



Ano X

N.º 11

Novembro 1933

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

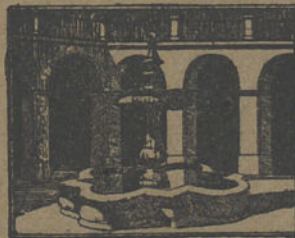
*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

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

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

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

DOCTOR:

NO CASO EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O



Phosphorrenal

ROBERT
NA SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO
ROBERT

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

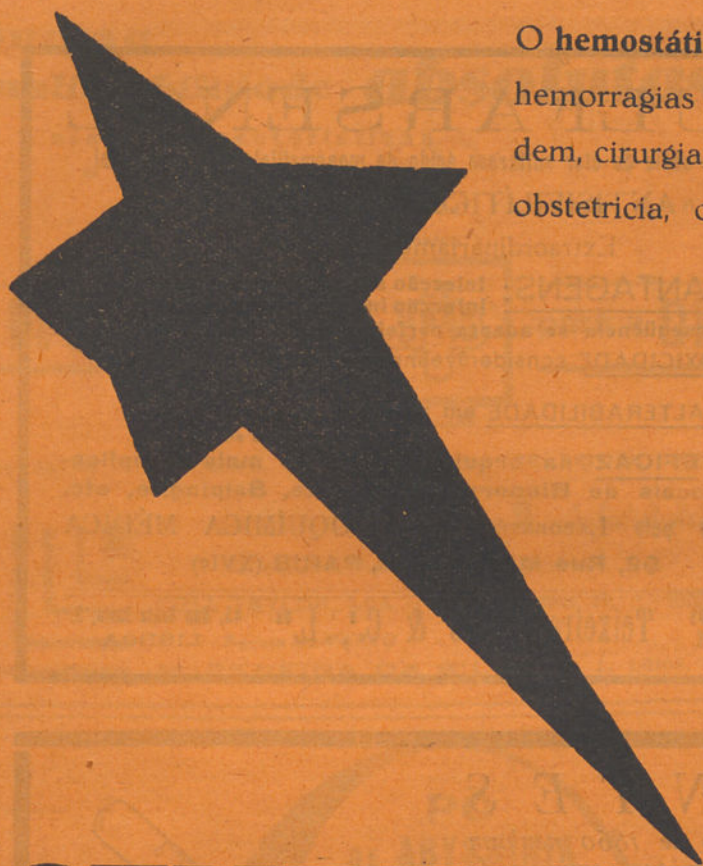
240, Rua da Palma,

Sala B

Est. 3

Tab. 2

N.º 11



O **hemostático** ideal para hemorragias de toda a ordem, cirurgia, ginecologia, obstetria, otologia, etc.

STYPTICINA

(Cloridrato de cotarnina)

MERCK

Principalmente as hemorragias uterinas são sustadas pela
STYPTICINA
com extrema rapidez.

Embalagens: Stypticina em grageias de 0,05 gr. Tubos de 20 grageias.
Stypticina em ampólas de 1 c.c. : 10%. Caixas com 5 ampólas.
Stypticina em substância para receitas.

Peçam amostras e literatura a:

E. Merck-Darmstadt
Secção Científica Lisboa
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

Representantes:

Estabelecimentos Herold Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

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^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

A N T E S

do ano de 1860 nenhum Termómetro empregado para fins médicos possuía a acção «máxima», quer dizer que nenhum tinha a coluna de mercúrio mantida fixa á temperatura máxima do doente.



FOI

no ano seguinte que a firma

**NEGRETTI
& ZAMBRA**

poz em prática a sua grande invenção da coluna fixa á temperatura do enfermo, sem o qual o termómetro clínico não seria o instrumento indispensável que é hoje.

Vendem todas as boas farmácias do país.

