentes, visto que a tosse convulsa imprime no sangue periférico alterações características (leucocitose com linfocitose relativa e ausência de desvio para a esquerda no esquema de V. Schilling).

Sob a influência das injeções, dá-se, com frequência, um deslocamento da fórmula no sentido mielóide, com aumento dos neutrófilos, decrescimento no número dos glóbulos brancos e aumento ligeiro dos grandes mononucleares. Esta influência é, segundo os casos, mais ou menos duradoura, mas tem muitas vezes carácter transitório, com predomínio do carácter próprio da tosse convulsa. Citaremos alguns casos de acção próxima e afastada das injeções:

1.º, F. F., 3 anos :		Leucóc.	L.	M.	N.	Bast.	Met.	Miel.	E.	Bas.
Antes da 1.ª injecção		31.000	85 0/0	2 0/0	12 0/0	1 0/0	—	—	—	—
2 dias depois da 2.ª injecção	.....	26.000	48 »	12 »	37 »	2 »	—	—	—	—
7 dias depois da 3.ª injecção	.....	19.000	73 »	3 »	22 »	2 »	—	—	—	—
2.º, M. P., 5 anos :		Leucóc.	L.	M.	N.	Bast.	Met.	Miel.	E.	Bas.
Antes da 1.ª injecção		15.400	55 0/0	6 0/0	33 0/0	2 0/0	—	—	—	—
2 dias depois da 1.ª injecção	.....	14.000	43 »	6 »	41 »	6 »	2 0/0	—	—	—
3.º, R. P., 3 meses :		Leucóc.	L.	M.	N.	Bast.	Met.	Miel.	E.	Bas.
Antes da 1.ª injecção		16.200	54 0/0	2 0/0	36 0/0	5 0/0	—	—	—	—
2 dias depois da 3.ª injecção	.....	11.400	41 »	6 »	42 »	6 »	—	—	—	—
4.º, C. R., 9 meses :		Leucóc.	L.	M.	N.	Bast.	Met.	Miel.	E.	Bas.
Antes da 1.ª injecção		50.000	72 0/0	3 0/0	25 0/0	1 0/0	—	—	—	—
1 dia depois da 1.ª injecção	.....	20.000	41 »	2 »	55 »	1 »	—	—	—	—
1 dia depois da 2.ª injecção	.....	35.000	65 »	7 »	25 »	1 »	—	—	—	—
1 dia depois da 3.ª injecção	.....	19.000	44 »	3 »	50 »	2 »	1 0/0	—	—	—
2 dias depois da 3.ª injecção	.....	12.600	35 »	8 »	37 »	—	—	—	—	—
5.º, A. V., 7 anos :		Leucóc.	L.	M.	N.	Bast.	Met.	Miel.	E.	Bas.
Antes da 1.ª injecção		14.000	51 0/0	2 0/0	37 0/0	5 0/0	—	—	—	—
8 dias depois da 3.ª injecção	.....	13.600	43 »	3 »	46 »	5 »	—	—	—	—
6.º, R. S., 2 anos :		Leucóc.	L.	M.	N.	Bast.	Met.	Miel.	E.	Bas.
1 dia depois da 1.ª injecção	.....	20.000	50 0/0	4 0/0	30 0/0	4 0/0	—	—	—	—
4 dias depois da 3.ª injecção	.....	26.000	82 »	3 »	46 »	5 »	—	—	—	—

Mostram estas observações que as modificações hematológicas sob a acção da piretoterapia são irregulares e inconstantes, sobretudo no que toca ao número relativo dos linfócitos e neu-

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

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :  
**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ,** etc.

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

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das  
**DOENÇAS INFECCIOSAS**

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
RUA DA PALMA, 240 - 246 LISBOA

*A fácil e rápida solubilidade do novo*

*Granulado de Protargol*

Marca registrada.

preenche um antigo desejo dos inúmeros partidários do Protargol, o medicamento que, nos últimos dez annos, provou a sua eficiência e valor inexcédível no tratamento da gonorreia.



*Comprimidos de Protargol*

Marca registrada.

facilitam á preparação das soluções de Protargol dum modo rápido e práctico.

EMBALAGENS ORIGINAES:

Granulado de Protargol, vidros de 30 e 75 gr. com 33% de Protargol.

Comprimidos de Protargol, em tubos com 10 comprimidos, dosados a 0gr.25



Representante:

„LUSOPHARMA“

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

trófilos; segundo tóda a probabilidade, são variáveis também consoante a intensidade da tosse e o momento da sua evolução quando se fazem as injecções. É provável portanto que na acção benéfica da pireto e proteínoterapia, ao lado das modificações do terreno se dê também atenuação do agente agressor sob o impulso das reacções experimentadas pelo organismo.

### CONCLUSÕES

a) A especificidade das várias vacinas contra a tosse convulsa não assenta sôbre sólidas bases, a avaliar pelos resultados clinicos e pela comparação com os resultados obtidos pela proteína e piretoterapia.

b) O emprêgo de vacinas fortes constitue um progresso terapêutico, embora a melhoria de resultados se deva atribuir, em boa parte pelo menos, à acção não específica das mesmas vacinas — choque proteínico e febre.

c) Ao lado da vacina podemos empregar a piretoterapia sensivelmente com o mesmo resultado no que diz respeito à duração e atenuação da tosse convulsa.

d) Um e outro método de tratamento, sobretudo a piretoterapia, não devem aplicar-se em crianças muito debilitadas ou portadoras de complicações de importância.

e) Um e outro processo terapêutico, como acção curativa, devem ser applicados durante o período catarral, quando muito no início do período de estado; não evitam por forma segura recaídas e complicações.

f) Nos lactantes, sobretudo nos dois primeiros trimemeses, julgamos a piretoterapia de efeitos mais seguros do que a vacinoterapia, pela maior regularidade do choque e pirexia obtida.

### BIBLIOGRAFIA (TERAPÊUTICA)

- IHM U. KRUSE. — Die Vaccinebehandlung der Keuchhusten. *Munch. Med. Woch.* 42. 1931.
- KJIASIDES. — Pertussisbehandlung mit Vaccine. *Deut. Med. Woch.* 55. 1930.
- MACCIOTA (G.). — La proteínoterapia aspecifica nella cura della pertosse. *La Pediatria*. 1 de Março de 1924.
- MEYER (A. H.). — KRISTENSEN (M.), SÜRENSEN. — Whoopingcough vaccination. *Acta Paediatrica*. 25 de Outubro de 1929.

SCHOWALTER. — The value of vaccine in the prevention of whoopingcough  
*Am. Journ of Dis. of Child.* Março de 1930.

AENDELSKAYS u. BOIKOWA (N.). — *Pediat. (russ.)* Bd. 14. H. 3. 1930.

STETTNER. — Erlangen Bezirksverein. 5 de Dezembro de 1929.

TAILLENS. — *Révue Méd. de la Suisse Romande.* 25 de Janeiro de 1925.

VEREINIGUNG SACHSICH, THURINGISH, KINDERARTZTE. — Magdurg. 21 de Agosto de 1931.

WEICHSEL (M.) Keuchustenbehandlung mittels. Bordet-Vaccin. Monatsch. für Kinderh. Bd. 52. H. 1/2.

QUADRO I — VACINA FORTE

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
1	M. J. S. 18 meses	12 dias Tosse benigna	3 injecções de vacina Behring	Praticamente curada às 5 semanas. Resultado bom.	Reacções fortes.
2	A. V. S. 6 meses	10 dias	Idem	Evolução em 2 meses. Resultado mau.	Reacções fracas. Irmão da precedente.
3	F. S. S. 18 meses	15 »	»	Atenuação nítida após a vacina. Depois ataques ligeiros e afastados. Resultado bom.	Reacções fortes.
4	F. E. R. 9 anos	» »	»	Tosse arrastada. Bronquite e febre elevada. Evolução em 2 meses. Resultado mau.	Reacções de mediana intensidade.
5	M. E. A. 7 anos	» »	»	Tosse sempre com pouca intensidade. Evolução em 6 semanas. Resultado bom.	Irmã da precedente. Reacções pouco intensas.
6	J. E. R. 10 meses	» »	»	Cura em 5 semanas. Resultado bom.	Reacções pouco intensas.
7	F. E. R. 6 meses	» »	»	Cura em 6 semanas. Resultado bom.	Primo dos precedentes. Reacções pouco fortes.
8	M. M. 7 anos	13 dias	»	Melhoria acentuada após as injecções. Curada à 5.ª semana. Resultado bom.	Reacção da 1.ª e 3.ª injecções fracas. 2.ª 38º,6.

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injeção	Qualidade e número de injeções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
9	M. F. E. 3 anos	8 dias	3 injeções de vacina Behring	Decurso benigno mas arrastado. Evolução em 6 semanas. Crises e recaídas a seguir. Resultado duvidoso.	Um irmão não injectado teve um decurso sensivelmente igual. Reacções de mediana intensidade.
10	A. J. B. 4 meses	10 dias	Idem	Praticamente curada ao mês. A seguir sarampo, sem recaída de tosse convulsa. Resultado bom.	Reacções de mediana intensidade.
11	M. E. R. 10 meses	15 »	»	Atenuação nítida às 4 semanas. Resultado bom.	Reacções fortes.
12	J. M. 1 ano	10 »	»	Melhoria progres.ª Praticamente curada às 5 semanas. Resultado bom.	Reacções fortes.
13	F. E. 13 meses	8 »	»	Exacerbação 8 dias depois da última injeção. Melhoria a seguir em 5 ou 6 semanas. Resultado duvidoso.	Reacções de mediana intensidade.
14	M. P. 6 anos	8 » Benigna	»	10 dias depois da última injeção processo agudo com bronquite. Atenuação lenta e progressiva até ao mês. Resultado duvidoso.	Reacções de mediana intensidade.
15	M. F. L. 5 anos	4 dias	»	Praticamente curada em 3 semanas. Resultado bom.	Reacções fortes.
16	B. F. L. 3 anos	» »	»	Forma arrastada. Cura depois das 6 semanas. Resultado mau.	Reacções fracas. Irmã da precedente.

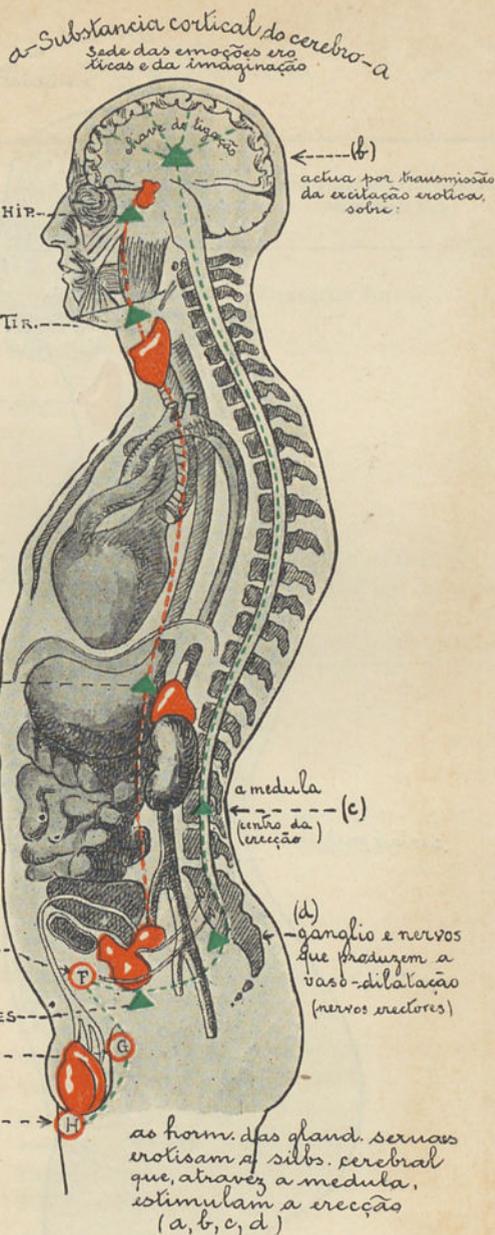
N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
17	C. M. G. 3 anos	8 dias	3 injecções de vacina Behring	Evolução benigna. Tosse fraca e de longe a longe. Cura às 6 semanas. Result. duvidoso.	Reacções fortes.
18	M. S. 5 anos	15 dias	Idem	Atenuação no princípio. Acentuação da tosse ao mês, como que em ligeira recaída. Resultado duvidoso.	Reacções fortes.
19	M. I. P. 11 meses	Tosse forte 15 dias	»	Às 5 semanas praticamente curada. Resultado bom.	Criança fraca, mal alimentada. Injec. de O. Uma irmã gémea falecida de T. C. e convulsões.
20	I. S. 3 anos	8 dias	»	Praticamente curada ao mês. Resultado bom.	Reacções de mediana intensidade.
21	I. S. 4 anos	»	»	Resultado bom.	Irmã da precedente.
22	A. L. 2 1/2 anos	15 dias	»	Acentuação da tosse com as injecções. Praticamente curada ao mês. Resultado bom.	Reacções fortes.
23	E. L. 3 1/2 anos	8 dias Bronquite ligeira	»	6 dias após a última injecção ataques ligeiros e espaçados. A seguir sarampo. A tosse acentua-se durante alguns dias para depois se atenuar rapidamente. Ao mês praticamente curada. Resultado bom.	Reacções fortes e prolongadas. Uma irmã não vacinada teve a tosse mais forte e mais arrastada.
24	J. M. M. 7 1/2 anos	7 dias	»	Tosse pouco intensa, atenuando-se muito às 4 semanas. Resultado duvidoso.	Reacções pouco intensas. 15 dias depois da cura, coriza e recidiva da tosse com mais violência do que no princípio.

# VÍRILINA

HORMONAS COMPL.

HORM. SEXUAES MASC.

Corpos Cavemosos  
 Prost. e Seminaes  
 Epididimo  
 Test.



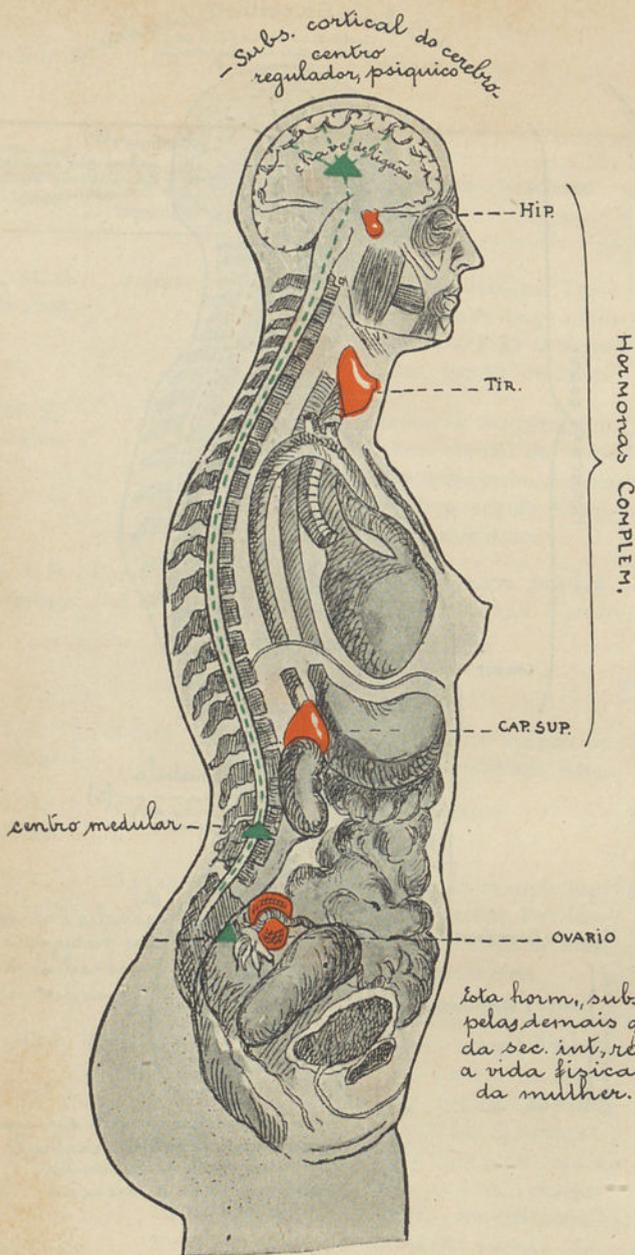
**VÍRILINA,** TONICO NATURAL, contendo a seiva das glandulas masculinas. A sua acção opera-se por influencia directa na nutrição por meio das seivas vitales dos animais e não por excitação medular ou espinhal do organismo, como fazem os afrodisiacos, os preparados farmacologicos e as preparações secretas.

O QUE A **VÍRILINA** CURA

**Neurastenia geral e doenças nervosas, nevroses cardiacas, asma nervosa, fraqueza geral, envelhecimento precoce, falta de appetite, prisão de ventre, insonias, melancolia, falta de memoria e concentração espiritual, esgotamento cerebral, cansaço, falta de energia.**

Todos os clinicos podem requisitar amostras aos nossos depositarios

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA. - Rua da Prata, 237 - LISBOA



# GÍNECINA

HORMONAS COMPLEM.

*Esta horm., subsidiada pelas demais gland. da sec. int., regularisa a vida física e psíquica da mulher.*

**GÍNECINA,** TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de:

**Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, acidentes consecutivos a ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.**

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos:

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Anti-menorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

No histerismo, vomitos ocasionados pela gravidez, **Extracto Ovarico Completo.**

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
25	M. L. M. 5 anos	12 dias Tosse forte com tendência para hemorrag.	3 injecções de vacina Behring.	Melhoria desde a 3.ª injecção. À 5.ª semana 4 ataques ligeiros nas 24 horas. Resultado bom.	Reacções fortes.
26	G. B. 2 anos	8 dias	Idem	Evolução benigna em mês e meio. Resultado duvidoso.	
27	A. E. 7 meses	15 dias Tosse conv. pouco int.	"	Atenuação às 5 semanas. Resultado duvidoso.	Escassas reacções. Fêz apenas 2 injecções.
28	M. E. F.	Tosse convulsa forte. Período de estado	3 injecções de vacina Behring	Melhoria 6 dias após a 3.ª injecção. Atenuação progressiva. Praticamente curada ao mês.	Reacções fortes.
29	E. A. M. 3 anos	6 dias	Idem	Ao mês praticamente curada. Recidiva depois com febre e bronquite. Resultado duvidoso.	Reacções de mediana intensidade.
30	F. B. L. 6 anos	12 dias Tosse forte com intercorrências de bronquite	3 injecções do Instituto de Viena	Nevropata com pert. neurovegetativas. Acção nula. Evolução em mais de 3 meses. Vômitos frequentes e recaídas. Emmagrecimento acentuado. Cura. Resultado mau. Acção nula.	Reacções fortes.
31	E. P. 5 anos	8 dias	3 injecções de vacina Behring	Nevropata. Crises frequentes de urticária (Strofulos) e bronquite asmátiforme. Evolução em 2 meses, com atenuação apenas aos 6 meses. Resultado mau.	Reacções de mediana intensidade.

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
32	J. A. P. 14 meses	8 dias	3 injecções de vacina Behring	Atenuação nítida ao mês. Recaída depois em período de epidemia gripal. Bronco-pneumonia seguida de morte. Resultado mau.	Reacções fracas.

## QUADRO II — PIRETOTERAPIA PELO ENXÓFRE

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
1	E. R. 9 meses	3 semanas. Tosse conv. forte com bronq. dif. <sup>a</sup>	3 inj. de Soufrogel	Atenuação após a 3.ª injecção. Praticamente curada à 5.ª semana. Resultado bom.	Ligeira dispepsia traz depois ligeiro agravamento da tosse convulsa.
2	R. P. 3 meses	3 dias Diag. por infecção intrafamiliar	3 inj. de Sulfosin Leo	Tosse ligeira. Atenuação rápida e progressiva a seguir à 3.ª semana da tosse. Result. bom.	Reacção (38º,2). Provavelmente caso benigno de natureza.
3	M. P. 5 anos	12 dias	Idem	Praticamente curado às 4 semanas. Resultado bom.	Reacções fortes.
4	A. V. 7 anos	8 dias Mediana intensidade	»	Atenuação ligeira. Evolução como em tosse convulsa de mediana intensidade. Resultado duvidoso.	Idem.
5	A. S. 2 anos	Tosse conv. 15 dias; tosse forte Vómitos	»	Ao mês continua ainda com bastante tosse e vómitos. Resultado mau.	Reacções fracas.
6	F. F. 3 anos	Tosse convulsa. 15 dias; ligeira bronquite	»	À 3.ª injecção atenuação nítida. Às 4 semanas nítidas melhoras. Resultado bom.	Reacções fortes.