Fabricantes :

NEGRETTI & ZAMBRA
38, Holborn Viaduct Londres

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

eis as 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 d'este produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, .º — LISBOA — TELE | F. 21476
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito eficaz contra a

ASTHMA**Catarrho — Oppressão**todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exitto. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o

8, Rue Dombasle, 8

PARIS

E BOAS PHARMACIAS

Salvitaes

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalização.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.

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

Agentes em Portugal:

Simenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



BANANINA

O ALIMENTO QUE OS
MÉDICOS RECOMENDAM



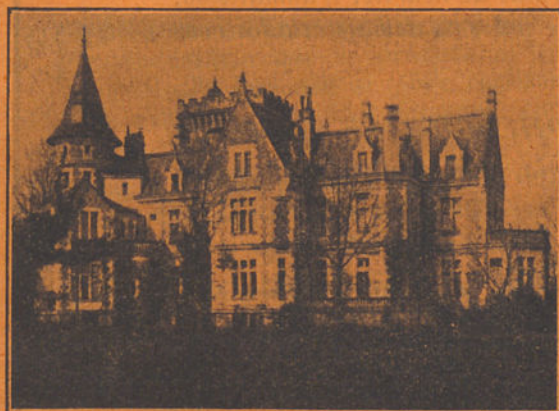
AQUELE QUE OS
BÉBÉS PREFEREM

CHATEAU DE PREVILLE—ORTHEZ

Próximo de Pau (Baixos Pirineos)

Casa de tratamentos, Repouso e Regimens

T. 52



Dr. Marcel DHERS,
director

Afecções do Sistema Nervoso, Perturbações orgânicas e funcionais.

Curas de desintoxicações

Convalescências

Electo-Radiologia
Hidroterapia

Mecanoterapia
Psicoterapia

Instalações luxuosas e confortáveis, no meio de um parque com doze hectares, nas proximidades de Pau e Biarritz, sob um ceu "bearnais" e um clima reputado.

Dão-se informações a quem as pedir

ANTIPHLOGISTINE

COMO UM ADJUVANTE EM

PHYSIOTHERAPIA

O emprego da diatermia para o alívio de dores é uma das medidas de maior êxito na terapêutica moderna. O seu efeito é encarecido e prolongado pela aplicação de ANTIPHLOGISTINE.

Esta, pelo o seu conteúdo de glicerina, produz efeito calmante; pela sua osmose, absorve os exudatos, e pela sua plasticidade, que promove repouso e bem estar, a ANTIPHLOGISTINE é o adjuvante ideal na terapêutica térmica das várias formas de neurite, traumatismo, sciática, e todos os demais estados reumáticos.

A ANTIPHLOGISTINE não substitui a diatermia, pelo contrário, coordena com ela.