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução e data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
7	S. M. 2 anos	Tosse convulsa. 15 dias; febrículas. Sem bronquite	3 inj. de Sulfosin Leo	Ao mês praticamente curado. Result.º bom.	Reacções fortes. Reacção local. Abscesso à 3.ª injecção.
8	A. P. L. 3 anos	Tosse convulsa. 8 dias; 50-60 ataques por dia	Idem	Atenuação acentuada ao mês. Cura rápida a seguir. Resultado bom.	Reacções fortes.
9	M. P. L. 6 meses	Tosse convulsa. 18 dias; pouco intensa	3 inj. de Soufrogel	Melhoria a seguir às injecções. Resultado duvidoso por tardio.	Idem.
10	M. L. 5 anos	Tosse convulsa. 15 dias; intensa	Idem	Atenuação rápida 10 dias após as injecções. Ao mês tosse debelada. Resultado bom.	Temperatura 40°.
11	M. S. 8 meses	Tosse convulsa. 8 dias	»	15 dias depois das injecções praticamente curada. Result.º bom.	Abscesso estafilocócico da 3.ª injecção. Reacções fortes.
12	E. M. 2 meses	Tosse convulsa forte. 10 dias	3 inj. de Sulfosin Leo	10, 12 ataques por dia pouco intensos, espaçados, 15 dias depois das injecções. Resultado bom.	Reacções fortes.
13	M. A. A. 9 meses	Tosse convulsa. 15 dias	Idem	Evolução lenta. Resultado duvidoso.	Idem.
14	E. V. 5 anos	Idem	»	Em 10 dias atenuação nítida da tosse. Resultado bom.	Uma irmã não injectada teve tosse mais forte e muito mais prolongada. Reacções fortes.
15	J. M. L. 4 meses	Tosse convulsa forte; 15 dias	»	Aos 8 dias melhoria nítida. Depois recaída. Resultado duvidoso.	7 dias depois perturbações dispépt.ª. Gripe, recidiva com 15 dias. de evol. Reaçç. fortes.

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injeção	Qualidade e número de injeções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
16	D. P. 3 meses	Tosse convulsa; 10 dias	3 inj. de Soufrogel	Melhoria franca 3 dias após a última injeção. Ao mês 1 a 2 ataques nas 24 horas. Resultado bom.	Reacções fortes.
17	E. D. 2 1/2 meses	Tosse convulsa forte; 15 dias	Idem	Decurso favorável. Tosse muito atenuada às 4 semanas. Resultado bom.	Idem.
18	A. E. B. 3 anos	Tosse convulsa; 12 a 15 dias	»	Resultado nitidamente favorável. Irmã não injectada, teve tosse mais intensa e mais prolongada. Resultado bom.	Constipações nos meses seguintes, com tosse lembrando ligeiras recaídas. Reacções fortes.
19	A. B. 3 meses	Tosse convulsa intensa; 12 dias	»	Início das melhoras. 15 dias após as injeções. Atenuação rápida a seguir. Resultado duvidoso.	Reacções fortes.
20	M. F. 6 meses	Tosse convulsa; 7 dias	»	Notável atenuação ao mês, a-pesar-de coexistirem complicações broncopulmonares. Resultado bom.	Bronquite e bronquiolite no início. Depois foco congestivo que evoluiu com relativa benignidade. Tratamento normal. Reacções fortes.
21	M. E. M. 7 meses	Tosse convulsa forte; 12 dias	»	Evolução rápida em 3 semanas, tosse atenuada. Ataques ligeiros de longe a longe. Resultado bom.	Reacções fortes. Temperatura a 39º e 40º.
22	F. B. 3 1/2 anos	Tosse convulsa forte	»	Tosse atenua-se lentamente. Ao mês e meio 4 a 6 ataques nas 24 horas. Resultado duvidoso.	Recidivas a longo prazo. Reacções de mediana intensidade.

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução - Resultado	Observações. Intensidade das reacções
23	M. E. R. 2 anos	Tosse convulsa; irmã da precedente	3 inj. de Soufrogel	Tosse atenua-se lentamente. Ao mês e meio 4 a 6 ataques nas 24 horas. Resultado duvidoso.	Recidivas a longo prazo. Reacções de mediana intensidade.
24	M. F. G. 22 meses	Tosse convulsa; início do período de estado	Idem	Melhoria gradual. Notável atenuação pela 5.ª semana. Resultado bom.	Infecção intercorrente febril que durou 3 dias. Reacções fortes.
25	E. N. A. 15 meses	Tosse convulsa forte; 15 dias	3 inj. de enxôfre em suspensão oleosa	Às 6 semanas há ainda ataques fortes durante a noite. Resultado mau.	Reacções febris pouco intensas (37°,5-38°).
26	M. L. G. 17 meses	Idem	Idem	Evolução em mais de 6 semanas. Resultado mau.	Reacções febris pouco intensas.
27	G. S. 3 meses	Tosse convulsa; 8 dias	3 inj. de Soufrogel e 3 de enxôfre	Resultado duvidoso. Acentuadas melhoras dias depois da última injecção. Recaída 6 dias depois. 3 injecções de enxôfre após a recaída, sem apreciável resultado.	Idem.
28	M. A. E. mês e 1/2	Tosse convulsa; 1.º dias	3 inj. de Soufrogel	Praticamente curada às 4 semanas. Uma irmã não injectada, tosse benigna evoluciona em 6 semanas. Resultado bom.	Reacções fortes.
29	L. B. 5 meses	Tosse convulsa; 12 dias	Idem	Praticamente curada às 4 semanas. Resultado bom.	Idem.
30	E. G. 5 anos	Tosse conv. 10 dias	»	Evolução em um mês. Resultado bom.	»

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações. Intensidade das reacções
31	M. P. A. 7 meses	Tosse convulsa; 15 dias	3 inj. de Soufrogel	Atenuação ligeira ao mês com recrudescimento a seguir. Às 6 semanas tem ainda 12 ataques nas 24 horas. Resultado mau.	Reacções fortes.

QUADRO III — PIRETOTERAPIA E VACINA FRACA (NEO-DMETHYS)

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injecção. Intensidade da tosse	Qualidade e número de injecções	Evolução — Resultado	Observações
1	M. M. 18 meses	8 dias. Tosse convulsa de mediana intensidade	Vacina fraca e enxôfre em suspensão oleosa alternadamente	Ao mês 6 a 8 ataques nas 24 horas. Resultado satisfatório.	Reacções do enxôfre de mediana intensidade (37,9-38,5). Vacina sem reacção.
2	I. R. 4 1/2 anos	Idem	3 inj. de Soufrogel e 6 de vacina alternadamente	Acentuada melhoria às últimas injecções; às quatro semanas ataques ligeiros de longe a longe. Resultado bom.	Reacções fortes com o enxôfre.
3	I. G. 2 anos	Início do período de estado	Idem	Praticamente curada às quatro semanas. Resultado bom.	Idem
4	M. M. T. 4 anos	Período de estado. Tosse convulsa forte	»	4 a 6 ataques nas 24 horas às 6 semanas. Resultado satisfatório.	»

N.º	Nomes e Idade	Tempo de evolução à data da 1.ª injeccção. Intensidade da tosse	Qualidade e número de injeccções	Evolução — Resultado	Observações
5	M. C. 14 meses	12 dias Tosse convulsa de mediana intensidade	3 inj. de Soufrogel e 6 de vacina alternadamente	4 a 6 ataques nas 24 h. às 6 semanas. Resultado satisfatório.	Reacções fortes com o enxôfre.
6	M. F. A. 2 meses	8 dias	Idem	Melhoria das 5 para as 6 semanas. Resultado duvidoso.	Reacções do enxôfre de mediana intensidade (37,5-38,2).
7	I. L. B. 2 anos	15 dias Tosse convulsa de mediana intensidade	»	Às seis semanas ataques espaçados mas intensos. Resultado mau.	Idem
8	M. A. P. 28 meses	Um mês Tosse forte	Enxôfre em suspensão oleosa e vac. alternadamente	Nítida melhoria aos 9 dias de tratamento. Resultado duvidoso por tardio.	Reacções do enxôfre fracas.
9	L. C. 15 meses	10 dias	Soufrogel e vacina	Praticamente curada ao mês. Resultado bom.	Idem
10	C. A. C. 14 meses	Tosse convulsa de mediana intensidade	Idem	Melhoria às 6 semanas. Resultado duvidoso.	»

*Hospital Estefânia — Clinica Médica Pediátrica*  
(Director : Dr. Leite Lage)

## A FÓRMULA HEMO-LEUCOCITÁRIA NA TOSSE CONVULSA

POR

CORDEIRO FERREIRA  
Assistente

Na verdade, como diz R. Debrè (1), a tosse convulsa é daquelas doenças em que, geralmente, antes do médico, é a mãe que faz o diagnóstico.

Quando consultado no período catarral, não pode muitas vezes o clínico fazer um diagnóstico de certeza, sobretudo se não houver fortes razões para o suspeitar, ou seja por quadra epidémica que se atravessasse ou por conhecimento de qualquer contacto anterior, dentro do chamado período de incubação.

É pois a mãe que manda chamar mais tarde o médico para lhe dizer que já ouviu o primeiro ataque convulsivo. Neste ponto já a tosse convulsa é muito característica e o diagnóstico impõe-se.

Após um período médio de 9 a 11 dias de incubação, estabelecido por Funck Hellet (2), em um cuidadoso estudo, inicia-se o período catarral, de duração variável, e que pode ir de 3 dias a 3 ou 4 semanas, sendo em média a sua duração de 15 dias, encurtado este período nas crianças mais pequenas.

Este estado catarral nada tem, clinicamente, de característico: sinais de traqueobronquite com ligeiro coriza, espirros, rouquidão e irritação faríngea; por vezes ligeiro movimento febril, mal-estar e irritação; a tosse não é nada suspeita, acompanhando-se em alguns casos de roncos e síbilos dispersos.

Impossível, pois, neste momento, pôr-se um diagnóstico de certeza e é no entanto neste período que mais interessava poder

fazê-lo, principalmente por razões profiláticas, possivelmente por razões terapêuticas.

O período de máxima contagiosidade da tosse convulsa não está determinado definitivamente, mas admite-se, de uma forma geral, que é exactamente no período catarral que o grau de transmissão é maior, embora se estenda pelo período paroxístico, declinando com o declinar d'êste. (Weill [3], Meyer [4], Lereboullet [5]).

Entre outros, dois métodos mais importantes têm sido adoptados para precocemente se poder afirmar o diagnóstico de certeza da tosse convulsa: o diagnóstico bacteriológico pela pesquisa do bacilo de Bordet em meio apropriado e o exame hemo-leucocitário.

O primeiro não se tem espalhado, embora hoje seja geralmente aceite o bacilo de Bordet como agente da tosse convulsa.

Na Dinamarca, Madsen, Chievitz e Meyer (6) têm organizado um serviço, por meio do Instituto Serológico do Estado Dinamarquês, em Copenhague, de despistagem precoce da tosse convulsa e afirmam que durante o período catarral, ou seja na 1.<sup>a</sup> semana, obtem-se o bacilo de Bordet em 75 % a 100 % dos casos.

O princípio d'êste método pertence a Mauritzen, de Copenhague. Consiste em projectar, com os acessos característicos da tosse, partículas líquidas muito finas sôbre uma caixa de Petri colocada a 10 cm. de distância da bôca da criança e preparada com o meio de Bordet.

Êste processo, a-pesar do enorme interêsse que merece, tem sido pouco usado, não obstante o enorme desenvolvimento que tem na Dinamarca e as tentativas de vulgarização pelos trabalhos de Debrè (1) em França, de Morchio (7) em Montevideu e Mac-Leod (8) e Sauer (9) na América.

Aproveitando a onda epidémica de tosse convulsa, que neste momento passa em Lisboa, está-se estudando êste método, com o concurso valioso do Instituto Câmara Pestana, no laboratório do nosso Serviço; oportunamente serão publicadas as suas conclusões.

Só de passagem me referirei aos processos de sedimentação para o diagnóstico da tosse convulsa e à intra-dermo reacção feita com injeccão intra-dérmica de uma suspensão de bacilos de Bordet, usando uma vacina tendo por cmc. 250 milhões de baci-

los; injecta-se 1/10 de cmc. Êste processo, iniciado por Modigliani e De Villa (10), em 1920, deu origem a pequenos trabalhos, sem que o seu emprêgo fôsse generalizado.

\*

\*      \*

O estudo da fórmula hemo-leucocitária e contagem dos glóbulos brancos na tosse convulsa foi primeiro feito por Frohlich (11), no ano de 1897. Foi êle quem primeiro assinalou a leucocitose com linfocitose na tosse convulsa.

Depois, duma maneira geral, todos os livros e trabalhos publicados aceitam como característico do exame sanguíneo na tosse convulsa, a grande leucocitose com acentuada linfocitose.

Um ano depois Meunier (12) acentuava que essa intensa leucocitose aparecia desde o princípio da doença, que a acompanhava durante tôda a sua duração, só cessando quando ela; o seu estudo era fundamentado em 104 casos de tosse convulsa e não teve uma excepção; apresenta como número médio da leucocitose 23.700 por mmc.

Nas suas conclusões preconiza o emprêgo dêste meio para o diagnóstico precoce da tosse convulsa, pois a fórmula leucocitária desta doença, assim tão típica, é completamente diferente de tôdas as fórmulas das outras doenças infecciosas agudas na criança, nenhuma atingindo números tão altos nos leucócitos e estes acompanhando-se de tão acentuada linfocitose.

Isto mesmo é subscrito por Cima (13), em um estudo muito completo.

De Amicis e Pacchioni (14), Muggia e Bertolotti (15) encontraram antes uma modificação da fórmula noutro sentido: leucocitose, mas com monocitose relativa, com acentuada diminuição dos polinucleares neutrófilos e dos linfócitos, chegando a percentagem dos monócitos a 60 e 80 0/0.

Para outros autores, como Hillelberg (16), Cozzolino (17), encontra-se sempre linfocitose.

Schneider (18) constata desde o período catarral numa leucocitose cêrca de 27.000 leucócitos com linfocitose, mas estes vão aumentando paralelamente com o progredir da doença, atingindo o seu máximo cêrca da 3.<sup>a</sup> semana, para depois descer gradual-

mente, voltando ao número normal quando da cura. O valor médio dos linfócitos seria de cêrca de 60 0/0, enquanto que Churchill declara valores que atingem 80 0/0.

Mas números muito mais altos têm sido encontrados. Griffith e Mitchell (19) citam o caso de uma criança de 4 meses que na 3.<sup>a</sup> semana de doença atingiu 233.600 leucócitos; estes autores, no seu tratado, dão como números vulgares 50.000 e mesmo 80 e 90 mil leucócitos por mmc. Dão uma linfocitose que pode atingir 80 e 90 0/0.

Outros números altos são encontrados por Bourne e Scott (20), que dão o exemplo de uma criança de 21 meses em que a contagem dos leucócitos tocou 176.000 no 16.<sup>o</sup> dia de doença. Seitz (21) refere o caso de um rapaz de 4 anos que tinha 192.000 leucócitos e Crombie (22) encontrou também em uma criança de 20 meses, aliás complicada de pneumonia, uma leucocitose de 233.000.

Em voz discordante Finkelstein (23) afirma a inutilidade do exame leucocitário para o diagnóstico precoce da tosse convulsa porque a linfocitose, único elemento a que se refere, só aparece tardiamente.

No seu tratado de «Ematologia Infãntile Normale e Patologica», Ferruccio-Zibordi (24) chega às seguintes conclusões sôbre o aspecto leucocitário na tosse convulsa: «O número dos glóbulos brancos é constante e notavelmente aumentado. Os números máximos (24-26.000) foram observados mesmo em crianças que não eram da 1.<sup>a</sup> infãncia talvez mais nos primeiros períodos da doença que em outra época. Logo depois dos acessos característicos, nota-se um aumento de 2 a 4 mil glóbulos brancos. Nunca encontrou aquela enorme leucocitose referida por outros autores; também não encontrou ligação entre o número dos leucócitos e gravidade do processo e o estado geral da nutrição.»

Em 5 dos 7 doentes observados por Zibordi, notou na fórmula leucocitária uma diminuição da percentagem dos granulócitos neutrofilos com um aumento relativo dos linfócitos e monócitos; em 2 casos encontrou: em 1, aumento dos neutrófilos com consequente diminuição das células mononucleadas; noutro, percentagem invariável dos neutrófilos e dos mononucleados; pelas suas observações pode admitir a monocitose ao lado da neutropenia como o resultado mais freqüente (cêrca de 61 0/0) da fórmula leucocitária na tosse convulsa.

Quanto aos monócitos, em alguns exames conseguiu observar 12, 13, 16% dos ditos elementos na circulação.

O esquema de Arneth não mostra modificações.

Os granulócitos eosinófilos são por vezes um pouco aumentados (5,5, 6, 7%), mas em geral têm números normais, raramente diminuídos.

Finalmente, ainda segundo Zibordi, caracteriza a tosse convulsa no seu exame leucocitário: intensa e constante leucocitose; neutropenia e monocitose — o contrário do que sucede habitualmente nas outras doenças agudas — e ainda a permanência ou mesmo o aumento dos eosinófilos, que também no período agudo das doenças infecciosas estão ou desaparecidos ou diminuídos.

\*

\*\* \*

Várias hipóteses têm sido postas para explicar o mecanismo duma leucocitose tão intensa e, para muitos autores, tão precoce.

A maioria dos autores que ao assunto têm dedicado a sua atenção atribui esta hiperleucocitose a um factor infeccioso.

R. Hess e Seyderhelm (25) atribuem a leucocitose tão intensa a uma acção mecânica, idêntica àquela que elles descreveram, anos antes, quando apresentavam uma leucocitose transitória no choro dos lactantes.

A forte pressão abdominal seguindo as violentas contracções diafragmáticas e dos músculos expiratórios do tórax, provocada pelos acessos de tosse convulsa, exerceria como que uma acção compressiva sobre os órgãos depositários dos linfócitos, como o baço e canal torácico, e assim êsses linfócitos seriam expelidos e lançados na circulação.

Em outras doenças espasmódicas, epilepsia, tétano, êle teria também encontrado uma linfoleucocitose; isto viria em apoio da sua teoria, bem como o facto dos leucócitos permanecerem altos mesmo no intervalo dos acessos, emquanto que os glóbulos vermelhos ficariam inalterados, quer nos acessos, quer nos seus intervalos.

Cozzolino (26) combate esta hipótese, alegando que existem casos de tosse convulsa sem leucocitose, que a contagem feita

antes e depois de um acesso não mostra senão um pequeno aumento dos leucócitos. Esta afirmação de Cozzolino não é confirmada por Paolucci (27), que constata sempre um grande aumento dos leucócitos, a cargo dos linfócitos, vinte minutos depois do ataque de tosse convulsa; aumento em média de 5.000 por mmc.

Alega ainda Cozzolino que a leucocitose pode aparecer já desde o período catarral e depois ainda persistir no segundo período catarral, isto é, fora do paroxismo da tosse; que ainda em outras doenças tossigeneas (gripe, rino-faringite, adenopatia traqueobrônquica) a leucocitose não existe ou é pouco acentuada, a-pesar dos ataques de tosse poderem ser violentos.

Cozzolino concorda antes com Hillenberg (16) interpretando a leucocitose na tosse convulsa como devida à natureza infecciosa da própria tosse; na verdade a intensidade e a freqüência da tosse não estão em relação com a leucocitose e sobretudo porque a leucocitose da tosse convulsa é permanente e não transitória, como na epilepsia e como no chôro dos lactantes; só portanto em parte muito restrita se poderia pensar que a acumulação dos efeitos mecânicos tão freqüentes e tão violentos na tosse convulsa servisse para manter a leucocitose num número tão alto.