Para amostra e literatura escreva à

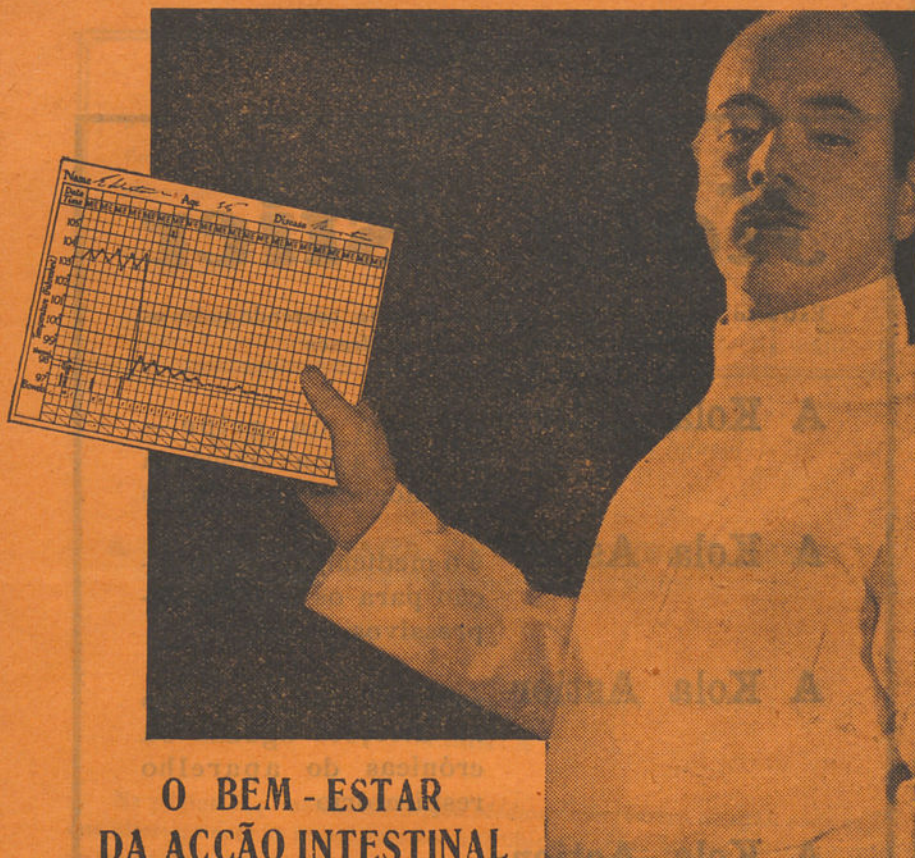
The Denver Chemical Mfg. Co.,

Nova York

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodré, 8, 1.º

LISBOA



O BEM-ESTAR DA ACÇÃO INTESTINAL

“PARA um movimento intestinal fácil, completo e cómodo, é necessário que se produza as contracções naturais do cólon”. Isto não se pôde realizar com laxantes, porque causam evacuações líquidas forçadas, com irritação do intestino e esgotamento dos seus músculos.

Para se obter pela peristalsis normal uma acção intestinal apreciável, é necessário o uso do ‘Petrolagar’ que prevendo a massa fecal dum líquido inabsorvível, dá a esta a consistência precisa.

Afim de fornecer à terapêutica uma forma mais adequada a cada caso clínico, o ‘Petrolagar’, que contém 65% de parafina medicinal emulsionada, é apresentada em duas variedades: N.º 1, Simplex e N.º 2, com Fenolftaleína.

‘Petrolagar’

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16.

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA

Kola Astier

Extracto completo, rigorosamente doseado, contendo todos os princípios activos da noz fresca

A Kola Astier soberana na gripe —
abrevia a convalescência
das doenças infecciosas

A Kola Astier é o medicamento de eleição
para os estados depressivos

A Kola Astier está indicada em todas
as afecções agudas ou
crónicas do aparelho
respiratório

A Kola Astier estimula o sistema nervoso,
desperta as faculdades intelectuais,
combate o *surmenage*

A Kola Astier tonifica a energia, regularisa o ritmo cardíaco

DOSE MÉDIA: 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche
P A R I S

Literatura e Amostras:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. da Palma, 240-246
L I S B O A



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A dieta de maçã crua no tratamento das diarreias infantis</i> , por Cordeiro Ferreira	Pág.	655
<i>Vacinação antidiférica pela anatoxina de Ramon e pelo toxóide de Löwenstein</i> , por Antunes de Azevedo.....	»	667
<i>Sóbre a osteogénese imperfeita</i> , por Silva Nunes.....	»	674

Notas clínicas

<i>Do emprêgo da bananina na alimentação dos lactantes</i> , por Dr. ^a Sara Benóiel.....	»	691
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	695
<i>Notícias & Informaçoes</i>	»	LXIII

Hospital Estefânia — Serviço de Medicina Infantil
(Director : Dr. Leite Lage)

A DIETA DE MAÇÃ CRUA NO TRATAMENTO DAS DIARREIAS INFANTIS

ERRATA

Na página 544 linha 12 da *Lisboa Médica* de Setembro de 1933, onde se lê que ulteriormente se transforma em bilirubina, deve-se ler que ulteriormente se transforma em urobilina.

crus, no tratamento das diarreias infantis, não resta, contudo, dúvida que a acção das maçãs cruas é, nesses casos, duma eficácia notável.