Uma teoria antiga de Friedblem e Gueneau de Mussy (citados por Cozzolino) admitia que a hiperemia e o edema periglandular, que atingem transitòriamente os gânglios traqueobrônquicos nas crianças com tosse convulsa, seriam causa de irritação dos nervos vago e recorrente. Esta teoria, que serviu a Paccioni (28) para interpretar o carácter espasmódico da tosse, poderia, segundo Meunier (18), explicar a leucocitose como uma irritação do sistema linfático traqueobrônquico.

\*

\*        \*

Está pois assente, pelo rápido exposto, que, duma maneira geral, todos os autores aceitam como certa a grande leucocitose com linfocitose na tosse convulsa, e isto desde o período catarral, o que seria óptimo para um diagnóstico precoce, muito importante, como já dissemos, quer sob o ponto de vista profilático, quer até sob o ponto de vista terapêutico.

Começando a fazer-se, no laboratório do nosso serviço, em alguns doentes que freqüentavam a consulta externa e suspeitos de tosse convulsa, ou já no período convulsivo, o exame hemoleucocitário, notámos também que na maioria dos casos existia uma leucocitose, embora aquela não tão acentuada como lêramos em alguns trabalhos, mas fomos feridos pelo facto de em algumas crianças se encontrar inicialmente, ou um número normal de leucócitos ou mesmo uma leucopenia; e contudo essas crianças fizeram uma tosse convulsa absolutamente característica. Quer dizer, o exame do sangue, feito no período catarral, não nos fornecera as indicações que seria lícito esperar pelos trabalhos, aliás tão numerosos, publicados até há pouco. Algumas dessas crianças, seguidas mesmo sob o ponto de vista hematológico, mostraram uma evolução da sua fórmula e dos seus leucócitos diferente da que estávamos habituados a ler. Foi por essa ocasião que um artigo publicado em Junho de 1931 por Sauer e Hambrecht (29) nos veio confirmar a justeza das nossas observações, pois estes autores também acentuaram o facto de se encontrar no período catarral da tosse convulsa uma acentuada leucopenia, negando desta forma qualquer valor ao exame leucocitário para um diagnóstico precoce de tosse convulsa.

Estes autores apresentam 10 casos de tosse convulsa em que cada caso tem 2 fórmulas de sangue, sendo a 1.<sup>a</sup> feita dentro dos 5 primeiros dias (apenas em 2 doentes foi feita um pouco mais tarde, uma no 7.<sup>o</sup> dia, outra no 11.<sup>o</sup> dia) e a 2.<sup>a</sup> análise feita na 2.<sup>a</sup> semana.

A 1.<sup>a</sup> análise mostra em todos êles uma acentuada leucopenia, descendo em alguns o número dos leucócitos até 2.500 e 3.000; o número dos linfócitos não estando modificado.

Na 2.<sup>a</sup> análise encontra-se a fórmula característica, mas já num período da doença em que o diagnóstico se impõe, sem o auxílio hematológico.

Finalmente os mesmos autores apresentam outro quadro em que mostram a evolução da fórmula a partir da 2.<sup>a</sup> semana até à 9.<sup>a</sup> semana. Até à 5.<sup>a</sup> semana há uma leucocitose acentuada, depois, cêrca da 8.<sup>a</sup> semana, mostra leucopenia, por vezes bastante intensa, para na 9.<sup>a</sup> semana voltar tudo ao normal; a evolução dos linfócitos faz-se regularmente.

\*

\*

\*

Encontrar pela primeira vez exposto êste facto, que contrariava o que estava estabelecido e que concordava em parte com o que já víamos, fez-nos procurar mais algumas observações, embora na nossa consulta hospitalar seja muito difícil a comparação de doentes de tosse convulsa no seu início, pois em geral só aparecem no período paroxístico. Em irmãos ou parentes daqueles que foram primeiramente à consulta já com tosse convulsa no 2.º período, e que apenas começavam a tossir, é que foi possível obter mais algumas fórmulas no seu início, tendo-se alguns prestado a que semanalmente se repetissem as análises e assim se pudesse ver a evolução hemo-leucocitária da tosse convulsa.

O quadro seguinte mostra o resultado dessas análises, feitas em 44 crianças, algumas no período catarral, outras, a maioria, em pleno período de estado. Os nossos resultados não são absolutamente idênticos aos dos autores americanos. Nunca encontramos uma tão acentuada leucopenia; em alguns mesmo, de início, obtivemos leucocitose; os linfócitos, na maioria dêles, já se encontravam modificados, mas, no entanto, estas observações, juntas às de Sauer, servem para mostrar que não se pode excluir uma tosse convulsa quando no período catarral não se apresenta o quadro hematológico típico, pois se por vezes se pode encontrar, como está estabelecido por outros e nós também o vimos, é possível obter-se um número normal, uma ligeira leucopenia, segundo nós, e mesmo uma acentuada leucopenia, segundo os últimos autores citados.

Número de ordem	Número da observação e nome	Idade	Duração dos sintomas	Leucócitos por mmc.
1	Particular — A. J. S.	2 anos	3. <sup>a</sup> semana	47.450
2	97.692 — E. S.	1 ano	2. <sup>a</sup> »	29.500
3	96.877 — V. M. S.	20 meses	2. <sup>a</sup> »	18.500
4	97.690 — M. R.	4 1/2 anos	2. <sup>a</sup> »	24.700
5	93.573 — N. M.	6 meses	2. <sup>a</sup> »	52.300
6	95.164 — A. M.	6 anos	2. <sup>a</sup> »	15.550
7	96.363 — M. A.	15 meses	4. <sup>a</sup> »	22.350
8	96.716 — C. M. M.	2 1/2 anos	1. <sup>a</sup> »	7.550
»	» »	»	2. <sup>a</sup> »	34.100
»	» »	»	3. <sup>a</sup> »	54.300
»	» »	»	4. <sup>a</sup> »	25.500
»	» »	»	5. <sup>a</sup> »	13.700
9	95.327 — M. L. A.	10 meses	2. <sup>a</sup> »	29.300
10	Particular — M. S.	3 anos	2. <sup>a</sup> »	22.250
11	93.417 — M. M. S.	2 meses	1. <sup>a</sup> »	8.200
12	93.516 — M. J. O.	3 anos	1. <sup>a</sup> »	9.400
13	93.302 — M. A. S.	18 meses	4. <sup>a</sup> »	64.800
14	89.790 — J. A.	1 ano	3. <sup>a</sup> »	48.300 (a)
15	93.618 — J. S.	9 anos	1. <sup>a</sup> »	7.600
16	95.248 — N. C.	3 anos	3. <sup>a</sup> »	23.100
17	95.249 — M. S. C.	10 meses	2. <sup>a</sup> »	67.200
18	95.209 — M. R.	19 meses	2. <sup>a</sup> »	14.600
19	95.183 — M. O.	8 anos	2. <sup>a</sup> »	10.900
20	95.659 — M. M.	2 1/2 anos	1. <sup>a</sup> »	10.000
21	Particular — D. D.	7 anos	1. <sup>a</sup> »	15.500
22	Particular — A. B.	3 anos	3. <sup>a</sup> »	31.900
23	93.811 — M. R.	9 anos	2. <sup>a</sup> »	11.800
24	94.218 — A. S. O.	4 anos	2. <sup>a</sup> »	20.700
25	94.219 — T. S. O.	6 anos	2. <sup>a</sup> »	22.100
26	89.484 — E. A. S.	2 anos	3. <sup>a</sup> »	35.300
27	96.065 — R. V.	5 anos	3. <sup>a</sup> »	31.700
»	» »	»	4. <sup>a</sup> »	36.250 (a)

Hemograma de Schilling									Observações
Linfócitos	Monócitos	Neutrófilos				Eosinófilos	Basófilos	Formas anormais	
		Mielócitos	De núcleo jovem	De núcleo em bastonete	De núcleo segmentado				
76	3	0	0,5	1,5	16	2,5	0,5	—	
84,5	3	0	0	1	5,5	6	0	—	
74,5	6,5	0	0,5	3	14,5	0,5	0,5	—	
56,5	6	0	1	5	30,5	0,5	0,5	—	
76	5,25	0	0,5	3,25	14	0,5	0	0,5	
50,5	4	0	0	4	35,5	4,5	1	0,5	
86,5	4	0	0	0,5	7	1	0,5	0,5	
45,5	5	0	0	6,5	39,5	2,5	0	1	
62	4	0	1	3,5	27,5	1	0	1	
68,5	7	0	1	4	17	2	0,5	—	
77	3	0	0	0,5	18	0,5	0	1	
68	3	0	0,5	2,5	22	1,5	0	2,5	
74	7,5	0	0	0,5	14,5	0,5	0	3	
57,5	3,5	0	0,5	3,5	32	1,5	0,5	1	
64,5	6	0	0	2	21,5	4,5	1,5	—	
53	6,4	0	1	10,6	27,4	0,6	0	1	
62	4,5	0	2	7,5	20,5	2	0	1,5	
27,5	5,5	0	1	13,5	50	0	0	2,5	
54,5	4,5	0	0	4,5	33	2,5	1	—	
70,5	3,5	0	0,5	4,5	16,5	4,5	0	—	
68,5	4	0	0	4	20	1	0,5	2	
74,5	9,5	0	0	1	13	1	0	1	
50	6	0	0	7	36	0,5	0	0,5	
50	5,4	0	0	7	33,3	2,4	0	1,9	
43,2	4,4	0	0	3,2	45,2	2,6	0,4	1	
86,5	3,5	0	0,5	2	6,5	0,5	0,5	—	
55,5	5,5	0	0	1	33,5	3	0	1,5	
46,5	5	0	0	6,5	38	3	0	1	
56,5	4,5	0	0,5	6,5	24	2,5	0	5,5	
75	4	0	0	1	17,5	2,5	0	—	
61	8	0	1,5	4	24,5	1	0	—	
22	4,5	0	1,5	7,5	64,5	0	0	—	

Número de ordem	Número da observação e nome.	Idade	Duração dos sintomas	Leucócitos por mmc.
28	96.965 — A. R.	4 meses	1. <sup>a</sup> semana	7.550
"	" "	"	2. <sup>a</sup> "	17.650
29	97.904 — F. L.	1 ano	2. <sup>a</sup> "	20.150
30	97.562 — L. V. O.	6 anos	2. <sup>a</sup> "	10.700
"	" "	"	3. <sup>a</sup> "	10.750
"	" "	"	4. <sup>a</sup> "	10.950
31	96.202 — M. C. B.	2 1/2 anos	1. <sup>a</sup> "	7.900
32	93.177 — A. M. N.	4 1/2 "	2. <sup>a</sup> "	18.600
33	96.799 — F. T. T.	6 anos	3. <sup>a</sup> "	18.100 (a)
34	Particular — V. T. R.	9 meses	2. <sup>a</sup> "	43.500
35	97.499 — M. S. B.	"	2. <sup>a</sup> "	17.750
36	97.528 — C. C.	2 anos	1. <sup>a</sup> "	22.500
37	95.537 — M. A.	3 anos	4. <sup>a</sup> "	17.800
"	" "	"	5. <sup>a</sup> "	10.400
"	" "	"	6. <sup>a</sup> "	13.000
38	95.695 — M. N.	3 1/2 anos	3. <sup>a</sup> "	42.500 (b)
"	" "	"	4. <sup>a</sup> "	50.100 (a)
39	95.456 — J. S.	8 anos	2. <sup>a</sup> "	16.600
40	97.527 — R. C.	7 meses	1. <sup>a</sup> "	11.350
"	" "	"	2. <sup>a</sup> "	17.800
41	93.609 — C. G.	19 meses	4. <sup>a</sup> "	42.500
"	" "	"	5. <sup>a</sup> "	11.800
42	95.836 — A. G.	3 anos	2. <sup>a</sup> "	16.900
"	" "	"	3. <sup>a</sup> "	19.150
"	" "	"	4. <sup>a</sup> "	9.750
"	" "	"	5. <sup>a</sup> "	7.600
"	" "	"	6. <sup>a</sup> "	8.900
43	95.866 — R. L. S.	6 anos	4. <sup>a</sup> "	24.400
"	" "	"	5. <sup>a</sup> "	13.150
44	Particular — J. C. R.	3 anos	1. <sup>a</sup> "	14.200

(a) Bronco-pneumonia.

Hemograma de Schilling									Observações
Linfócitos	Monócitos	Neutrófilos				Eosinófilos	Basófilos	Formas anormais	
		Mielócitos	De núcleo jovem	De núcleo em bastonete	De núcleo segmentado				
86	2,5	0	0	1	9	1,5	0	—	
72,5	6,5	0	0	1,5	17,5	1	0	1	
83,5	2	0	0	1,5	11,5	1	0	0,5	
58	4,5	0	0	2	30,5	4	0,5	0,5	
52,5	4	0	0	1	36,5	5,5	0,5	—	
41	1,5	0	0	1,5	47,5	5	0,5	—	
50	4	0	0	10,5	31	2	0,5	2	
78,5	3,5	0	0	2	14	2	0	—	
18,5	3	0	2,5	11,5	60	3,5	1	—	
12	2	0	0	1	13	1,5	0	—	
86	3	0	0	0	9	1,5	0,5	—	
64,4	3	0	0	2	24,5	5,5	0,5	—	
36,5	5	0	4	21	30	0,5	0	3	
35,5	6	0	1,5	17	38	2	0	—	
33	7,5	0	1	11	45	1	0,5	1	
45,5	6	0	1,5	5	45	1,5	0	0,5	
25	7	0	3,5	18,5	45,5	0	0	0,5	
59	5	0	0,5	4	28	3	0	0,5	
81,5	5,5	0	0	1	10	2	0	—	
57,5	6	0	0	2	25,5	8,5	0	0,5	
54,5	6	0	0,5	7	30,5	0,5	1	—	
59,5	4	0	1,5	8,5	26	0,5	0	—	
50	7	0	0	5,5	37	0	0	0,5	
42,5	11,5	0	0	8,5	36	0,5	0	1	
58,5	6,5	0	0	7,5	21,5	5,5	0,5	—	
40	9,5	0	0	11	30	7,5	0,5	1,5	
43,5	13,5	0	1	10,5	29	0,5	1	1	
80,5	4,5	0	0	2,5	10	2	0,5	—	
66	6	0	0	3	22,5	1,5	1	—	
64,5	5,5	0	0	3	21,5	4,5	0,5	0,5	

(b) Forte bronquite.

## COMENTÁRIOS

Foram observadas, conforme se vê no quadro anterior, 44 creanças em diferentes períodos de tosse convulsa; foram feitas 62 análises de sangue; algumas crianças tendo 4 e 5 analyses, outras só uma; tôdas elas tiveram tosse convulsa, clinicamente confirmada, mesmo aquelas em que só no primeiro período foi possível fazer o exame do sangue; algumas, poucas, conforme se assinala no mesmo quadro, tiveram a sua tosse complicada de bronco-pneumonia, podendo-se ver o aspecto que tomou a fórmula leucocitária.

Nessas 62 análises obtivemos quási constantemente, durante o período convulsivo, uma leucocitose acentuada, o que corresponde às ideias geralmente admitidas; contudo êsses números não são tão aumentados como têm sido obtidos por vários autores. Em 35 casos foram encontrados números abaixo de 20.000 leucócitos; 12 casos entre 20 e 30 mil; 5 casos entre 30 e 40 mil; 5 entre 40 e 50 mil; 5 acima de 50 mil, dos quais apenas 2 acima de 60 mil; o número mais alto, 67.200, foi obtido numa criança de 10 meses de idade, em análise de sangue feita na 2.<sup>a</sup> semana de doença.

Os números mais altos foram encontrados em crianças de menos de 2 anos e em especial em crianças de menos de 1 ano.

Em crianças com mais de 2 anos só em 4 foram encontrados números altos acima de 20 mil leucócitos, não existindo complicação bronco-pulmonar.

Em crianças acima de 3 anos o número dos leucócitos não atinge os 20 mil; em 3 apenas excedendo ligeiramente; números mais altos só foram encontrados naqueles que fizeram bronco-pneumonia.

Como se constata do quadro, foram feitas as análises em diversos períodos da doença, que para maior facilidade dividimos por semanas.

Os casos que nos oferecem maior interêsse são aqueles em que foi buscada a fórmula nos primeiros dias de doença, ou seja dentro da 1.<sup>a</sup> semana, pois é aí que, como já foi dito, se encontra a divergência com o que tem sido estabelecido pela quási totalidade dos autores por nós citados.

# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

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

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

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

— Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniodo.  
LABORATORIO GALBRUN, 5 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

**CREOSO - PHOSPHATADA**

*Perfeta Tolerancia da creósote. Assimilação completa do phosphato de cal.*



# SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico**  
**Eupeptico e Reconstituente.**

Todas as **Affecções dos Pulmões** e dos **Bronchios**.

**L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople**

**GRIPPE**

**PARIS (8<sup>e</sup>)**

**RACHITISMO**

# PULMOSERUM BAILLY

**Regenerador poderoso dos Orgãos Respiratorios**  
**Medicação das Doenças**

## BRONCHO - PULMONARES

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

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

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

**Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado**

30 GOTAS = 1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

**SOLUCALCINE**

recomenda-se:

**Em todas as Descalcificações**

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

**Em casos de Edema e Ascite**

**Em todas as hemorragias internas**

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

**COIRRE, 5 Bd. du Montparnasse, Paris (6°)**

AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, RUA DA PALMA, 246 — 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:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 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.

Apenas Sauer e o seu colaborador mostraram que no período inicial não existe leucocitose, mas acentuada leucopenia.

Pela observação do nosso quadro vemos que os nossos casos diferem também dos números indicados pelos dois americanos e que já vimos serem muito baixos. Não encontramos em caso algum uma tão acentuada leucopenia.

Na 1.<sup>a</sup> semana foram feitas análises de sangue em 11 crianças; em 6 dêsses 11 casos foi encontrada leucopenia (casos n.ºs 8, 11, 12, 15, 28 e 31). Num dêles (28) tratava-se de uma criança de 4 meses com 5 dias de sintomas e em que a contagem dos glóbulos brancos deu 7.550, com 86% de linfócitos, para dar aos doze dias de doença 17.750 leucócitos e 72,5% linfócitos. Em números relativos estes diminuíram para subir em números absolutos.

Noutro caso em que infelizmente apenas se pôde fazer uma análise de sangue, nós encontramos 8.200 leucócitos; tratava-se de uma criança de 2 meses (11).

Ainda em outras três crianças de 2, 3 e 9 anos (12, 15 e 31) encontramos, respectivamente, 7.900, 9.400 e 7.600 leucócitos, ou seja uma ligeira leucopenia mais acentuada na 1.<sup>a</sup> destas; mas o caso mais típico é aquele n.º 8 do nosso quadro em que se vê a marcha da fórmula e do número dos leucócitos, desde a 1.<sup>a</sup> semana até à 5.<sup>a</sup>; trata-se de uma criança de 2 anos e meio, irmã doutra que tinha uma tosse convulsa já no período paroxístico (doente n.º 32) com uma fórmula típica e que nós conseguimos encontrar apenas com 4 dias de tosse; nota-se o brusco aumento de leucócitos da 1.<sup>a</sup> para a 2.<sup>a</sup> semana (7.550 para 34.100) bem como da linfocitose (45,5 para 62%), atingindo o máximo na 3.<sup>a</sup> semana, em que chega a 54.300, número dos mais altos que obtivemos sem que tivesse havido qualquer complicação.

Em dois dos onze casos observados na 1.<sup>a</sup> semana nós encontramos números normais, ou seja numa criança de 7 meses 11.350 leucócitos, mas que na 2.<sup>a</sup> semana já atinge 17.800 (40) e o caso n.º 20 em que numa criança de 2 anos encontramos 10.000 leucócitos.

Em 3 outras crianças (21, 36 e 44) de 7, 2 e 3 anos, já encontramos números altos logo na 1.<sup>a</sup> semana, respectivamente 15.500 leucócitos, 22.900 e 14.200, também com linfocitose acentuada nos dois últimos; em 2 destas crianças da minha clínica

particular foi possível fazer assim o diagnóstico, que uma evolução ulterior de tosse convulsa absolutamente confirmou.

Os números mais altos foram encontrados na 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> semanas; apenas sem um caso se encontrou um número elevadíssimo, o mais alto encontrado: 67.200 na 2.<sup>a</sup> semana em uma criança de 10 meses (17).

Na 5.<sup>a</sup> semana o número dos leucócitos vai diminuindo, existindo em alguns uma ligeira leucopenia, não tão acentuada como diz Sauer; em outros os números ficando normais ou um pouco elevados.

\*

\*

\*

Na percentagem dos linfócitos encontrámos um elemento importante; ao contrário de Sauer, que nos primeiros dias não encontrou modificação dos linfócitos, por nós foi vista, quasi constantemente, mesmo nos casos em que há leucopenia, uma linfocitose relativa, por vezes muito acentuada, mostrando que no início da tosse convulsa pode haver como que uma inibição do sistema mielóide, a leucopenia fazendo-se à custa dos elementos polinucleares. Chegou-se a encontrar, como se pode ver no quadro, mais de 80% de linfócitos logo na 1.<sup>a</sup> semana, variando quasi sempre os números acima de 50 e 60%, sobretudo nas crianças mais pequenas; no caso 32, por exemplo, numa criança de 9 anos, obteve-se, para 7.600 leucócitos, uma linfocitose relativa de 54,5%.

No progredir da doença essa linfocitose mantém-se, aumentando, por vezes, em números relativos, outras vezes diminuindo ligeiramente na percentagem, embora aumentando sempre em números absolutos; é muito acentuada nas crianças de menos de 1 ano, como era de esperar pelo número habitual já alto dos linfócitos.

Em 19 crianças de menos de 1 ano, 13 apresentavam números acima de 70% e dessas 7 acima de 80%; as restantes 6 das 19, entre 60 e 70%.

Mesmo em crianças de 2 e 3 anos a percentagem dos linfócitos é grande, atingindo 70% e mesmo 86,5%, sendo, no entanto, isto muito mais raro, sobretudo em crianças de mais de 3 anos. Nas nossas observações encontrámos, contudo, em 2 crian-

ças, uma de 4 anos e meio e outra de 6 anos (32 e 43), números muito altos de linfócitos, respectivamente 78,5 e 80,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Quanto aos monócitos, o número é em geral normal; só em 2 casos foi encontrado um número mais elevado (18 e 42); é pois bem diferente do que foi dado por Amicis e Pacchioni (14) e outros (15), que afirmavam uma intensa monocitose na tosse convulsa.

Os eosinófilos têm tido observações contraditórias (Anau) (30); para alguns autores existiria eosinofilia acentuada, para outras ligeira, e ainda Meunier (12) teria encontrado uma diminuição acentuada dos eosinófilos. Para Zibordi (24) os números seriam, ou ligeiramente aumentados, a maioria das vezes normais, raramente diminuídos.

Nos nossos 44 casos, com 62 fórmulas, foram encontrados sempre eosinófilos; só faltaram em 4 casos, dos quais 3 complicados de bronco-pneumonia. Isto é absolutamente característico, pois encontra-se uma doença aguda em que, ao contrário do que sucede quasi sempre, os eosinófilos não desaparecem. O seu número é que é variável, o que justifica as opiniões desencontradas dos diversos autores.

Na maioria dos nossos casos existiam ou números normais ou levemente diminuídos; apenas em 16 casos, ou seja 25,8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, se obteve uma ligeira eosinofilia.

Os granulócitos neutrófilos estão sempre diminuídos, acentuadamente nos casos não complicados. Só em complicação bronco-pulmonar existia mudança, transformando-se o quadro em uma neutrofilia (14, 27, 33 e 38); no 2.<sup>o</sup> destes casos, em que se teve 2 fórmulas, nota-se na 1.<sup>a</sup> uma percentagem de 61 linfócitos para 30 neutrófilos, dos quais 4 bastonetes e 1,5 jovens e na 2.<sup>a</sup>, em que já apareciam sinais clínicos de bronco-pneumonia e os linfócitos desceram a 22 e os neutrófilos subiram, os segmentados a 64,5, os bastonetes a 7,5 e os jovens 1,5. No caso 38, também com bronco-pneumonia, nota-se na 1.<sup>a</sup> análise uma certa neutrofilia, os sinais clínicos mostrando uma intensa bronquite; na 2.<sup>a</sup> análise, os neutrófilos aumentam, especialmente os bastonetes e os jovens, mostrando um desvio no sentido regenerativo com sinais acentuados de degenerescência.

Em tôdas as outras observações de casos não complicados, nota-se o abaixamento dos neutrófilos, quasi sempre muito acen-

tuado, raras vezes se encontrando números quási normais, mesmo desde os estados de início de tosse convulsa.

No hemograma de Schilling o índice do desvio nuclear está, nos casos sem complicações, pouco alterado.

As formas anormais também sem significado, encontrando-se freqüente e indiferentemente células de Turk e Plasmazellen; raras vezes — apenas em 4 casos — células de Rieder.

Finalmente, fazendo o confronto dos nossos casos sob o ponto de vista clínico e sob o ponto de vista hematológico, salvo nos casos complicados, nós não podemos tirar conclusão da fórmula e do número dos leucócitos sobre a intensidade da tosse convulsa, sendo a gravidade desta absolutamente independente do maior ou menor número de leucócitos.

### CONCLUSÕES

1.<sup>a</sup> — A fórmula hemo-leucocitária não é sempre um elemento definitivo para o diagnóstico precoce da tosse convulsa, só se tornando absolutamente típica depois da 2.<sup>a</sup> semana.

2.<sup>a</sup> — Na 1.<sup>a</sup> semana podem encontrar-se indiferentemente números normais de leucócitos, por vezes (a maior parte das vezes nas nossas observações) leucopenia, não muito acentuada geralmente e algumas vezes ainda leucocitose; só neste último caso nós podemos afirmar absolutamente a tosse convulsa, sobretudo porque ela se acompanha de linfocitose; nos outros casos nós não podemos nem afirmar nem rejeitar definitivamente.

3.<sup>a</sup> — O número dos linfócitos está sempre aumentado em números absolutos e relativos, existindo essa linfocitose desde o início, mesmo quando há leucopenia inicial, a qual se faz à custa dos neutrófilos.

4.<sup>a</sup> — Estes estão, conseqüentemente, constantemente diminuídos, salvo nos casos de bronco-pneumonia, em que se vê a modificação imediata da fórmula.

5.<sup>a</sup> — No hemograma de Schilling o índice do desvio nuclear está pouco alterado.

6.<sup>a</sup> — Os eosinófilos encontram-se sempre, nos casos não complicados; a maioria das vezes em números normais, algumas vezes diminuídos, mais raramente aumentados.

7.<sup>a</sup> — Os monócitos, sem modificação digna de interêsse.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — R. DEBRÈ, MARIE e PRETET. — *Presse Medicale*. N.º 2. 1929.
- 2 — FUNCK HELLET. — *Arch. Med. des Enfants* N.º 2. 1925.
- 3 — WEILL. — *La Medicine*. N.º 2. 1921.
- 4 — MEYER. — *Acta Paediatrica*. N.º 1921.
- 5 — LEREBOULET. — *Paris Medicale*. 1929.
- 6 — MADSEN. — *Revue Française de Pédiatrie*. N.º 2. 1929.
- 7 — MORCHIO. — *Arquivos Latinos-Americanos de Pediatria*. 1928.
- 8 — MAC-LEOD. — *Lancet* Julho de 1929.
- 9 — SAUER. — *Journ. Assoc. Med. American*. Julho de 1930.
- 10 — MOLIGLIANI e DE VILLA. — *Atti del IX Congresso Pediatrico* 1920.
- 11 — FROHLICH. — *Jahrb. f. Kinderh.* 1897.
- 12 — MEUNIER. — *Arch. Med. des Enfants*. 1898
- 13 — CIMA. — *La Pediatria*. N.º 7. 1899.
- 14 — AMICIS e PACCHIONI. — *La Clinica Medica Italiana*. 1899.
- 15 — MUGGIA e BERTELOTTI. — *La Pediatria*. 1904.
- 16 — HILLEMBERG. — *Zeit. f. Kinderh.* 1924.
- 17 — COZZOLINO. — *La Pediatria*. N.º 13. 1924.
- 18 — SCHNEIDER. — *Munch. Med. Woch.* 1914.
- 19 — GRIFFITH and MITCHELL. — *The Diseases of Infants and Children*.
- 20 — BOURNE and SCOTT. — *Brit. Med. Journal*. N.º 1. 1922.
- 21 — SEITZ. — *American Journal of Diseases of Children*. Pág. 670. 1925.
- 22 — CROMBIE. — *Edinb. Med. Journal*. N.º 1. 1928.
- 23 — FINKELSTEIN. — *Tratado de las Enfermedades del niño de pecho*.
- 24 — FERRUCCIO ZIBORDI. — *Ematologia Infantile Normale e Patologica*. 1925.
- 25 — R. HESS e SEYDERHELM. — *Die Naturwissenschaften*. N.º 32. 1927.
- 26 — COZZOLINO. — *La Pediatria*. 1 de Julho de 1924.
- 27 — PAOLUCCI. — *La Clinica Pediatrica*. Dezembro de 1929.
- 28 — PACCHIONI. — *Atti del VIII Congresso Pediatrico Italiano*. 1913.
- 29 — SAUER e HAMBRECHT. — *American Journal of Diseases of Children*. N.º 6. 1931.
- 30 — ANAU. — *L'eosinofilia nell età infantile*.

## Revista dos Jornais de Medicina

**Resultados a distância do tratamento das osteo-artrites tuberculosas pela excisão das lesões e enxerto osteoperióstico intra-articular imediato.** (*Résultats éloignés du traitement des ostéo-artrites tuberculeuses par excision des lésions et greffe osteopériostique intra-articulaire im-médiate*), por R. LERICHE e P. STRICKER (Estrasburgo). — *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXIX. Fasc. 4. Julho-Agosto, 1932. Págs. 421-445.

Aquele que lançado por paixão e por necessidade na luta entre as diversas escolas terapêuticas da tuberculose osseo-articular, se deixe seduzir igualmente pelos fundamentos fisio-patológicos de determinada orientação, como pelos de outra, e sinta sob ambas elas a garantia de nomes científicos do melhor quilate, vê-se deveras hesitante sem saber qual das orientações seguir e qual norma praticar, não tendo à mão material suficiente e recurso técnico bastante para poder fazer uma experiência pessoal de todos os métodos e dela inferir por si próprio as devidas conclusões críticas.

O caso das intervenções anquilozantes extra-articulares e o da excisão da lesão, opondo-se, deixam perplexo quem encontre diante dos olhos os magníficos resultados apresentados por Mathieu e pelas escolas de Paris e de Berck, que defendem aquelas, e a escola lyonesa de Ollier, sustentada por Leriche, que pratica activamente esta, tanto mais que as vantagens são negadas de parte a parte e os sucessos igualmente abundantes e duradouros.

No trabalho que hoje analisamos dizem Leriche e o seu colaborador que as excisões são mais lógicas do que as artrodeses extra-articulares, hoje em moda, pois que a supressão completa das lesões tuberculosas é uma necessidade. Aquelas, deixando as lesões no seu lugar, enquistando-as, parecem não merecer a predilecção actual.

O preenchimento imediato por enxertos osteoperiósticos das cavidades osteo-articulares que ficam após a excisão atípica ou após a ressecção clássica nas osteo-artrites tuberculosas, parece aos AA. um progresso incontável.

Na anca, na espádua, no punho, no tarso, o enxerto traz uma reconstrução óssea rápida, depressa seguida de anquilose, que dá tódã a segurança sob o ponto de vista curativo e melhora habitualmente duma maneira notável o resultado funcional.

Os AA. trataram dêste modo, e seguiram depois por um longo espaço de tempo, 2 coxalgias, 1 tuberculose tibio-tarsica, 1 tuberculose do tarso anterior, 2 tuberculoses do ombro e 1 tuberculose do punho.

Publicando as suas observações clínicas e as respectivas radiografias (algumas pouco claras), os AA. trazem argumentos da maior eloquência e convicção, ilustrando com factos essas virtudes persuasivas que estamos habituados a encontrar nos escritos do professor de clinica cirúrgica de Estrasburgo.

MENESES.

**Sobre a Gonitis Incertæ Causæ, especialmente a Sinovite Crónica Simples.** (*Ueber Gonitis Incertæ Causæ insbesondere Synovitis Chronica «Simplex»*), por HALFDAN SUNDT (Stavern-Noruega). — *Acta Orthopædica Scandinavica*. Vol. III. Fasc. 1-2. Págs. 97 a 233.

Este trabalho é a segunda parte e uma continuação directa dum outro publicado na mesma revista e intitulado «Sobre o diagnóstico e a frequência da tuberculose articular do joelho».

Entre os 329 casos de gonite crónica admitidos durante os vinte anos que vão de 1-9-911 a 31-8-931 no hospital da Costa de Stavern, 115 casos = 35% foram verificados *não serem de natureza tuberculosa*. Em 65 = 56,5% destes casos, quere dizer em 19,7% dos 329 casos, não se pôde firmar um diagnóstico certo.

Estas gonites de causa incerta podem apresentar clinicamente todos os sintomas clínicos da sinovite tuberculosa ou sifilitica, do género osteoartrite ou osteomielite — agudas ou crónicas. Na maior parte das vezes aparecem como uma sinovite serosa crónica. Em 22 dos casos do A., dos quais 6 eram crianças, a doença mostrou-se bilateral.

Como factores etiológicos devem-se considerar em primeira linha os *traumas* e a *infecção*. A anamnese de metade dos casos do A. revela um antigo traumatismo. É provável que em bastante numerosos casos uma infecção focal de natureza tonsilar, dentária, nasal, otogénea, dermatogénea ou intestinal possa desempenhar um papel na etiologia da doença.

A sifilis pôde ser excluída com segurança de todos os casos do A., ou com uma probabilidade que pareceria de toda a segurança, e perfeitamente segura então nos casos de hidartrose indolor bilateral das crianças.

*Existe, pois, com certeza, na infância, uma hidartrose indolor do joelho bilateral de natureza não sifilitica.*

No que respeita a tuberculose, não pôde ser contrastada nem macroscopicamente nem microscopicamente nos 35 casos em que houve uma intervenção operatória. No entretanto, nestes casos, não se pode — quando se trata de indivíduos com reacção positiva à tuberculina e em quem não é possível encontrar alguma outra infecção — pôr de parte a idea de que possa haver uma infecção tuberculosa, sem alterações anátomo-patologicamente tuberculosas, a «tuberculose inflamatória» de Poncet.

Alguns sintomas clínicos (a aparição bilateral frequente da sinovite, a sua frequência no sexo feminino, etc.) tornam provável que, em determinados casos, factores constitucionais ou endócrinos contribuam para a origem destas lesões. Isto é para notar sobretudo nos casos que sobrevêm na idade crítica,

assim como nas sinovites indolores bilaterais das mulheres na idade da puberdade ou nos anos que imediatamente a seguem.

Radiològicamente, encontra-se muitas vezes nos casos da sinovite do joelho de causa incerta, uma atrofia dos ossos, irregular, em manchas, que, em certos casos, é tão acentuada que o tecido ósseo tem uma aparéncia de «esburacado», como «comido pelos vermes». Estas modificações de estrutura aparecem muito mais claramente nas imagens originais do que nas reproduções que acompanham êste estudo — afirma o A. No entretanto, em algumas delas o aspécto é tal qual o que acima se descreve — afirmamos nós (N. dō R.). Clinicamente, estes casos não diferem dos outros, segundo parece, sob o ponto de vista etiològico ou patogénico.

Em todos os casos de sinovite de causa incerta, a sinovite é, cuida o A., o fenómeno *primário* e as alterações ósseas são secundárias.

O *tratamento* nas crianças é exclusivamente conservador, e nos adultos deve sê-lo também, sobretudo, é natural, nos casos de bilateralidade.

O tratamento conservador compreende também os raios Roentgen, incontestavelmente muito preciosos em bastantes casos. Se, porém, o tratamento conservador não dá resultado, ou êste se faz esperar demasiado, a intervenção cirúrgica impõe-se. Tal é o caso, por exemplo, dos doentes cuja posição social exige uma cura rápida, e antes de tudo as formas hipertróficas ou hiperplásicas. Entre os 11 casos do A. nos quais se fêz uma sinovectomia total, 10 obtiveram um resultado muito bom. Numa série de casos parece que se pode atribuir à sinovectomia *exploradora* parcial um excelente efeito terapêutico.

Nos casos em que se deve contar com uma infecção focal das amígdalas, dos dentes, etc., é necessário fazer um tratamento causal. O mesmo se diz quando se possa referir a uma hipofunção das glândulas endócrinas.

O *prognóstico* parece bom em alguns casos — mesmo sem tratamento algum — porque a doença pode terminar por uma cura espontânea, algumas vezes, é certo, só após o decurso de anos. Há outros casos, raros, em que mesmo a sinovectomia parcial não consegue deter o desenvolvimento duma grave artrite deformante. Nestes casos, a-pesar do tratamento ser prolongado, o prognóstico *ad functionem* é bastante bom.

MENESES.

Sobre a luxação esterno-clavicular recidivante e um novo tratamento operatório da mesma. (*Ueber die habituelle Luxatio Sterno clavicularis und eine neue operative Behandlungsmethode derselben*), por STEN V. STAPPELMOHR (Norrköping-Suecia). — *Acta Orthopædica Scandinavica*. Vol. III. Fasc. 1-2. Págs. 1-42.

As luxações e as subluxações esterno-claviculares são divididas pelo A. em luxações *congénitas* e luxações *adquiridas*. Entre os casos descritos na literatura, todos referidos neste trabalho, excepto os traumáticos, não há senão um único caso, o de Guérin 1841, que se possa considerar *congénito*. As luxações adquiridas são divididas em:

A) *luxações bilaterais simétricas*, entre as quais 6 casos se provou serem

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13%  
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"  
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

## SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

**LABORATORIOS CLIN COMAR & C<sup>ie</sup> — PARIS**

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>o</sup>, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

## ELECTRARGOL

(Prata)

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

## ELECTRAUROL

(Ouro)

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

## ELECTROPLATINOL

(Platina)

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

## ELECTROPALLADIOL

(Pd)

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

## ELECTRORHODIOL

(Rhódio)

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

## ELECTR = Hg

(Mercurio)

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

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenico.

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

Todas as formas da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

## ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

## COLLOTHIOL

(Enxofre)

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

## IOGLYSOL

(Complexo Iodo-glycoenio)

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

## ELECTROMANGANOL

(Manganez)

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

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

Curas lodada e iodurada.

Affecções estaphylococcicas.

**LABORATORIOS CLIN. COMAR & C<sup>ia</sup> - PARIS**

1507

LISBOA MÉDICA

*Nas crises cardiovasculares  
e respiratorias a*

# **Coramina „Ciba“**

*(dietilamina do ácido piridino-beta-carbónico)*

*ocupa o primeiro lugar entre os*  
**ANALEPTICOS**

*Reúne em si todas as proprie-  
dades da cânfora sem apresentar  
nenhum dos inconvenientes dos  
antigos preparados canforados.*

#### **SUAS 4 PRINCIPAES VANTAGENS:**

*É facilmente soluvel em agua, logo,  
reabsorção rápida.*

*Efeitos clinicos seguros, intensos e persi-  
stentes.*

*Dosagem exacta e administração tanto  
por via hipodermica e endovenosa  
como tambem por via interna.*

*Toxidez mínima e perfeita tolerancia.*



Amostrás e literatura:

**CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 126, LISBOA**  
unico representante dos Productos "CIBA" em Portugal.

conseqüência dum *traumatismo*, e 8 casos *espontâneos* ou causados por *disposição congênita*. A êste último grupo junta o A. dois casos suecos, ainda não publicados.

B) *luxações unilaterais*: a) *luxações verdadeiramente traumáticas*, o que é muito freqüente; b) *luxações espontâneas*, ou causadas por um *traumatismo leve* ou *crônico*. Há 14 casos publicados na literatura pertencendo a êste grupo último, a que o A. junta 2 casos.

A luxação adquirida manifestou-se entre os 8 anos e os 20 anos, excepto nos doentes com luxação traumática.

19 dêsses doentes são mulheres e 8 homens.

O A. está de acôrdo com Künne em que a lesão se manifesta sobretudo na infância e na juventude, provávelmente em virtude duma disposição congênita, influenciada por um esforço funcional.

O *tratamento* da luxação posterior e da luxação para cima consiste em transformá-las em luxação anterior.