Foi inicialmente empregado êste processo pelas classes populares da Alemanha; no Sanatório de Crianças, em Koenigfield, uma freira, a irmã Frieda Kleensch, usava sistemáticamente as maçãs cruas no tratamento das diarreias das crianças; os seus bons resultados foram constatados por um médico de Koenigfield, Heisler, que começou, desde 1910, a experimentá-lo com êxito, dando, durante alguns dias, maçãs cruas a adultos e crianças so-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Kola Astier

Extracto completo, rigorosamente doseado, contendo todos os princípios activos da noz fresca

A Kola Astier soberana na gripe —
abrevia a convalescença
das doenças infecciosas

A Kola Astier é o medicamento de eleição para os estados de

DOSE MÉDIA: 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche
PARIS

Literatura e Amostras:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. da Palma, 240-246
LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A dieta de maçã crua no tratamento das diarreias infantis</i> , por Cordeiro Ferreira	Pág.	655
<i>Vacinação antidipterica pela analoxina de Ramon e pelo toxóide de Löwenstein</i> , por Antunes de Azevedo.....	»	667
<i>Sôbre a osteogênese imperfecta</i> , por Silva Nunes.....	»	674

Notas clínicas

<i>Do emprêgo da bananina na alimentação dos lactantes</i> , por Dr. ^a Sôcia Benoiel.....	»	691
--	---	-----

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	695
<i>Notícias & Informaçôes</i>	»	LXIII

Hospital Estefânia — Serviço de Medicina Infantil
(Director : Dr. Leite Lage)

A DIETA DE MAÇÃ CRUA NO TRATAMENTO DAS DIARREIAS INFANTIS

POR

CORDEIRO FERREIRA
Médico Pediatra dos Hospitais

A terapêutica das diarreias infantis, quer sejam estas de natureza infecciosa ou alimentar, agudas ou crónicas, acaba de se enriquecer com uma nova arma, que me parece deva ser definitivamente aceite, haja em vista os resultados, por vezes surpreendentes, obtidos por todos os autores, sem discrepância, que a têm experimentado.

Na verdade, embora pareça um pouco estranho que se possa obter efeitos terapêuticos apreciáveis com o emprêgo de frutos crus, no tratamento das diarreias infantis, não resta, contudo, dúvida que a acção das maçãs cruas é, nesses casos, duma efficacia notável.

Foi inicialmente empregado êste processo pelas classes populares da Alemanha; no Sanatório de Crianças, em Koenigfield, uma freira, a irmã Frieda Kleensch, usava sistematicamente as maçãs cruas no tratamento das diarreias das crianças; os seus bons resultados foram constatados por um médico de Koenigfield, Heisler, que começou, desde 1910, a experimentá-lo com êxito, dando, durante alguns dias, maçãs cruas a adultos e crianças so-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

frendo de diarreias vulgares e mesmo de disenteria. Estes resultados foram levados ao Congresso Internacional de Pediatria, em 1930.

Outros médicos, isoladamente, aplicaram o método, quer usando exclusivamente maçãs, quer mesmo outras frutas, com apreciável êxito, mas foi principalmente Moro quem, há cêrca de três anos, lançou êste processo terapêutico, apresentando excelentes resultados obtidos em cêrca de cinqüenta e duas crianças, que sofriam de diarreias agudas e crônicas e de disenteria; as idades das crianças estavam compreendidas entre três meses e dez anos.

Simultâneamente com Heisler, o Prof. Kohlbrugge, da Holanda, tratou uma epidemia de diarreia, em 1911, com frutos crus, dando mesmo aos adultos salada de pepino; êste tratamento, segundo o autor, deu-lhe ocasião de salvar muitas vidas.

O Prof. Feer, de Zurich, usa, desde 1926, o regímen de frutas no tratamento das inflamações agudas dos intestinos e na doença coeliaca; estes frutos crus, ricos em vitaminas, são especialmente bananas, laranjas e maçãs. Fanconi, seu assistente, também usa conjuntamente, no tratamento das diarreias, bananas e maçãs, mas dá a preferência àquelas; às crianças mais robustas mantém-nas, sistematicamente, a fruta, durante dois a três dias, e depois associa-lhe *babeurre*, hortaliças, etc.; às mais fracas junta, logo no segundo dia, o *babeurre*.

Popoviciu (de Cluj) empregou êste sistema em vinte e cinco casos de diarreia parenteral, dos quais catorze lactantes, sendo um de nove semanas, e onze crianças de um a três anos; os seus resultados confirmam a eficácia e a rapidez dêste tratamento. Em sua opinião, êste regímen é particularmente indicado como forma de luta contra a infecção grave do intestino delgado, que acompanha as perturbações parenterais.

Na clínica infantil da Universidade de Etienne Batory, em Vilno, M.^{me} Kaulbersz-Marynowska applicou a dieta de maçã, no tratamento das diarreias infantis agudas e crônicas, em cinqüenta e oito crianças de menos de quinze meses e em seis, mais velhas; tratava-se, sobretudo, de inflamações do intestino grosso, agudas e crônicas e de dispepsias; exceptuou os estados de intoxicação; as crianças mais novas eram, respectivamente, de três meses e meio e de quatro meses. Nesses cinqüenta e oito lac-

tantes, tratados com a dieta de maçã, a autora obtém, em cinquenta e seis, uma notável melhoria, aparecendo fezes formadas logo ao fim das primeiras vinte e quatro horas; as mucosidades diminuíam e a cura era completa ao fim de dois dias.

Biruberg apresenta, no seu trabalho, o resultado do tratamento em cerca de setenta casos de tipos diferentes de diarreia, com a dieta de maçãs cruas; foi excelente esse resultado em 88 % dos doentes; alguns fracassos foram devidos à falta de cooperação da família ou do próprio doente. Em todos os doentes que tinham febre elevada o mesmo autor constatou a notável acção das maçãs sobre a temperatura; em alguns, a baixa deu-se logo ao fim de doze horas; em outros, só se deu mais tarde, sendo o máximo noventa horas. As fezes, nos casos de dispepsia ou de colite, eram modificadas ao fim de vinte e quatro horas, chegando, em alguns casos, a modificar-se logo ao fim de quatro horas; o tempo mais longo para a formação das fezes foi de quarenta e oito horas, ficando a média nas vinte e quatro horas; o número de dejectões também era consideravelmente reduzido dentro das primeiras vinte e quatro horas. Nas fezes muco-sanguíneas, o sangue e o pus desaparecem rapidamente e o muco, embora demorando um pouco mais, era, no entanto, logo de início, fortemente reduzido, desaparecendo por completo ao fim de cinquenta horas; as dores eram igualmente atenuadas com brevidade e os sintomas tóxicos que existiam em alguns dos casos também foram favoravelmente influenciados.

Wolf, que tratou cento e dezóito casos de diarreias agudas, obteve 100 % de curas; mesmo nos casos de doença coeliaca considera como o melhor tratamento o emprêgo de maçãs cruas; evidentemente que os resultados não são nem tão rápidos nem tão brilhantes, mas, com a continuação, associado a outros alimentos ricos em vitaminas, obtém-se um sucesso mais breve do que com qualquer outro método.