Se a luxação ou a subluxação para a frente, não causa incomodo pode-se deixá-la sem tratamento. A redução duma luxação ou duma subluxação para a frente faz-se sem dificuldade, bastando apenas a pressão directa.

A contenção é que oferece mais dificuldades.

Se é necessária a operação, o A. recomenda abrir a articulação esterno-clavicular e destacar as inserções do menisco, salvo a do esterno ou da clavícula.

Depois da clavícula ter sido posta no seu lugar, é necessário fixá-la com um prego metálico e fortificar a parede anterior da articulação suturando aí o menisco como um ligamento. Tira-se o prego metálico após 6 semanas.

Êste método operatório, baseado no método de Konjetzny para a luxação recidivante do maxilar inferior, foi empregado com successo pelo A. num caso de luxação bilateral espontânea simétrica, já em 1928, antes que Richard, em 1930, tivesse publicado o seu método, com um princípio análogo ao do A.

A diferença entre os dois métodos operatórios está em que o A. se serve dum prego metálico fixando a clavícula durante 6 semanas. Com êste método chega-se a não imobilizar o braço mais do que durante 3 dias, o que representa uma grande vantagem.

MENESES.

---

Caso de virilismo suprarenal numa mulher de 32 anos. Operação. (*Case of Suprarenal Virilism in a Woman, aged 32. Operation*), por GABRIEL L. INGEBRIGTSEN (Trondhjem—Noruega).—*Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. VI. Págs. 521-542.

Trata-se duma criada de servir de 32 anos, que precedentemente era saudável, sob todos os pontos de vista, menstruada com tôda a regularidade desde os 13 anos e um hábito externo feminino, até que há 8 anos a menstruação cessou bruscamente. Desde então, amenorreia persistente. Aparição gradual duma hipertricose extensa, mas pouco densa. Nestes últimos anos,

dores na região sagrada, albuminúria, dispepsia e prisão de ventre, afrontamentos e transpirações abundantes.

No dia da entrada no hospital tem já um aspecto viril, de porporções avantajadas, das quais muitas de medida absolutamente masculina; voz grave, barba, seios pequenos. Além disto, clitoris de cêrca de 2 cm. de comprimento, grosso como o dedo indicador e com uma fenda mediana, que se estende da face inferior até ao eixo do órgão. Palpa-se um tumor sob o rebordo costal esquerdo, do volume dum cabeça de criança, à palpação bimanual. O exame radiológico mostra que êle empurra o corpo do estômago para a frente, a cúpula diafragmática esquerda para cima, e o rim esquerdo para baixo. Tensão arterial normal. Na urina, albumina, não há cilindros nem açúcar. A prova da tolerância do açúcar mostra um aumento patológico do açúcar do sangue, com glicosúria. Em seguida à injeção subcutânea de suprarenina, dores muito intensas, pulsáteis, na região sagrada; a doente já tinha sentido 18 meses antes dores idênticas na ocasião dum anestesia local — mas nunca antes de se instalar a amenorria.

A operação permitiu extrair um tumor do tamanho dum côco, cujo aspecto microscópico era o de um hipernefoma. Depois da operação, os sintomas de dispepsia, a prisão de ventre, os afrontamentos e a albuminúria desapareceram. A «reação da suprarenina» — isto é, as dores — e os resultados da tolerância do açúcar, modificaram-se. Ao 38.º dia após a intervenção, reapareceu o primeiro fluxo menstrual. Menstruações regulares e duplas em seguida. Dois meses depois da operação a hipertricose era menos notável, os seios mais salientes e a pele tinha retomado uma contextura mais fina.

MENESES.

**Fibromixoma das bainhas dos flexores dos dedos.** (*Fibromixoma de las vainas de los flexores de los dedos*), pelos Drs. JOSÉ VALLS e CARLOS E. OTTOLENGHI (Sessão de 22 de Junho de 1932). — *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. Tõmo XVI. N.º 10. Págs. 463-468.

Os AA. apresentam a história clínica dum remador que tem impossibilidade de estender os dedos médio e anelar da mão esquerda, com diminuição de força da mão e da sensibilidade do médio e indicador. Ao mesmo tempo nota-se um tumor indolór na face anterior do punho esquerdo, dor na interlinha articular do punho, e ligeira atrofia das regiões tenar e hipotenar. Uma intervenção sob anestesia local permite extirpar o tumor, que está na face anterior dos tendões do flexor superficial, a cujas bainhas está fortemente aderente, e anátomo-patologicamente é um tumor mixto mixo-fibroso. Em certa zona dêste tumor formam-se ninhos de células infiltrativas, com grandes núcleos e escasso protoplasma, cujo aspecto, sem ser claramente sarcomatoso, toma essa modalidade, e já se sabe que a essa anomalia biológica às vezes se segue a evolutiva (relatório do anátomo-patologista).

Todos os autores estão de acôrdo em manifestar a extrema raridade dos tumores dos tendões e das bainhas tendinosas. Ombredanne, Buxton e outros negam a existência dos tumores dos tendões e creem que os casos como tal

diagnosticados seriam, na verdade, neoformações de origem na bainha e que secundariamente invadem o tendão.

Ombredanne nega também a existência dos tumores conjuntivos das bainhas e pensa que são hiperplasias fibrosas inflamatórias ou traumáticas do tecido conjuntivo peritendinoso ou tendinoso. Podem localizar-se nas bainhas tendinosas, tumores benignos e malignos.

Entre os primeiros observaram-se lipomas, fibromas, condromas, angiomas, linfangiomas e quistos.

Entre os segundos citam-se unicamente sarcomas, cistoendoteliomas e xantomias.

Há uma variedade intermédia, que são os tumores de mieloplaxes, e que são os mais vulgares de todos os que se localizam nas bainhas sinoviais.

Os lipomas, muito raros, podem ser de duas classes, simples ou arborescentes, tendo a mesma disposição do que nas sinoviais articulares: são moles, rodeiam parcial ou totalmente o tendão e acompanham-no numa extensão maior ou menor, chegando às vezes até à sua inserção. Dão, à palpação, uma sensação de pseudo-flutuação. Os condromas também são raros, de consistência mais dura e em geral fibrocartilagosos.

Os tumores de células gigantes são em geral pequenos, moles, não dolorosos, de crescimento lento, em tôdas as idades da vida. Os sarcomas primitivos fuso — e globocelulares das bainhas tendinosas, de evolução maligna, são duros, de crescimento progressivo, aderem rapidamente ao tendão e às partes moles adjacentes e invadem o esqueleto. São pouco dolorosos. Dão metástases.

Os fibromas, como o do caso observado pelos AA., são raros e apenas encontraram publicados 28. A sua localização mais freqüente é nas bainhas dos flexores da mão e no dorso do pé. O lado direito parece ser o mais comumente afectado. O factor traumatismo é em geral invocado, sobretudo os traumatismos freqüentes e repetidos dos operários que fazem trabalhos pesados. Os fibromas são pequenos, duros e crescem muito lentamente, pelo que não alcançam grandes dimensões. Não são dolorosos.

A implantação na bainha pode fazer-se na face interna, na externa, podem envolvê-la totalmente ou aderirem apenas por um fino pedículo.

O crescimento para o interior da bainha é pouco freqüente, em geral é para fora. Os fibromas têm uma cor cinzenta rosada, são encapsulados, chiam ao corte, são lisos e lobulados. Os tumores inflamatórios são mais difusos. Os fibromas extirpados completamente não se reproduzem, nem dão metástases. O único tratamento é a extirpação cirúrgica.

Diferenciam-se dos quistos tenosinoviais pela sua localização; estes são quási sempre da face dorsal do punho e desaparecem com a pressão.

#### MENESES.

**A raquianestesia nas crianças.** (*La rachi-anesthésie chez les enfants*), por J. SALAZAR DE SOUSA (Lisboa). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXV. N.º 8. Agosto de 1932. Págs. 441-449 (separata).

Por reconhecer a importância que tem a luta contra a lenda de que a raquianestesia não é recomendável nas crianças, lenda essa que o livro de

Forgue, entre nós muito divulgado, contribuiu para espalhar, tivemos ocasião de, a páginas 388 do volume VIII (1931) da *Lisboa Médica*, referir largamente uma comunicação de Balacesco, sobre êsse tema, à Sociedade Nacional de Cirurgia de Paris. Voltamos hoje ao assunto.

A Rocher, de Bordeus, se deve o início do combate contra essa falsa idea. E no seu encaicho segue o Prof. Salazar de Sousa, publicando um trabalho muito completo nessa orientação, com forte argumentação e mais ampla latitude, pois que Rocher não faz a raquianestesia abaixo dos quatro anos de idade, e o Prof. Salazar de Sousa traz-nos 62 casos abaixo dos dois anos, sendo um na idade de 32 dias, outro aos 68 dias, 86 dias, até os 23 meses.

O Prof. Salazar de Sousa foi um dos primeiros cirurgiões portugueses que empregaram a raquianestesia, e nós tivemos ocasião de assistir a uma das primeiras experiências, na enfermaria de Santo Onofre do Hospital de S. José, num caso de *genu valgum*, no início bem precoce do nosso interesse pela cirurgia óssea.

Procurando obter líquidos-céfalo-raquideanos para pesquisas químicas, o Prof. Salazar de Sousa encontrou-se, *malgré lui*, praticante acérrimo da raquianestesia nas crianças, empregando-a sempre que ela era compatível com a operação a efectuar. E assim, estamos diante das conclusões dum trabalho escrito com grande concisão e um enorme fundamento casuístico, pois se apoia num total de 540 raquianestesias em crianças até aos 14 anos de idade — qualidades estas de exposição e de largura experimental pouco vulgares e por isso mesmo dignas de realce.

As reacções meningíticas após a raquianestesia pela novocaina-adrenalina a 5% são assépticas e de carácter transitório e não podem constituir uma contra-indicação. A benignidade da anestesia está na razão inversa da idade da criança. Abaixo dos quatro anos, a ausência absoluta dum estado de emoção produzido pelo conhecimento do que é «uma operação» torna as anestésias mais calmas e freqüentemente as crianças adormecem fisiologicamente, unicamente pelo estado de euforia em que se encontram, e despertam se as chamamos — diz o A.

O estudo dos casos abaixo dos quatro anos permite ao A. considerar como doses a empregar na maior parte das vezes, de 0,04 a 0,06; a dose de 0,03 até um ano. Na idade de 32 dias empregou 0,025 e na de 86 dias 0,03.

As relações entre a medula e o canal raquideano nas crianças, assim como a menor capacidade dêste canal, fazem com que pela anestesia raquiolombar a zona anestesiada seja mais extensa, podendo-se por isso fazer operações impossíveis no adulto.

A paresia dos membros inferiores é inconstante, e em bastantes casos não há senão uma perda do tonus, por anestesia da sensibilidade profunda.

Os vômitos, longe de representarem um excesso da droga, significam antes doses pequenas, insuficientes para anular os reflexos — diz o A. — e podem fazer-se cessar pondo transitóriamente a cabeça da criança em posição de Rose.

As doses mais pequenas de novocaina empregadas, facilitando uma rápida eliminação a-par duma larga tolerância, são factores que afastam as complicações post-anestésicas e que por isso tornam as crianças muito pe-

quenas em magníficos indivíduos para a raqui-anestesia abaixo dos quatro anos.

MENESES.

**Contribuição clinico-operatória para o estudo das formas de tuberculose intestinal de espectativa cirúrgica.** (*Contributo clinico-operativo allo studio delle forme di tubercolosi intestinale di spettanza chirurgica*), pelo Dott. F. MELINA (Messina). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XI. Fasc. 3. Págs. 233-263. 1932.

O A. descreve três casos de tuberculose cirúrgica intestinal de forma hipertrófica, ulcerosa e cicatricial. Detalha os caracteres do diagnóstico diferencial de cada uma delas e admite que a forma hipertrófica da porção ileo-cecal possa ser localização primitiva e a cura radical, quando é possível, deve consistir na ressecção intestinal. Pensa ainda que na forma ulcerosa, primitiva ou secundária a lesões de outros órgãos, e estando em certas condições que refere, a intervenção cirúrgica radical ou paliativa pode trazer, senão a cura absoluta, pelo menos uma melhoria notável. E também que na forma cicatricial do cólon transverso se, por condições locais ou por mau estado geral do doente, não se acha prudente uma larga ressecção do cólon, podem obter-se bons resultados com a simples colo-colo-anastomose.

É de opinião que a ressecção ileo-cecal ou ileo-ceco-cólica é preferível ser executada, salvo casos excepcionais, num único tempo e que para tal fim é útil o aparelho de von Petz, não só pela rapidez de execução, como pela deminuição do perigo da infecção.

MENESES.

**Perfuração aguda da úlcera péptica. Um estudo sobre 64 casos.** (*Acute perforated peptic ulcer. A review of 64 cases*), por JOHN GILMOUR e JAMES H. SAINT. — *The Brit. Jour. of Surg.* Julho 1932.

Depois de fazerem o estudo clínico do síndrome na sua generalidade, aproveitam os seus casos para averiguar mais particularmente os resultados à distância verificados nos seus doentes. Concluem :

Em uma série de 64 casos de úlcera péptica perfurada, 63 foram tratados pela simples sutura e 1 pela sutura com gastro-enterostomia.

A mortalidade nos casos operados dentro das 12 primeiras horas de perfuração foi de 0,5 por cento e nos casos com mais de 12 horas foi de 15 por cento.

A mortalidade total foi de 4,7 por cento.

Como medida terapêutica de rotina no tratamento destes doentes parece justificadamente aconselhável o uso da simples sutura.

Os resultados remotos da sutura simples, da sutura com gastro-enterostomia, da excisão ou da piloroplastia não são tão bons como os que se apontam para a ressecção. A este propósito julgam os autores que no tratamento das úlceras recorrentes ou das suas complicações, é preferível a ressecção a todas as outras medidas paliativas seguidas de operação secundária.

Em cêrca de  $\frac{1}{3}$  dos casos apresentados pelos autores houve tardiamente indicação para uma operação secundária; nos restantes casos os resultados obtidos com a primeira intervenção excluíram a indicação de intervenções complementares ulteriores.

MORAIS DAVID.

**Carcinoma do cego. Uma discussão acêrca da sua incidência, diagnóstico e tratamento com referência de vinte e cinco casos pessoais.** (*Carcinoma of the cœcum. A discussion of its incidence, diagnosis and treatment, with a report of twenty-five personal cases*), por CECIL P. G. WAKALEI e R. RUTHERFORD. — *Jour of Surg.* Julho 1932.

O artigo estuda o conjunto anátomo-clínico da afecção e termina com exposição dos vários dados que dizem respeito aos 25 casos pessoais, alguns dos quais estão documentados com gravuras de preparações macro e microscópicas dos tumores.

No capítulo do tratamento dizem os AA. assim:

Não pode haver dúvidas de que o carcinoma do cego tem de ser tratado exclusivamente por métodos operatórios. Os raios X e a radioterapia têm uma indicação muito limitada.

O tratamento cirúrgico impõe uma operação em dois tempos. Posto que a excisão do tumor e o ileo-colostomia tenham já sido efectuadas em uma só sessão e com successo, o processo correcto contudo comporta a anastomose ileo-cólica primeiro e depois, ao fim de 8 a 10 dias, a excisão da porção terminal do ileo, 12 a 15 cm., do cego, do cólon ascendente e do ângulo hepático do cólon.

Sumário.

O carcinoma do cego é uma doença predominante no sexo masculino com o máximo de freqüência entre os 50 e os 60 anos.

O tumor primitivo está usualmente situado em frente da válvula ileocecal e êste facto corrobora a valor do traumatismo local como factor etiológico.

O tumor é sempre um adeno-carcinoma, com degenerescência coloide em muitos casos.

As metástases aparecem tardiamente, depois da doença evolucionar durante alguns meses; conseqüentemente, a extirpação precoce do tumor conduz com grande probabilidade à cura.

A afecção é tomada na grande maioria dos casos por uma apendicite. Nas pessoas idosas a presença de um tumor na fossa ilíaca directa e a ausência de vômitos devem pôr o cirurgião de sobreaviso.

Uma leucocitose elevada pode não ter um significado de interêsse para a identificação das duas afecções, porque nos tumores aparecem também altas leucocitoses filiadas em absorções sépticas partidas do tumor.

O tratamento cirúrgico consiste na laparotomia exploradora, seguida de ileo-colostomia e depois, em um 2.º tempo e decorridos 8 a 10 dias, na excisão de cêrca de 15 cm. da porção terminal do ileo, com o cego, cólon ascendente e ângulo hepático do cólon.

Quando os sintomas da doença não excedem a um ano de duração, a exeresse do intestino com a anastomose significa cura radical. Salvo raras excepções, quando a doença tem uma evolução superior a um ano, a mesma operação equivale apenas a uma sobrevivência média de um ano.

MORAIS DAVID.

**Doença de Basedow. Comparação entre os dados clínicos e os valores do metabolismo basal.** (*Maladie de Basedow. Confrontation des données cliniques et des mesures du métabolisme de base*), por L. BRULL. — *An. de Méd.* Tome XXXII. N.º 2.

Além de certas considerações genéricas, que tocam primeiramente factos referentes à história da doença, e depois noções do seu substracto physio-patológico, contém o trabalho um confronto entre os elementos clínicos colhidos pela observação de um certo número de doentes e os respectivos exames do metabolismo basal.

Em conclusão esquematiza a patologia dos doentes com bôcio :

Há formas da doença de evolução mais ou menos contínua e outras de evolução intermitente, umas e outras subordinadas ou não a certos períodos da vida genital. Fazem parte do cortejo de sintomas perturbações nervosas e endocrínicas, mais ou menos intensas e complexas.

Os sintomas de hipertiroïdia estalam em certos casos com a aparição do bôcio e noutros os sintomas sucedem-se a êste a intervalos variáveis. Mais raramente apparecem também manifestações que podem attribuir-se a hipotiroïdia. A duração dos sintomas agrava-lhe geralmente a sua intensidade, se bem que nem sempre se possa estabelecer um necessário paralelismo entre estes dois termos do quadro sintomático. Nas formas mais graves nota-se, como regra, que a uma intensificação dos sintomas nervosos corresponde uma elevação no metabolismo basal.

A determinação do metabolismo basal tem a maior importância no estudo do diagnóstico e do prognóstico da doença de Basedow, mas é preciso fixar que as manifestações clínicas, nervosas e tróficas do basedowismo podem existir sem hipertiroïdia accentuada e sem valores do metabolismo elevados. Na apreciação da doença de Basedow o pratico deve seguir as normas seguintes: em presença de um syndroma de Basedow, franco ou fruste, procede-se ao exame do metabolismo basal e repete-se as vezes necessárias até que se obtenha uma informação precisa do grau de hipertiroïdia. Nos casos em que os exames não accusam hipertiroïdia, desde que os sintomas sejam manifestos, fixe-se o diagnóstico de doença de Basedow, institua-se um tratamento sintomático apropriado e prescinda-se do emprêgo de agentes therapeuticos com acção violenta sobre o metabolismo.

Vigiem-se as condições que podem agravar a doença, tais como a gravidez e a menopausa, cuidem-se os focos de infecção, afastem-se as causas de excitação dos doentes. Prescrevam-se medidas de hygiene cuidada e siga-se uma observação repetida e metódica do doente.

MORAIS DAVID.

Estudo sôbre a flora microbiana das úlceras gastro-duodenais e dos canoros gástricos. (*Étude sur la flore microbienne des ulcères gastro-duodénaux et des cancers gastriques*), por R. APPELMANS e P. VASSILIA-DIS. — *Rév. Belg. des Scien. Méd.* Tome IV. N.º 3.

Em um têço dos casos de úlceras gastro-duodenais e de preferêcia das úlceras duodenais, as lesões são estéreis ou, pelo menos, não revelam culturas positivas.

Quanto aos micróbios isolados das úlceras, encontram-se, além de leveduras, estafilococos (16 vezes em 40 casos), estreptococos (12 vezes em 40 casos) e enterococos (5 vezes em 40 casos).

Nas lesões cancerosas do estômago encontram-se sistematicamente bactérias. Os micróbios sô muito excepcionalmente pululam em cultura pura. Quási sempre existem na associaço diversos germes.

Os micróbios são muito mais abundantes nas lesões neoplásicas do que nas úlceras.