Embora tivesse sido Heisler o primeiro médico a verificar os óptimos resultados obtidos com o emprêgo das maçãs cruas, empíricamente usado pelo povo do ducado de Bade, é na verdade a Moro que se devem os primeiros estudos detalhados do método, as indicações, a posologia e os fundamentos científicos deste antigo remédio popular; foi êle que pôs o assunto em dia, como o declarou o próprio Heisler, e Wolf, ao apresentar as

conclusões já referidas, chamou a esta terapêutica a dieta de Moro.

A técnica fixada por Moro é bem simples. Aconselha maçãs bem maduras, moles, descascadas, desembaraçadas das pedras e dos seus invólucros e raladas num ralador de vidro ou esmagadas de forma a ficarem em papa. Dividem-se as refeições em cinco por dia; em cada refeição dá-se cerca de 100 a 300 gramas, conforme a idade e o apetite da criança, num total de 500 a 1.500 gramas por dia, o que corresponde a cerca de sete a vinte maçãs de tamanho regular, e é o suficiente para atender às necessidades nutritivas e hídricas durante o período da dieta. Este alimento é dado sem dieta hídrica prévia, sem qualquer medicamento ou agente terapêutico e exclusivamente durante dois dias; apenas água ou chá ligeiro podem ser adicionados; em casos de intoxicação, aplicam-se injeções de Ringer ou soro glucosado. O açúcar é proscrito, apenas se adoça com sacarina; ao fim de dois dias faz-se o regime de transição; Wolf tem tido, por vezes, necessidade de adiar por mais dois ou três dias o regime de transição; este é, em geral, feito com a adição, à dieta, de chá, cacau, caldo sem gordura, papas, puré de batata, *babeurre*, leite albuminoso, etc.

Esta técnica, seguida e aconselhada por Moro, é modificada por alguns autores. Heisler diz que não há vantagem no emprego de maçãs maduras, pois que, à falta delas, tem usado maçãs verdes e azêdas, e, mesmo assim, obtém magníficos resultados, ainda mesmo em casos muito graves; também não as descasca. Popoviciu, tem feito como Heisler e usa um puré de maçã não descascada nem madura; para o poder dar aos mais pequenos e aos lactantes dilui esse puré em cerca de 200 ou 300 gramas de solução de Ringer ou em 500 a 700 gramas de chá ligeiro. Este autor não encontrou grande diminuição de peso nos lactantes assim tratados.

Biruberg usa, durante quarenta e oito horas, exclusivamente maçãs moles e maduras, raspadas ou reduzidas a pulpa e dá, de hora a hora, uma a duas colheres das de sopa; a quantidade varia, mas a média dada nos dois dias anda por trinta colheres de sopa; quando a maçã é recusada pela sua acidez, junta-lhe açúcar; os líquidos são administrados nos casos tóxicos ou quando insistentemente reclamados; associa, por vezes, à dieta, bananas, o que a

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:

Simenex-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



LISBOA MÉDICA

renéjac

Gardénal

FENIL ETIL MALONILUREIA

EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS
a 0 gr 10. 0 gr 05 0 gr 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS. 3^{ÈME}

torna mais bem aceite pelas crianças. Depois de quarenta e oito horas desta alimentação, substituiu-a por outra transitória, também por quarenta e oito horas e consistindo em caldos de farinha sem leite, cacau, pão torrado, mólho de bife, bananas, aveia, batatas e bife raspado; os resultados obtidos foram, como já vimos, excelentes em trinta e oito casos de enterite, vinte de dispepsia parenteral, sete de dispepsia alimentar e cinco de colite subaguda.

M.^{me} Kaulbersz-Marynowska segue mais ou menos a técnica de Moro, mas passa a maçã num passador de rêde, dando dessa pulpa 300 a 600 gramas, o que equivale a 178 a 336 calorias; aos lactantes dá sumo extraído da pulpa, na mesma quantidade que a pulpa; com 600 gramas de maçãs não descascadas obtém 400 gramas de pulpa e 300 gramas de sumo; como bebida, adiciona chá ou Ringer; não emprega açúcar, pois êste dá resultados inferiores; ao segundo dia, junta 100 a 300 gramas de *babeurre*, alternadamente com a maçã; ao quarto dia passa lentamente à alimentação ordinária.