MORAIS DAVID.

As úlceras pépticas post-operatórias. (*Les ulcères peptiques post-opératoires*), por R. APPELMANS e G. DEBOIS. — *Rév. Belg. des Scien. Méd.* Tome IV. N.º 3.

O estudo das observaçoes de úlcera péptica post-operatória permite, segundo os AA., estabelecer a melhor técnica operatória para a cura da úlcera gastro-duodenal e aduzir um sério argumento às teorias actuais da patogenia da úlcera.

Até que a parte do antro do estômago, zona reflexogénea que, atingida de gastrite, determina a úlcera, não seja totalmente extirpada, os doentes continuam expostos à recidiva da úlcera na bôca anastomótica.

A gastro-enterostomia e as reseccões parciais não são mais do que intervençoes paliativas que serão cada vez mais abandonadas em proveito da reseccão larga, único factor certo de cura, no estado actual dos conhecimentos.

MORAIS DAVID.

Novas observaçoes acérca do uso das derivaçoes torácicas, no estudo electrocardiográfico da oclusão coronária. (*Further observations upon the use of chest leads in the electrocardiographic study of coronary occlusion*), por C. WOLFERTH e F. WOOD. — *The Med. Clin. of North Am.* Vol. 16. N.º 1.

O enfarte miocárdico pode aparecer com uma tal localizaço dentro do músculo cardíaco que o electrocardiograma vulgar não mostra o desvio característico do intervalo R T, ao passo que a derivaço torácica antero-posterior é capaz de patentear esta anormalidade do complexo ventricular.

A inversa é também verdadeira em certos casos.

MORAIS DAVID.

**Dieta no tratamento da ascite.** (*Diet in the management of ascites*), por G. DUNCAN. — *The Med. Clin. of North Am.* Vol. 16. N.º 1.

Comentam-se dois casos de ascite recorrente tratados com resultado por meio de uma dieta pobre em sal, em proteínas, gorduras e fluidos, mas com consumo liberal de hidratos de carbone.

MORAIS DAVID.

**Diagnóstico de localização do infarto do miocárdio consecutivo a trombose das coronárias, em face de certas alterações do electrocardiograma.** (*Topische diagnose, etc.*), por D. GROTELKLIN. — *Woch.* N.º 32. 1932.

Estudo baseado em nove observações de oclusão coronária aguda, confirmadas pela autópsia e que compreende cinco de oclusão da coronária esquerda, um da direita e três de ambas.

Conclusões do artigo:

A oclusão de qualquer dos ramos da coronária é caracterizada no electrocardiograma por um desvio do intervalo R (S) T para cima da linha isoelectaica e, por negatividade do acidente T, com intervalo R (S) T convexo para cima. Tais modificações verificam-se ora na 1.ª, ora na 3.ª derivação, consoante se trata de oclusão da coronária esquerda ou da coronária direita.

Quando há trombose de ambos os vasos, aquelas alterações observam-se tanto na 1.ª como na 3.ª derivações.

As alterações electrocardiográficas da 2.ª derivação reproduzem, em regra, as da 1.ª e 3.ª derivações, mais freqüentemente todavia as da 3.ª.

OLIVEIRA MACHADO.

**Intoxicação com desagregação de albumina (semelhante a uremia) consecutiva a vômitos.** (*Intoxikation mit Eiweisszerfall — Scheinurämie — infolge Erbrechen*), por P. MEYER. — *Klin. Woch.* N.º 33. 1932.

O A. chama mais uma vez a atenção para um quadro grave, por ora pouco conhecido, e sobre cuja patogenia nada está assente ainda.

Após um período de vômitos freqüentes de qualquer etiologia, instala-se em certos indivíduos, mais ou menos rapidamente, por vezes já no fim de um ou dois dias, um estado extremamente grave, caracterizado, além dos vômitos, por cefaleias violentas, sêde enorme, compromisso cada vez mais acentuado das funções psíquicas com verdadeira obnubilação, convulsões eclamptiformes, amaurose e, por fim, morte em côma.

Surpreende, na autópsia, a integridade macro e microscópica dos rins.

Nem o exame físico nem os laboratoriais de urina e sangue apresentam qualquer sinal característico, a não ser a descida constante do cloro do sangue e da urina, êste último reduzido a vestígios, e o aumento do azote residual do sangue.

A confusão com a verdadeira uremia é fácil, e importa muito fazer o diagnóstico diferencial, pois a conduta terapêutica é perfeitamente oposta.

A estes doentes devem administrar-se grandes quantidades de líquidos e Cl Na em injeccão intravenosa e subcutânea, e, quando os vômitos diminuem, também «per os». Parece serem vantajosas injeccões de insulina e de soro glucosado hipertónico.

Das seis observações do A. tratadas segundo estas normas, 4 curaram-se, embora persistissem as causas dos vômitos; os outros dois não podiam ser salvos — um cancro do estômago e uma grávida que chegou excessivamente tarde.

OLIVEIRA MACHADO.

**Linfogranuloma inguinal em crianças.** (*Lymphogranuloma inguinale bei Kindern*), por M. LUJAN e W. ROTTER. — *Klin. Woch.* N.º 33. 1932.

Comunicação de dois casos de linfogranulomatose inguinal em crianças irmãs, uma de 6, outra de 7 anos. O diagnóstico clínico foi confirmado pelo exame histológico e prova biológica — reacção de Frei positiva em ambas.

Além da pouca idade das doentes, as observações são notáveis pela demonstração da possibilidade de infecção sem relações sexuais, exclusivamente pela falta de asseio, como acontece na gonorreia.

Uma prima que convivia com as doentes tinha tido uma linfogranulomatose inguinal. A-pesar dos pais das crianças não referirem passado de linf. ing., a reacção de Frei, feita à mãe, foi positiva, concluindo por isso os AA a existência da forma abortiva de linf. ing. na mulher.

OLIVEIRA MACHADO.

**Aquilia e anemia.** — Para conhecimento das suas relações. (*Achylie und Anämie — Zur Kenntnis ihrer Beziehungen*), por KARL SINGER. — *Klin. Woch.* N.º 35. 1932.

Revisão dos conhecimentos actuais sôbre as relações daqueles sintomas, encarando os aspectos clínico, terapêutico e physio-patológico do assunto.

O A. afirma a existência de :

1 — Aquilias sem modificações do sangue.  
2 — Aquilias coexistindo com anemias, quer de tipo clorótico, hipocrômico, quer pernicioso, hiperocrômico.

3 — Anemias perniciosas com secreção péptica e clorídrica conservada.

Destas últimas, cita as observações de doença de Biermer criptogenética de Faber, Schauman, Cabot, Taubmann, Nageli, Castle, etc.

A propósito de anemias hipocrômicas aquilicas, recorda o quadro descrito por Kaznelson com o nome de «cloroanemia aquilica», doença de sintomatologia semelhante à da doença de Biermer (até pelas manifestações nervosas, incluindo a mielose funicular), e, bem distinta da an. pern. criptog., tanto pelo valor globular, como pelo comportamento terapêutico.

Aceita como assente os seguintes factos clínicos :

4 — Tanto nas anemias perniciosas aquilicas como nas não aquilicas é eficaz o tratamento pelo fígado. O ferro é ineficaz.

5 — As anemias hipocrômicas aquilicas são influenciadas benêficamente pelo ferro, mas não pelos preparados hepáticos, exceptuando-se as anemias agástricas (Morawitz).

6 — Há observações indiscutíveis de transformação de cloro-anemia aquilica em doença de Biermer.

Pela histamina prova-se que muitas das aquilias coexistindo com anemias são falsas aquilias. Mas, sob êste ponto de vista, não há distinção alguma entre as anemia perniciosa e cloroanemia, pois não só naquelas como em muitas destas a secreção gástrica não é influenciada pela histamina.

Castle pensa que pelo suco gástrico normal é eliminada uma substância até agora desconhecida, que liberta dos albuminóides o princípio antipernicioso. Para confirmar a sua suposição, deu a doentes de Biermer carne previamente digerida por pessoas sãs. O resultado foi absolutamente análogo ao que se obtém com o fígado. A administração de suco gástrico normal e carne separadamente é ineficaz.

Tal papel antipernicioso não compete ao *lab*, mas, segundo tôdas as probabilidades, a um outro fermento.

O A. repetiu a experiência de Castle, mas com carne digerida por um doente com cloroanemia aquilica. refractária à histamina. O êxito do seu ensaio leva-o a aceitar a existência do princípio antipernicioso no suco gástrico daqueles doentes e a concluir que a secreção dêste princípio é independente da secreção péptica e clorídrica.

Compreende-se assim a ineficácia do tratamento pelo fígado, não só das cloroanemias aquilicas, mas também de tôdas aquelas em que se mantém a capacidade de secreção do princípio antipernicioso.

Não se pode concluir que a falta de fermento gástrico de Castle é suficiente para determinar a anemia perniciosa. Com efeito, após gastrectomia total, observam-se anemias hipocrômicas sôbre as quais o fígado actua eficazmente (Morawitz).

O A. termina lembrando a vantagem de investigar se no intestino se elaborará uma substância de acção semelhante ao fermento gástrico de Castle.

OLIVEIRA MACHADO.

Experiências clinicas de tratamento das anemias secundárias pela combinação fígado e ferro. (*Klinische Erfahrungen mit der Kombinierten Leber-Eisenbehandlung sekundärer Anämien*), por A. H. MULLER. — *Klin. Woch.* N.º 35. 1932.

Resumo do artigo :

1 — Há anemias secundárias que não reagem suficientemente nem à administração de ferro, nem ao tratamento exclusivo pelo fígado.

2 — Perante numerosos sucessos clínicos está justificado o tratamento

das anemias secundárias pela combinação fígado-ferro. Esta terapêutica está sobretudo indicada nas formas graves de anemia.

3 — As pequenas quantidades de ferro (0,1 gr.) não conduzem muitas vezes a êxitos terapêuticos, como adjuvante do tratamento pelo fígado. Foram obtidos resultados favoráveis com um aumento da dose de ferro, tendo-se chegado além de 3 gr. por dia.

4 — Pela administração de maiores doses de ferro não se verifica um aumento duradouro da quantidade daquele metal no sangue.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérca da clinica e patologia da hipoglicemia espontânea. (*Zur Klinik und pathologie der spontanhypoglykämie*), por FRANZ BIELSCHOWSKY. — *Klin. Woch.* N.º 36. 1932.

O A. refere duas observações de morte em cõma hipoglicémico espontâneo de causas pouco frequentes.

No primeiro, um carcinoma do estômago com metástases hepáticas, a hipoglicemia traduziu-se por ataques semelhantes aos do hiperinsulinismo e, pela necrópsia, constatou-se que não era devida nem a insuficiência das suprarrenais, pluriglandular ou hipofisária, nem a adenoma insular do pâncreas.

O A. pensa tratar-se de um dos casos raros de hipoglicemia espontânea hepatogenia, correspondente à que Mann e Magath observaram na primeira parte das suas experiências de extirpação de fígado no cão e à que se verifica neste animal com fistula de Eck.

A autópsia mostrou que o fígado não continha glicogéneo.

Não se pode atribuir a incapacidade de síntese do glicogéneo à invasão do fígado pelas metástases, pois mais de um quinto do órgão (quantidade suficiente para que não apareçam sintomas tóxicos glicoprivos, segundo as experiências de Mann e Magath) estava isento delas. A alteração funcional que condicionou o cõma devia ser, além de quantitativa, de natureza qualitativa.

O segundo caso é de um diabético, obeso e hipertenso, que baixou ao hospital em precõma diabético com uma glicemia de 409 mg. 0/0, acetona + + +, ácido aceticético +, e glicosúria 3 gr. 0/0.

Ao doente foram dados, no dia de entrada, 130 gr. de aveia e duas vezes 25 U. de insulina. Na manhã seguinte a glicemia era de 133 mg. 0/0, não tinha glicosúria nem corpos cetônicos na urina, e o doente sentia-se bem. Administraram-se de manhã 25 U. de insulina e 50 gr. de aveia e ao meio dia 25 U. de ins. e 80 gr. de aveia. A esta hora o valor da glicemia era de 103 mg. 0/0. Talvez 4 horas depois da última injeção o doente caiu em cõma, sem qualquer sinal de hemiparesia e com uma glicemia de 52 mg. 0/0. A administração continuada de soro glucosado hipertômico em injeção intravenosa e clister gota a gota não trouxe qualquer benefício. A glicemia desceu progressivamente — 31 mg. 0/0 — morrendo o doente 9 horas depois do início do cõma.

A autópsia mostrou um pâncreas cirrótico com um adenoma de células insulares. Fígado e rins sem glicogéneo.

O A. frisa que tôdas as formas clínicas etiologicamente distintas de hipoglicemia têm de commum a ausência de glicogénio no fígado.

---

OLIVEIRA MACHADO.

**Adenoma de células insulares do pâncreas com hipoglicemia na diabetes.** (*Inselzellenadenom des Pankreas mit hypoglykämie bei Diabetes*), por F. BUCHNER. — *Klin. Woch.* N.º 36, 1932.

Descrição anatomo-patológica das lesões encontradas na necropsia da segunda observação publicada no artigo anteriormente referido.

A existência do adenoma de células insulares no pâncreas é compreendido pelo A., segundo a explicação de Herxheimer, como uma regeneração excessiva do tecido insular.

As injecções terapêuticas de insulina, favorecendo a eliminação daquela, contida no adenoma, teriam contribuído para o desencadear do côma hipoglicêmico.

---

OLIVEIRA MACHADO.

**A encefalografia arterial.** (*L'encéphalographie artérielle*), pelo Prof. DUCNING. — *Toulouse Médicale.* Vol. II. Junho de 1932.

Conferência realizada pelo Prof. Ducning, no serviço do Prof. Riser. Expõe com grande clareza os trabalhos do Prof. Egas Moniz sobre a encefalografia arterial. Apresenta vários esquemas originais dos possíveis desvios das artérias, provocados pelos tumores intracranianos, faz judiciosas considerações sobre a inocuidade do método e das suas vantagens no diagnóstico dos tumores cerebrais, terminando pelas conclusões seguintes: A encefalografia arterial é, pois, um método a considerar. Deve ser sempre empregada quando o exame clínico e a radiografia simples forem insuficientes para precisar o diagnóstico. Deve-se utilizar antes da ventriculografia, pois esta, a-pesar dos aperfeiçoamentos que a tornam menos perigosa (indicações precisas e técnica impecável), mantém-se contudo ainda uma intervenção grave para uma prova diagnóstica.

---

ALMEIDA LIMA.

**A roentgenografia dos vasos (angiografia; vasografia; arteriografia; venografia; flebografia; sinografia) no vivo e as suas aplicações clínicas.** (*Röntgenographie der Gefässe (Angiographie; etc.) beim Lebende und ihre Klinische Anwendung*), pelos Prof. Dr. M. SAITO, Dr. K. KAMIKAWA e Prof. A. YANAGIZAWA.

Monografia, em japonês (título em alemão), sobre a angiografia, dividida em duas partes: uma parecendo tratar das técnicas, apresenta vários esquemas do modo de fazer as injecções nos vasos. A segunda trata dos resultados, apresentando numerosas radiografias e esquemas das artérias dos membros e do cérebro.

Apresenta uma arteriografia cerebral em posição ântero-posterior, com as artérias muito bem injectadas, mas que deve ter sido obtida no cadáver. Vêm-se também nesse trabalho vários esquemas para identificação das artérias visíveis nas arteriografias cerebrais. Adopta de um modo geral a nomenclatura do Prof. Egas Moniz, que cita frequentemente, assim como o Prof. R. dos Santos.

---

ALMEIDA LIMA.

Sobre o aspecto dos vasos nos doentes, pelo Prof. M. SAITO, Dr. K. KAMICAVA e Dr. H. JANAGIZAWA.

Separata de uma publicação japonesa, escrita em japonês, onde se trata, como se pode ver pelas figuras e esquemas apresentados, da técnica da injeção de substâncias opacas aos raios X, nas artérias. Parece terem os AA. feito já a injeção na artéria vertebral. Os trabalhos do Prof. Moniz e R. dos Santos são citados amiudadas vezes.

---

ALMEIDA LIMA.

Angiografia ou nasografia. (*Angiographie ader vasographie*), pelo Prof. MAKOTO SAITO.

Pequena monografia, em japonês, onde se vêem numerosas angiografias dos membros, algumas muito interessantes, e uma arteriografia cerebral num caso de tumor intra-craniano. Os nomes dos professores Egas Moniz e Reinaldo dos Santos são citados com frequência.

---

ALMEIDA LIMA.

Sobre um novo método de artério e venografia (Angiografia) no vivo e as suas aplicações clínicas. (*Über eine neue Methode der artério-und Venographie (Angiographie) beim Lebende und ihre Klinische Anwendung*), pelo Prof. Dr. MAKOTO SAITO, Dr. KAMICAVA e Prof. YANAGIZAWA.

Monografia, em japonês, só com o título em alemão, onde se vêem numerosas gravuras de arteriografias dos membros em casos de gangrenas, tumores e outros; vê-se também uma arteriografia cerebral num caso de tumor cerebral com as artérias muito bem injectadas, e uma outra arteriografia cerebral estereoscópica.

---

ALMEIDA LIMA.

O diagnóstico roentgenológico dos tumores cerebrais. (*The Roentgenological Diagnosis of the Cerebral Tumor*), por MAKOTO SAITO. — *Comptes-rendus do First Pan-Pacific Surgical Conference*. Honolulu. Hawaii. Agosto de 1929.

Relata o autor, rapidamente, a técnica e os resultados da ventriculografia como método de diagnóstico dos tumores intracranianos; refere-se rápida-

mente ao método de Sicard das injeções sub-aracnoideas de lipiodol, de-  
tendo-se demoradamente no método que chama «radiografia da artéria cere-  
bral de Moniz».

Na descrição do método do Prof. Moniz apresenta várias inexactidões nos  
detalhes de técnica, dizendo ter o professor português empregado, como inje-  
ção opaca, 4 a 5 c. c. de uma solução de brometo de sódio a 30 0/0. Empregando  
essa droga e nessa quantidade, não obteve, como era de esperar, radiografias  
brilhantes, propondo então um método seu, em que se usa como injeção vizi-  
bilizadora várias fórmulas do A., que tem como base uma emulsão de lipiodol.

Propõe, além desta modificação, fazer a injeção na tiroidea superior,  
após laqueação temporária das carótidas primitiva e interna.

---

ALMEIDA LIMA.

**Doença de Buerger, estudo arteriográfico,** pelo Prof. MAKOTO SAITO,  
Dr. K. KAMIKAWA e Prof. H. YANAGIRAWA.

Monografia, em japonês, onde se vêem várias arteriografias dos membros  
de doentes portadores de doença de Buerger, parecendo os AA. estudarem  
em detalhe o desenvolvimento das circulações colaterais.

Cita, no texto e na bibliografia, os trabalhos de Egas Moniz, Reinaldo  
dos Santos, Amândio Pinto e A. Lima.

---

ALMEIDA LIMA.

**Estudo dos síndromas hemibulbares. As vias simpáticas no bulbo,**  
por K. WINTER. — *Acta psychiatrica et neurológica*. Vol. VII. Fasc. 1-2.  
1932.

Baseando-se em quatro casos anátomo-clínicos, o A. tenta estudar o tra-  
jecto intrabulbar das vias oculo-simpáticas e de outras vias simpáticas. Chega  
às seguintes conclusões:

O síndrome de Claude Bernard-Horner é quasi constante do lado da le-  
são. É constituído por miose e estreitamento da fenda palpebral. A enofthalmia  
é menos freqüente e em regra de evolução tardia, o que parece significar não  
ser devida a uma paresia do músculo de Muller, mas sim a uma alteração  
trófica do tecido gorduroso da órbita. A hipotonia do globo é rara.

Observam-se também por vezes na hemi-face correspondente perturba-  
ções simpáticas, vaso-motoras, sudurais, tróficas e secretórias (secreção la-  
crimal). O A. observou ainda uma assimetria vaso-motora dos membros,  
provavelmente resultante de paresia das fibras vaso-constritoras simpáticas  
do lado homolateral.

O conjunto destas lesões é devido à lesão das vias simpáticas que atra-  
vessam o bulbo ou à lesão dos centros ainda mal conhecidos que ali têm sede.

Os sintomas vaso-motores observados são fugazes, sendo as provas sim-  
páticas sempre positivas nos exames precoces, muitas vezes negativas nos  
exames tardios.

---

ALMEIDA LIMA.

Da origem medular de certas retracções da aponevrose palmar (a propósito de umairingomielia com síndrome de Claude Bernard-Horner), por G. ROUSSY, G. LEVY e C. ROSENKRANTZ. — *Annales de Médecine*. Vol. XXXI. Janeiro de 1932.

A propósito de um caso de siringomielia com síndrome de Claude Bernard-Horner e retracções da aponevrose palmar, os autores investigam, em observações anteriormente publicadas, aquelas em que a retracção da aponevrose palmar parece estar em relação com lesões medulares, e chegam às conclusões seguintes:

Parece estar actualmente demonstrado, por factos clínicos e anatómicos, que pelo menos certas variedades de retracção da aponevrose palmar são de origem medular. Os factos clínicos que concorrem para esta afirmação são a associação desta afecção com perturbações da sensibilidade térmica ou com manifestações evidentes de siringomielia.

Os factos anatómicos consistem na constatação de cavidades medulares de diferentes origens ao nível da substância cinzenta, em casos onde a retracção da aponevrose palmar tinha sido observada clinicamente.

A associação da retracção da aponevrose palmar às alterações de sensibilidade térmica permite clinicamente induzir que o substrato anatómico desta afecção deve consistir em lesões da substância cinzenta. A associação com um síndrome de Claude Bernard-Horner, assim como o predomínio das manifestações clínicas no território do nervo cubital, permitem, por seu lado, localizar aproximadamente essas lesões na medula cervical inferior e medula dorsal superior ao nível dos segmentos medulares que dão origem às raízes C<sup>8</sup> — D<sup>1</sup>.

A associação da retracção palmar a perturbações sudorais, vaso-motoras e tróficas, permite-nos pensar em lesões das vias ou dos centros simpáticos a esse nível. Os AA. comparam certas formas de retracção da aponevrose palmar com a mão característica da siringomielia, sugerindo que, sob o ponto de vista prático, toda a retracção da aponevrose, acompanhada de qualquer pequeno sinal que possa sugerir a hipótese de uma lesão medular, deve ser submetida ao mesmo tratamento que certas formas da siringomielia, isto é, a radioterapia da medula ao nível das regiões cervical inferior e dorsal superior.

Contudo é necessário pensar na origem vascular possível, específica ou não, de certas lesões cavitárias da medula, e que portanto não se deverá instituir o tratamento radioterápico sem se ter cuidadosamente eliminado a hipótese da origem vascular e a possibilidade, em certos casos, de um tratamento específico.

ALMEIDA LIMA.

Sintomas mentais na esclerose em placas. (*Mental Symptoms in Disseminated Sclerosis*), por H. SAETHRE. — *Norsk Mag. f. Laegevit.* Refr. do *British Medic. Journ.* Abril de 1932.

Em 2.000 doentes, admitidos entre Setembro de 1926 e Dezembro de 1930, na Vindereen Psychiatric Clinic, treze foram diagnosticados como casos de

esclerose em placas. Doze destes doentes foram admitidos por apresentarem sintomas mentais, sendo dez mulheres e dois homens. Em oito as perturbações mentais eram muito graves, apresentando os quatro restantes um estado mental caracterizado por euforia, demência ligeira, acentuada instabilidade emocional e egocentrismo.

O A. sugere que, até se descobrir uma etiologia mais específica, se use o termo de «psico-encefalites» (proposto por Ombredanne) para designar não só os casos de esclerose em placas com sintomas mentais acentuados, mas também os casos similares de encefalite epidémica e de parencefalites. O prognóstico é sempre grave: só um dos doentes do A. apresentou uma remissão quasi completa.

---

ALMEIDA LIMA.

**Psicoses post-encefalíticas.** (*Psychoses following Encephalitis*), por D. M. VAN DER SCHEER. — *Neder. Tijdschr. v. Geneesk.* Refr. do *British Medical Jour.* Pág. 2087. Abril de 1932.

Apresenta o A. três interessantes observações em apoio da sua tese, que é a seguinte: em tôdas as psicoses, e especialmente quando apresentam estados confusionais, deve-se sempre pensar na possibilidade de se tratar de uma encefalite aguda ou na exacerbação de uma encefalite crônica. Uma cuidadosa anamnese é da máxima importância nestes casos

Não é necessário que tenha havido um início agudo, a história de uma doença infecciosa ou um período de letargia para se fazer o diagnóstico de encefalite. Tôdas as perturbações graves do sono, principalmente insônia grave ou alteração do ritmo do sono, são muito significativas. Uma diplopia transitória é também de grande importância.

Nas psicoses post-encefalíticas a punção lombar tem grande utilidade, não só diagnóstica, mas também terapêutica, principalmente contra a insônia grave.

O tratamento tem muito mais probabilidades de êxito nas psicoses post-encefalíticas do que naquelas em que não se encontra etiologia definida.

---

ALMEIDA LIMA.

**Profilaxia das meningites post-traumáticas,** por E. URECH. — *Zentralbl. f. Chir.* Refr. do *British Medical Jour.* Junho de 1932.

As meningites são a causa da morte nos traumatizados do crânio em pelo menos 10% dos casos.

Esta complicação é sempre fatal, a não ser que se forme um abcesso localizado.

Um grande número de casos é devido a infecção propagada dos ouvidos e nariz. A meningite pode-se manifestar poucos dias após o traumatismo ou vários meses depois. Os estreptococos e os pneumococos são os agentes infecciosos encontrados com mais frequência, os estafilococos não são comuns e os meningococos muito raros. O bacilo de Löffler, segundo o A., nunca

ocasiona meningites. Visto que qualquer tratamento é ineficaz após a eclosão da doença, a profilaxia é da máxima importância.

Em todos os casos de traumatismo craniano a ferida deve ser cuidadosamente limpa, e, além da injeção habitual de soro antitetânico, o A. recomenda o emprêgo sistemático de uma injeção de 10 c. c. de soro antiestreptocócico e outra de 10 c. c. de soro antipneumocócico.

Nos últimos 4 anos o A. tratou 168 casos dêste modo: 46 doentes morreram, mas dêstes só 1 por meningite post-traumática. Êste doente morreu dois meses e meio depois de uma trepanação, com um abcesso cerebral estafilocócico. Julga o A. que uma tão grande redução da mortalidade por meningite post-traumática indica que o seu método deve ser tomado em consideração e seguido sistematicamente.

ALMEIDA LIMA.

**Hipoglicemia após irradiação experimental do pâncreas.** (*Hypoglykämie nach experimenteller Röntgenbestrahlung des Pankreas*), por A. TERBRUGEN e H. HEINLEIN. *Klinische Wochenschrift*. N.º 27. 1932.

Os AA., no intuito de estudarem o comportamento do pâncreas e a possibilidade da demonstração anatómica do quadro sintomatológico da hipoglicemia, e por outro lado o esclarecimento do problema do metabolismo do glicogénio sob o duplo aspecto funcional e morfológico, realizaram as seguintes experiências:

Numa série de coelhos, que laparotomizaram para, exposto o tecido pancreático, o irradiarem, conseguiram provocar em todos os animais sintomas de hipoglicemia, corroborados pelas análises respectivas da glicemia e consecutivo desaparecimento daquela pela injeção de glicose. Depois da morte dêstes a análise histológica do tecido pancreático revelou uma degenerescência acentuada do tecido glandular excretor e aumento dos ilhéus de Langhans sem sinais lesionais das suas células. Para evitar a hipótese de que outras glândulas poderiam ter concorrido para a baixa da glicemia, analisaram também histologicamente as glândulas supra-renais, tendo verificado que nem o conteúdo lipóidico do córtex nem as células medulares apresentavam nada de anormal. O mesmo se verificou para as células nervosas ganglionares que cercam o tecido pancreático.

No que respeita o conteúdo em glicogénio dos diversos órgãos, verificou-se o seguinte: nos animais mortos no período hipoglicémico, nem no fígado, cérebro, músculos, leucócitos, etc., foi possível identificá-lo. Nos outros aos quais era administrada a glicose com desaparecimento da sintomatologia e mortos em seguida, aquela substância (glicogénio) encontrava-se em abundância mesmo em órgãos onde normalmente não se encontra.

Encontra-se também em quasi todos os órgãos dos animais mortos em hipoglicemia os respectivos capilares muito dilatados com estase acentuada, causa natural da hipotensão que sempre se observou nestes casos.

J. ROCHETA.

**Ação e resultados da exeresse do frênico em 125 casos de tuberculose pulmonar. Indicações. Observações. Considerações.** (*Einwirkung und Ergebnisse der Phrenikusexhairese auf 125 Lungentuberkulosefälle. Indikationen. Beobachtungen. Überlegungen*), por N. DEKONGNUOPOB. O. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. LXXVIII. Fasc. II. 1932.

Numa série de 125 casos de tuberculose pulmonar, submetidos todos à frenicectomia, o A. chega às seguintes conclusões:

1.º — A frenicectomia deve considerar-se na tuberculose pulmonar como um método terapêutico autônomo, porque na estatística apresentada verificaram-se 40 casos de cura e 33 de melhoria acentuada e que tinham sido anteriormente submetidos a vários tratamentos sem resultados apreciáveis, e ainda, além doutras razões, porque nalguns casos de mau prognóstico se obteve melhorias acentuadas com tendência para a latência e capacidade para o trabalho.

2.º — A acção da frenicectomia é mais evidente e os resultados são mais favoráveis nas formas productivas; nos casos com infiltrado precoce esta operação consegue a cura dentro de muito pouco tempo.

3.º — A localização que alcança uma percentagem mais alta de curas é a dos lobos inferiores, sobretudo se se trata de processos isolados; todavia a influência favorável da frenicectomia atinge também os outros lobos pulmonares, dependendo a evolução ulterior do processo conforme as suas características anatomo-patológicas.

4.º — As cavernas podem diminuir, com esclerosamento e por vezes desaparição, quando são de fresca data, se encontram isoladas e apresentam uma parede de fraca espessura; pelo contrário, quando são antigas e sobretudo se se encontram rodeadas por um processo caseoso, os resultados são, na maioria das vezes, quasi nulos.

5.º — Quando o processo tuberculoso se encontra limitado ao pulmão direito, os resultados clínicos da frénico-exeresse são melhores do que quando é o pulmão esquerdo o atacado; na tuberculose bilateral poucas melhoras se obtêm.

6.º — Sem que da estatística apresentada pelo A. se possa fazer uma comparação isenta de erros de maneira a permitir um julgamento seguro nas indicações da frenicectomia e do pneumotórax, podem todavia aceitar-se as bases seguintes: nos processos productivos deve escolher-se a primeira, nos exsudativos, sobretudo quando extensos, deve optar-se pelo segundo.

7.º — As complicações post-operatórias precoces reduzem-se ao aparecimento de hemoptises, em geral de pouca duração e sem influência no estado geral ou local; os tardios affectam o tubo gastro-intestinal, em geral de bom prognóstico. Em dois casos surgiram, depois da operação, sintomas de tuberculose renal e intestinal.

8.º — Em virtude das anomalias e variações anatómicas que o frénico pode apresentar, é conveniente fazer uma excisão deste nervo, tão larga quanto possível e até procurar o frénico acessório para o submeter à mesma operação.

J. ROCHETA.

**A gastroenterite e as suas consequências.** (*Ueber die Gastroenteritis und ihre Folgerscheinungen*), por K. GUTZENT. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 31. 1932.

Neste artigo Gutzent trata quasi exclusivamente das causas das gastroenterites e começa por considerar como a melhor definição da dispepsia a apresentada por Zeube: deficiente digestão dos ingesta. Descreve, em primeiro lugar, as dispepsias originadas em perturbações funcionais do canal gastro-entérico, quer por diminuição da motilidade, quer por insuficiência secretora e que mais tarde ou mais cedo conduzem à inflamação da mesma. Em seguida, e diminuída na importância e na frequência, aponta as toxinas que por electividade se fixam na mucosa do tubo digestivo, provocando-lhe alterações inflamatórias; podem originar-se infecções crónicas ou agudas e conforme a sua procedência assim difere a sua acção. Além destas, considera depois os produtos químicos, especialmente o chumbo e o mercúrio. Substâncias tóxicas endógenas por desdobramento de corpos albuminóides, considera-os o A. como de pouca importância para a etiologia das gastroenterites. Finalmente, a questão de saber se a flora intestinal pode por si só provocar uma gastroenterite, fica por esclarecer, por não haver até hoje conhecimentos suficientemente seguros para a afirmar.

J. ROCHETA.

**A diatermia no pâncreas, na terapêutica da diabetes.** (*Therapeutische Versuche mit Pankreasdiathermie bei Zuckerkranken*), por Z. RANSCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 32. 1932.

Ocasionalmente, observou o A. que os doentes submetidos à diatermia dorso-lombar acusaram, no fim das aplicações, um aumento de apetite. Admitindo que esta sensação estivesse ligada a uma irradiação sofrida pelo pâncreas, procurou estudar este assunto irradiando a região pancreática, em indivíduos sãos, nos quais verificou a glicemia antes e depois das aplicações de diatermia.

Em seguida, por ver que a glicemia baixou, resolveu estudar o método nos diabéticos. Dividiu-os em três categorias: os casos ligeiros são os que mais lucraram com esta terapêutica, chegando, por vezes, a desaparecer a glicemia, aumentando além disso a tolerância para uma maior quantidade de hidratos de carbono; nos casos médios já os resultados são muito menos brilhantes, para serem quasi insignificantes nos casos graves. O mecanismo da acção deve ser um aumento na produção da insulina, em virtude da hipermia provocada.

J. ROCHETA.

**Diátese exsudativa angioneurótica.** (*Angioneurotische exsudative Diathese*), por ASSMANN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1932.

Sob esta rubrica, quer o A. agrupar, como o atestam 4 casos clínicos que apresenta, uma mesma entidade nosográfica — a diátese exsudativa — bem descrita e individualizada por Strümpel, e a diátese vasoneurótica de Müller.

A sintomatologia própria de cada uma, e que pode predominar mais ou menos conforme os casos, consiste, para a primeira, numa exsudação intra-tecidual, por vezes acompanhada da contracção espástica da musculatura lisa como na asma brônquica, cólica mucosa do intestino e ainda no aparecimento da eosinofilia como reacção hematológica; para a segunda, na labilidade ou descompensação da inervação do sistema circulatório de modo a criar perturbações na boa dinâmica periférica; frequentemente acompanham este estado modificações do sistema nervoso no sentido das nevroses e até com alterações da psique.

Embora, à primeira vista, sejam situações absolutamente distintas, há todavia entre elas traços de ligação que as aproximam e as reúnem. E assim os trabalhos experimentais de Ricker e Ebbecke mostram que conforme a excitação provocada nos capilares e arteríolas assim se obteriam efeitos diversos desde a dilatação, contracção, estase e por fim exsudação. Sob o ponto de vista clínico, Assmann refere 4 histórias clínicas, onde no mesmo individuo se encontraram os sinais da diátese exsudativa e angioneurótica: edema de Quinke, gangrena de Raynaud, nemorragias mucosas, hidropisia articular intermitente, ataques epileptiformes, etc. A mencionar como sintoma comum o aparecimento accessal dos ataques e fórmulas sanguíneas características.

Como causa principal considera o A. uma disposição constitucional própria, influenciada por uma hipersensibilidade a determinadas excitações químicas. Esta excitação pode partir duma substância estranha ao organismo, mas possivelmente a mais comum deve ser a originada por um produto interno, e neste caso a considerar em primeiro lugar, há as secreções das glândulas endócrinas. Em duas das histórias apresentadas verificaram-se os ataques durante a gravidez; numa outra, com autópsia, verificou-se uma hipertrofia das supra-renais. Por outros autores a glândula que mais reponsabilidade tem nestes casos é a hipófise.

J. ROCHETA.

O tratamento de afecções gastro-intestinais com parafina. (*Ueber die Behandlung von Magen-Darmerkrankungen mit Paraffin*), por O. SCHLECKAT. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 14. 1932.

É unânime a opinião dos diversos autores, no que respeita à acção efectuada pela parafina quando administrada *per os*: efeito mecânico apenas produzido pelo mais fácil deslizamento das fezes através do intestino, envolvidas como vão por uma camada de substância escorregadia. Diferentes foram porém os resultados obtidos por Lanezos, que, observando aos raios X animais antes e depois da administração de parafina, verificou que era mais rápido o esvaziamento do conteúdo gástrico por aumento do peristaltismo deste órgão (resultado só obtido com os calomelanos) e o mesmo acontecendo com o intestino; só a actividade do intestino grosso parece não sofrer a influência desta substância.

Além disso a parafina parece exercer uma outra acção protectora do organismo, impedindo a reabsorção de produtos tóxicos; associações que tinham previamente ingerido parafina nada apresentaram de anormal após a

administração de quantidades mortais de estriçnina. Por isso a melhor indicação para este fármaco encontra-se na obstipação crónica, especialmente nas formas espáticas, que cedem porque deixa de existir contacto íntimo, irritativo, de outros elementos com as terminações nervosas, terminais, da mucosa.

J. ROCHETA.

A «terpichin» nas afecções reumáticas e nevralgias. (*Terpichin bei rheumatischen und neuralgischen Erkrankungen*), por E. WINKLER. — *München Medizinische Wochenschrift*. N.º 32. 1932.

Num período de dez anos e com 50 casos de reumatismo articular agudo, refere o A. alguns insucessos com a medicação clássica de salicilato, e pelo contrário elogia os bons resultados obtidos com a injeção de «terpichin». Alguns dêles até, complicados de endocardite e pericardite, não desmentiram a boa eficácia desta substância.

Não observou nunca efeitos acessórios desagradáveis, nem mesmo quaisquer alterações, mesmo mínimas, do lado dos rins, nem verificou nunca recidivas; os mesmos bons resultados obteve em casos de reumatismo muscular ou de nevralgias.

J. ROCHETA.

A correlação entre a hipófise e as glândulas genitais. (*Die Korrelationen zwischen Hypophyse und Keimdrüsen*), por W. BERBLINGER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 32 1932.

Da concordância verificada entre os aspectos morfológicos encontrados em casos clínicos e os resultados obtidos em trabalhos experimentais com animais, pode concluir-se que no homem a hormona sexual hipofisária é segregada pelas células basófilas do seu lobo anterior; às células eosinófilas compete a secreção da hormona de crescimento. Quanto às células principais, nada de positivo se pode afirmar; possivelmente constituem o primeiro passo para a evolução cromófila.

A questão, à primeira vista, difficilmente explicável, da existência constante das distrofias genitais, quer na hiper, quer na hipofunção da hipófise, pode resolver-se considerando a relação numérica e que se dá em sentido contrário nas afecções da hipófise, entre as células acidófilas e basófilas: quando aumentam as primeiras diminuem as segundas. Acêrca da influência que as células cromófilas exercem sobre o ovário, pouco se pode ainda afirmar, pois as imagens histológicas são neste órgão de muito mais difficil interpretação que no testículo.

J. ROCHETA.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A Escola Anatómica de Bolonha

POR

LUIZ DE PINA

Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto  
Da «Société Française d'Histoire de la Médecine»

(Continuação da pág. LXIX)

Não pude, é certo, esquadriñar todos os meandros do Studio à cata das memórias a anatomistas do mesmo. Das que pude colecçãoar, esta é a mais antiga e está colocada na parede esquerda do corredor que leva à Biblioteca, no 1.º andar do Arquigimnásio, entre aquela dependência e as escadas que comunicam com o claustro inferior.