Há sempre vantagem em fazer esta cura nos primeiros dias da doença, mas os resultados são sempre bons, mesmo quando se emprega num período já adiantado.

Se os resultados são excelentes, e nisso todos os autores estão de acôrdo, as recaídas raras, e se até à data não tem havido quaisquer factos graves que se possam attribuir à dieta de maçãs, encontra-se, por vezes, dificuldade em se aplicar a dieta, ou por falta de maçãs, pelo seu sabor azêdo, pela côr desagradável que por oxidação toma por vezes o puré de maçãs, pela grande quantidade de pulpa a administrar, sobretudo quando é desfeita em chá ou Ringer, e, ainda, pela desconfiança e receio das famílias, surpreendidas por um tratamento aparentemente tão estranho, habituadas como estão a ver proscrever quaisquer frutas nas perturbações gastro-intestinais.

Wiscott, um dos autores que mais tem aplicado a dieta de Moro e que tem constatado os seus admiráveis efeitos, quer nas perturbações dispépticas agudas, quer nas perturbações gastro-intestinais de origem parentérica, tanto na primeira infância como em crianças maiores, reconhece que, por vezes, a sua aplicação é difficil e êle próprio aponta, além de alguns dos inconvenientes que acabamos de referir, a difficuldade de realimen-

tação, porventura agravamentos que sobrevenham neste período e a falta de *contrôle* da qualidade e da dose das maçãs empregadas.

Para se poder generalizar a dieta de Moro seria necessário atender a essa série de pequenas dificuldades, e obter um preparado que, possuindo as qualidades terapêuticas da maçã, fôsse de fácil administração, de gôsto agradável e que a sua maneira de preparar tornasse acessível aos lactantes o benefício já provado da mesma dieta. Para isso Wiscott fêz preparar, pela «Krause Medica Gesellschaft, Munchen», um produto a que foi dado o nome comercial de Aplona e que satisfaz por completo a todos os requisitos apontados. É obtido mediante dessecação no vácuo, a baixa temperatura, de maçãs não descascadas, cortadas em bocados muito pequenos; representa dez vezes o seu peso de maçãs frescas; o seu valor nutritivo corresponde a 600 calorias por 100 gramas. Tem uma côr amarelo-acastanhada, o cheiro e o sabor agradáveis. A Aplona, para ser empregada, é adicionada de líquido: água tépida, chá ou qualquer cozimento de arroz ou de aveia; a temperatura do líquido não deve exceder cinqüenta graus e a proporção é de 4 gramas de Aplona, ou seja uma colher de chá para 100 gramas de líquido; a sua imbebição completa faz-se de cinco a dez minutos; não se junta açúcar, mas pode-se adoçar com sacarina.

O esquema do tratamento aconselhado por Wiscott é o seguinte: no primeiro dia, 20 a 24 gramas de pó a 4 0/0 nas vinte e quatro horas; no segundo dia, 32 a 40 gramas; não convém exceder a concentração de 4 0/0, mas cada ração, que deve ser preparada separadamente, pode ser de uma vez e meia a duas vezes a dose inicial de 100 gramas. No lactante, este preparado torna fácil a aplicação da dieta de Moro, e é dado em biberons de 100 gramas de cozimento com 4 0/0 de Aplona de três em três horas, cinco a seis vezes por dia; a Aplona pode, no período da transição alimentar, ser adicionada ao *babeurre* ou ao leite; só nos casos graves é necessário fazer uma dieta hídrica prévia, que não deve exceder seis a oito horas.