Uma lápide rectangular, encimada por três escudos de armas, meio apagados, tendo aos cantos uma carrança humana, evoca Gaspari Tagliocotio, também de Bologna. Está colocada esta memória (séc. xvi) na parede da galeria esquerda do claustro inferior, ao lado da de Bartoletto:

D. O. M.

GASPARI TALIIACOTIO BONONIENSI

THEORICO ORDINARIO

OB HVMANI CORPORIS ANATOMEN AMNIBVS PARTIBVS

ABSOLVTISSIMAM  
 ADMIRABILI METHODO PERSPICVITATE SVMMA  
 ACVMINA INGENII DOCTRINAE SOLIDITATE  
 ELOQVETIAE SPLENDORE INCREDIBILI  
 RECLVSIS PHILOSIPIE FONTIBVS  
 MEDICINAE ORACVLIS ILLVSTRATIS  
 NATVRAE IPSIVS ARCANIS PATEFACTIS  
 PLENISSIME ET PLENISSIME EXPLICATAM  
 POMPILIO TALIAFERRO PARMENSI  
 OS EANDEM SINGVLARI INDVSTRIA ET SOLERTIA PERITISSIME ADMINISTRATAM  
 BENIGNITATE ET DILIGENTIA MAXIMA PVLCHERRIME DEMONSTRAM  
 ALVITERNAE MEMORIAE HOC GRATI ANIMI MONIMEN ELL. ET SYN. LL. Q PP  
 IACOBO ARCHIDIACONO CREMONENSI  
 ANTONIO TONELIO EXCARTOCETO FANENSI  
 JOANNE FIAMBERTO GENVENSIS  
 ANNVENT PRIORITY.

Flamínio Rota, falecido em 1611, é homenageado, não em uma, mas em duas placas, colocadas à direita e à esquerda da porta do Anfiteatro já descrito. Diz a da direita:

H. M. M. Æ

PRAECLARISS: FLAMINEO ROTAE PHIL. ET MED: D - INGENIOSISS.

ORDINARIAE ANATOMES PERSPICASS. INVESTIGATORI

STRVCTORIQ. SOLERTISS. MVNERE EGREGIE PERFVNCTO

ELECTORES SYNDICI AC PHILISOPH. ET MEDIC. CONSILIARI

GRATI ANIMI ERGO P. CC.

GLORIA VIRTVTIS MERCES AC FAMA PERENNIS,

PARTAQ PRO MERITIS PROEMIA IVSTVS HONOS.

HAEC ROTA IVRE TIBI DELATA FATENTVR ALVMNI  
 DOCTRINAE, HIC TESTIS TEMPVS IN OMNE LAPIS.

TV COI MONVMENTA SENIS, TV SCRIPTA GALENI

SIC APERIS SENSVSQ. ERVIS ANATOMES;

VT CEDAT TIBI PHILLYRIDES, DOCTVS Q MACHAON.

VT CEDAT MEDICA QVISQVIS INARTE VALET.

A. S. H CIO. IO XC. XIII KL. MAR.

A da esquerda reza :

EIDEM FLAMINIO ROTAE  
 VIRO DOCTISSIMO SOLERTISSIMO ELOQVENTISSIMO  
 QUO ANATOMEN PVBLICE ADMINISTRANTE  
 QVOD IAM DIV. QVOTANNIS  
 SVMMA CVM SVI LAVDE DISSENTIVM Q. VUTILITATE  
 DOCENDO DICERENDO INCIDENDO PERFECIT  
 IPSAM DE SE LOQVI NATVRAM  
 NATURAEQ. MINISTRAM ARTEM MEDICAM  
 FACILE EXISTIMES  
 AVSPICE ILLVSTRISSIMO D. IO. DOMINICO SPINVLA  
 RECTORE GENERALI  
 LAPIS POSITVS

A Angelo Michele Sacchi (Senior) foi dedicada uma outra lápide que se vê sôbre uma porta à esquerda do Teatro Anatómico, ornada com escudos escolares de pequenas dimensões:

D. O. M.  
 ANGELO MICHAELL SACCHIO BONON:  
 PHIL. AC MEDIC. DOCT. CELEBERRIMO  
 IN. USQ. (?) TRACTANDIS PRESTANTISSIMO  
 ANATOMES PROFESS. EXAMINATORIQ. SOLERTISS.  
 HOC QVASI VIRTVTIS MVNVS  
 HONORIS AMORISQ. IN PVBLICVM LECTOREM  
 SPECIEM  
 STVDIOSA IVVENTVS P. C. A. D. CIDIICHI  
 D. TITO BOSIO REGINSE PRIORE  
 D. IO. BARANZONIO MVTINEN  
 D. IACOBO SORBOLO BAGNACABAL } PRAFSTD. (?)  
 PROCVRANTE D. NESTORE CANTUTO MVTINEN. VICEPRIORE

A de Fabricio Bartoletto (Bologna) apresenta-se mais ornada. Ao alto, um brasão, talvez o seu, sustentado por festões, que dois anjos meninos seguram, os quais rematam de ambos os lados, uma coluna vertical; a meio de cada, uma figura de mulher alegórica; sob a lápide, outro brasão que encima outra placa, encerrando os nomes dos que prestaram aquela homenagem; a superior diz:

D. O. M.

FABRITIO BARTOLETTO BONON.

INGENIE ACIE ET INDVSTRIA PERSPICVO,

QVI

INSIGNI IN LOGICA ACVMINE,

SOLIDA IN PHILOSOPHIA PERSPICVITATE

SOLERTI IN CHIRVURGIAE EXPERIETIA

RARA IN ANATOME DOMI FORISQ. CELEBRATA DEXTERITATE

ROTVNDA IN MEDICINA THEORICA FACILITATE

METHODICA IN PRATICA ORDIN. TRADITIONE

ELOQVENDO ET SCRIBENDO

MVSAS COLVIT

GYMNASIV IVVIT

PATRIAM ILLVSTRAVIT

HOC GRATI ANIM TROPHAEUM OEVITERNAE MEMORIAE

VTRAQ VNIVERSITAS PHIL. ET MED.

M DC XXIV

STRATVIT

A Giambattista Cortesi, também boniense, existe esta memória, pintada no tecto do primeiro lanço de escadas que à esquerda do claustro baixo conduzem às galerias superiores:

IO: BAP: CORTESIO. BONGNIENSE. MEDIDO

CHIRVURGIAE. PROFESSORI. CLARISSIMO. QVI. DVM. IN. ADMINISTRANDA.

PVBLICE. ANATOME. MIRAS. INGENII. IVDICII. FLOQVENTIAE

OPES. EXPLICARET. SVMMA DEXTRITATE AC. PERITIA. PARTES.

HVMANI CORPORIS. DISSECCARET LATINE OMNES. GRAECE. ARABICE.

INCREPIBILI. MEMORIAE. VI. INDIGITANDO. PROPOSITA. ETIAM. IN.

FREQVENTISSIMA. AVDITOBVM. CORONA. A. CELEBERRIMIS. VIRIS. PRO:

BLEMATA. OBIECTAQ. ARGVMENTA. EX. TEMPORÈ. ITA. SOLVERET.

VT. EIVS. RESPONSA. TANQVAM. ORACVLA. AB. IPSO. MICROCOSMI.

OPIFICE. EDITA. EXCIPERENTVR. MEDICINAE. ETIAM CANDIDATOS.

PRIVATIS. OSPENSIONIBVS. HVMANISSIME. OBEVNDIS. MIRIFICE. DEVNXIT.

HOC. GRATI: IN. EVM. ANIMI. MNEMOSYNON. EL. ED. SYD. M. L. L.

Q. P. P. ANNVENTIBVS. ILLVSTRIB. D. D. M. ANTONIO. AVRELIANO.

VICENTINO. PRIORE. ET. FRANCISCO. BRVSCO. MANTVANO. ET. ALEX.

VOSIO. PARMENSE. PRAESIDENTIBVS.

CID. IO. XCVII. FEBRVAR.

Por estas legendas se ficam conhecendo as suas extraordinárias faculdades, não negadas pelos admiradores.

Como se vê, Cortesio era eminente nas lições públicas que realizava e não lhe regateiam elogios os admiradores discípulos!

Segue a placa encomiástica dos dois Moratoris, Francesco e Achillini:

FRANCISCO ATQ. ACHILLI  
DE MORATORIIS  
IN PHILOSOPH. MED. ET ANATOME  
EXIMIIS VIRES  
FAMA EXPANDIT  
QVIDQVID AEVUM OBDYXERAT  
ROBERTUS MORATORIUS  
PHIL. ET MED. LECTOR... ?  
REPARATO MONUMENTO PRIMO  
HIC POSITO ANNO 1606  
MAJORIB. SVIS OBSEQVITUR  
.....?.....  
.....?.....

Encontra-se esta lápide ao fundo da galeria direita do claustro baixo, sobre a última porta aberta na parede da mesma. Repousa sobre um fundo alegórico, cujo motivo é constituído por uma figura de velho, amparando uma donzela; aos lados, cortinas largas, soerguidas por duas figuras. Esta composição está assinada: THERESIA DE MORATORIYS PINXIT. Roberto Moratorius restaurou, em 1706, a lápide consagrada a seus maiores, ali posta em 1606.

Joannen Antoninum Godium é lembrado numa lápide colocada acima de outra, dedicada ao grande Valsava. As de Sbaraglia, Godium, Valsalva e Malpighi estão perto umas das outras, na parede da galeria esquerda do claustro alto.

Eis a de Godium:

D. O. M.

QVOD

DISSECA SECRETTORIS ANATOMES PRAECORDIA LABYRINTAEOSQ.  
RECESSVS, FIDELIBVS SVBIECERIT OCVLIS, ET NON DVIBIO INHANTIS  
IVVENTAE TACTVI EXTRICAVERIT

QVOD  
 MANV FACILLIMA, LENISSIMISQ. MODELIS POPVLATOS HVMANI CORPORIS  
 ARTVS ATTRECTADI, INQ. PRESTINÁ AC DECORE RESTITVEDI  
 CERTAM NORMAM MONSTRAVERIT,  
 JOANNEM ANTONIVM GODIVM BONONIENSE  
 INGENIO, ARTE, DOCTRINA, ELOQVIO, AEVI SVI PHILOSOPHIS, AC  
 MEDICIS OMNIBVS PAREM,  
 VTRAQ. ARTIST VNIVERS HOC ANIMI GRATI MONVMENTO  
 VENERTATVR  
 ANNO REDEMPTI ORBIS M<sup>D</sup>CXXXIII MENSE DECEMB.  
 PERILL { D. TOMATVSCO MVTINEM. PRIORE  
 { D. PETRO PETRINCHICH DANIEO  
 { D. PHILIPPO GAMBHRELLA MONDVLF. } PRESIO

Entre a lápide a Godium e a dedicada a Valsalva, existe um medalhão de mármore representando o busto deste último anatomista.

(Continua).

## Faculdades de Medicina

### De Coimbra

O Prof. Alvaro de Novais e Sousa pediu a sua exoneração do cargo de director dos Hospitais da Universidade. Para o substituir foi nomeado o Prof. Angelo da Fonseca.

### De Lisboa

Os Drs. Borges de Sousa e Reinaldo dos Santos foram nomeados professores, respectivamente, de Oftalmologia e de Urologia da Faculdade de Medicina.

## Escola Médica de Nova Goa

Vai ocupar o cargo de professor auxiliar da Escola Médica de Nova Goa, o Dr. António Carneiro de Sousa e Faro.

### Assistência Nacional aos Tuberculosos

Funciona já o Dispensário Miguel Bombarda, situado na dependência do Asilo dos Velhos de Campolide.

Á inauguração assistiu o Prof. Lopo de Carvalho, presidente da Comissão Executiva da Assistência, que deu a posse ao director do Dispensário, Dr. Simões Ferreira.

Prestam serviço neste estabelecimento os Drs. Mac Bride, Almeida de Eça e João Valente.

### Missões de estudo

O Prof. Elísio de Moura, da Faculdade de Medicina de Coimbra, foi autorizado a realizar uma viagem de estudo a Espanha, França, Bélgica e Holanda e a representar a Faculdade no Congresso Belga de Neurologia e Psiquiatria.

— Também o Prof. Carlos de Melo foi estudar, no estrangeiro, os progressos da sua especialidade.

— O Dr. Francisco Formigal Luzes, chefe de serviço de agentes físicos do Hospital Escolar de Lisboa, visitará, em missão de estudo, os principais centros de fisioterapia de Espanha, França e Inglaterra e apresentará um trabalho científico no Congresso de Cirurgia Francês.

— O Dr. Mendes Dórdio, director do Sanatório Marítimo do Outão, foi encarregado de visitar a Espanha, França, Itália, Suíça, Bélgica e Alemanha.

— O assistente do serviço clínico da especialidade de oto-rino-larinjologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Dr. Carlos Larroudé Gomes, foi visitar os serviços hospitalares da Bélgica.

### Saúde das colónias

O coronel-médico Dr. António do Nascimento Leitão assumiu o cargo de chefe do serviço de saúde de Macau.

— Abriu-se, em Timor, um crédito extraordinário de \$15.000.00 a-fim-de

fazer face às despesas com o combate das epidemias gripal e de meningite cérebro-espinhal, que assolam aquela colónia.

— Prosseguem, na Guiné, os trabalhos sôbre a doença do sono, dirigidos pela missão da Escola de Medicina Tropical, que tem colhido numerosas preparações.

### Saúde do exército

O Hospital militar principal do Pôrto terá como sub-director o tenente-coronel médico Dr. Joaquim Ferraz Júnior.

### Saúde naval

O pessoal superior do serviço de saúde da Armada sofreu a movimentação seguinte: são exonerados os capitães de mar e guerra médicos Drs. Henrique Carlos Rodrigues, António de Freitas Monteiro e António Augusto Fernandes, dos cargos, respectivamente, de inspector de saúde naval, director do Hospital de Marinha e chefe de repartição dos serviços de saúde da Armada; os capitães de fragata do mesmo quadro Drs. João Duarte da Silveira, Raúl Carmo Pacheco e José Coelho de Montalvão dos cargos, respectivamente, de sub-chefe da repartição dos serviços de saúde da Armada, sub-director do Hospital da Marinha e de director dos serviços de saúde do Arsenal.

São nomeados para os cargos de inspector de saúde naval, director do hospital da Marinha e chefe de repartição dos serviços de saúde da Armada, sub-chefe da mesma repartição, sub-director daquele hospital e director dos serviços de saúde do Arsenal, respectivamente, os capitães de mar e guerra médicos Drs. Freitas Monteiro, António Augusto Fernandes, Soares de Medeiros, capitão-tenente médico Dr. Júlio Gonçalves e capitães de fragata médicos Drs. Coelho de Montalvão e Duarte da Silveira.

— O capitão de fragata médico, Dr. José Soares de Carvalho Medeiros, foi exonerado do cargo de vogal da Junta Autónoma do novo Arsenal, no Alfeite, o qual foi ocupado pelo capitão-tenente médico Dr. Fernando Dantas Barbeitos.

— Publicou-se a exoneração do capitão-tenente médico Dr. Júlio Gonçalves do cargo de encarregado da clínica de estomatologia do Hospital da Marinha.

— O 2.º tenente médico Dr. Manuel de Almeida Amaral foi ocupar o cargo de chefe dos serviços de saúde do departamento marítimo do Norte.

— Realizaram-se durante o mês de Setembro as provas para o concurso de médico da Armada, no pôsto de 2.º tenente. Ficou classificado em 1.º lugar o Dr. Galvão Rocha.

— Abriu-se concurso, entre os médicos da Armada, para o preenchimento da vaga da especialidade de neurologia e psiquiatria do Hospital da Marinha.

— O capitão de fragata médico Dr. Soares de Medeiros foi substituir o capitão de mar e guerra médico Dr. António Augusto Fernandes no cargo de vogal da junta de inspecção de aptidão física da Armada.

### Título de médico especialista

Publicou-se um decreto pelo qual se determina que o título de especialista só poderá ser usado pelos médicos que, depois de concluída a licenciatura em medicina, freqüentem com aproveitamento, durante três anos de estágio, serviços da respectiva especialidade. Os diplomas correspondentes serão passados pelas Faculdades de Medicina.

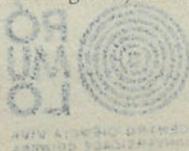
Pouco depois da publicação dêste decreto a Associação dos Médicos Portugueses dirigiu uma representação ao ministro da Instrução em que pedia a sua suspensão até que seja feito um demorado estudo, a-fim-de não lesar interesses criados. Segundo êste decreto a *cirurgia geral* constitui uma especialidade que os licenciados e os doutores em «*medicina e cirurgia*» não poderão exercer.

### Prof. Ricardo Jorge

O Prof. Ricardo Jorge tomou parte, por expresso convite, no Congresso de História da Medicina, em Bucarest, e no de Higiene do Mediterrâneo, em Marselha, nos quais fêz diferentes conferências.

### Prof. Aires Kopke

O Prof. Aires Kopke, director da Escola de Medicina Tropical, representou o nosso país no Congresso de Higiene, de Marselha.



### Necrologia

Faleceram: em Nelas (Viseu), o Dr. Abel Pais Cabral; em Beja, o Dr. António Marques da Costa, coronel médico e antigo director dos Hospitais Militares de Belém e da Estrêla; no Barreiro, o Dr. Francisco Dias Nogueira; e, em Lisboa, os Drs. Júlio Leiria Pinto e Luís Solano.

*Do estrangeiro:* Faleceram, em Inusbruck, o Prof. Haberlandt, fisiologista de grande nomeada, conhecido pelas suas investigações sobre fisiologia do coração; em Liège, o Prof. Henrigèan, notável fisiologista; em Santiago (Chile), o Prof. R. Kraus, director do Instituto de Bacteriologia de Viena; em Paris, o Prof. Maurice Nicolle, do Instituto Pasteur.



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



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



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos

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

**PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.  
Crianças:  $\frac{1}{2}$  dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA  
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

**TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES**

**PELA INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

**Rua da Palma, 240-246 — LISBOA**

# ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Aluocol  
Analgesico, anti-infeccioso, anti-termico  
1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco  
de água assucarada; 4 a 6 vezes por dia

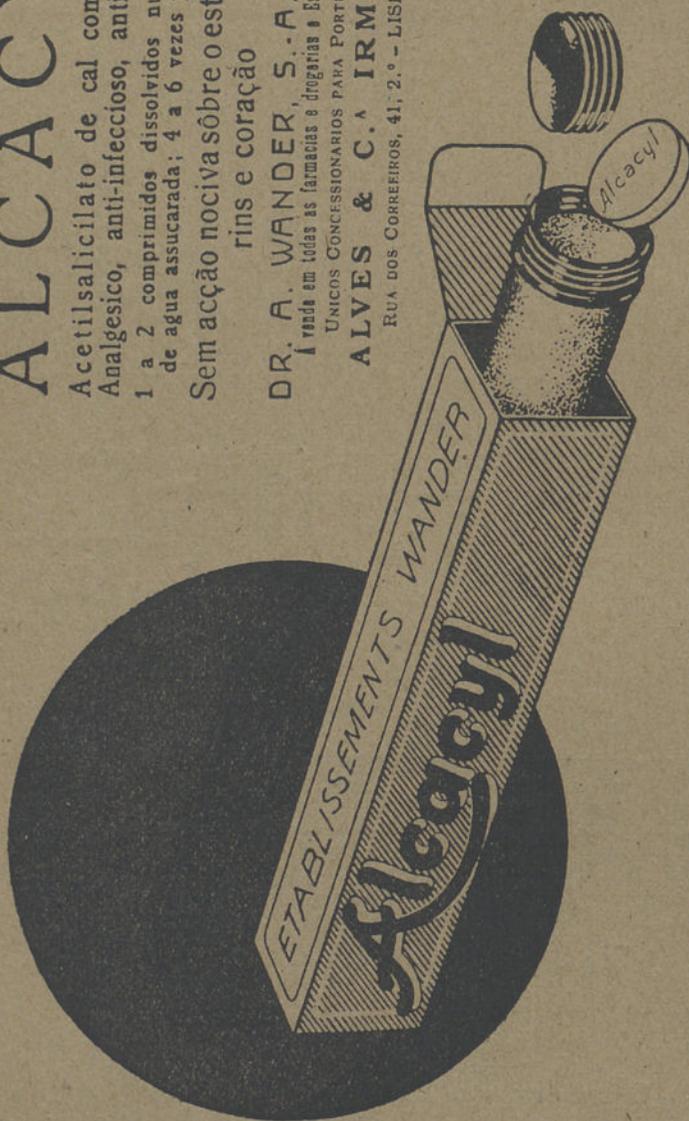
Sem acção nociva sobre o estomago,  
rins e coração

DR. A. WANDER, S.-A., PERNE  
vende em todas as farmacias e drogerias e Esc. 14300

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C.ª IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



# ALCACYL WANDER

Sala  
Est.  
Tab  
N.º