Wiscott, que foi o primeiro a usar a Aplona, refere excelentes resultados, não só em crianças maiores, mas em lactantes de menos de um ano, de forma a ter em onze dessas crianças só três fracassos. Logo ao fim de doze horas, as fezes são modifi-

çadas favoravelmente, tornando-se rapidamente moldadas; estes resultados mantêm-se em geral e, para evitar uma recaída, que tem sido o inconveniente mais freqüentemente apontado, o autor associa a Aplona à dieta de transição, prolongando o seu emprêgo durante alguns dias, ou mesmo durante semanas.

Lifkowitz, nas formas pouco graves, refere resultados favoráveis; em geral, não chega a tirar o leite, mas adiciona-lhe Aplona como hidrato de carbono, em vez de açúcar. Nos casos graves não acha indicada a dieta de Moro.

Currado refere dez casos de crianças e adultos em que empregou Aplona com grande êxito; o mais pequeno tinha quinze meses. Num dos casos de forma grave a cura foi obtida rapidamente, sendo, no entanto, necessário repetir a dieta, pois que, quando da primeira realimentação, resultou agravamento; noutra criança com broncopneumonia, a diarreia parenteral foi também õptimamente influenciada; em outra, de quatro anos, com uma colite que se arrastava havia três semanas, resistindo a todo o tratamento, a administração da Aplona regularizou-a em três dias.

*

*

*

A leitura destas observações e os excelentes resultados da dieta de Moro, referidos por todos os autores, levou-nos ao desejo de a experimentar no nosso serviço hospitalar. O envio, que nos foi feito, de algumas latas de Aplona, veio facilitar-nos o emprêgo da dieta, praticamente muito difícil se usássemos maçãs frescas. Em vinte crianças de idades diversas, mas quasi todas de menos de dois anos, que freqüentaram a nossa consulta externa do Hospital de S. José, ou que estiveram internadas no serviço de Medicina Infantil do Hospital Estefânia, e ainda em duas da nossa clínica particular, usámos a Aplona com resultados tão animadores, que julgámos interessante a sua publicação, que apenas servirá para confirmar, entre nós, o valor já real de uma dieta ainda pouco conhecida. Para evitarmos repetições inúteis e fastidiosas vamos analisar em conjunto os resultados destas vinte observações.

Dessas vinte crianças, dezasseis freqüentaram a consulta ex-

terna, duas estiveram internadas e duas foram vistas e tratadas na clínica particular. A idade delas variava entre um mês e três anos, assim divididas: uma de um mês, duas de três meses, duas de cinco meses, nove entre seis e dez meses, três entre catorze e vinte e três meses, e três entre dois e três anos. O diagnóstico compreendia sete casos de dispepsia aguda, um de distrofia com dispepsia, três casos de colite, dois de dispepsia tóxica, seis de diarreia parenteral, ligada a perturbações agudas do aparelho respiratório, e uma com uma diarreia alimentar arrastada.

A febre existia em seis destes casos; em quatro outros tinha-a havido só no início da doença; nos restantes dez casos existira sempre apirexia. Naqueles em que a febre ainda se apresentava, caiu rapidamente nas primeiras vinte e quatro horas de tratamento.

Em tôdas estas crianças, foi empregada a Aplona, como alimento exclusivo, na proporção de 4^o/_o, sendo o líquido usado um cozimento de arroz adoçado com sacarina. As refeições foram divididas de três em três horas, num total de seis por dia; nas crianças maiores, embora mantendo-se a concentração de 4^o/_o, deu-se por dose 150 a 200 gramas. Nos casos de dispépsia aguda e nas formas tóxicas, fêz-se uma dieta hídrica prévia de seis a oito horas; nas formas tóxicas e em três das agudas, foram associadas injeções de sôro glucosado e cânfora; nenhum outro tratamento foi feito e nos restantes casos a alimentação com a Aplona foi estabelecida logo de início.

Os resultados desta cura foram, na sua quási totalidade, bons; em um caso de dispepsia tóxica, numa criança de oito meses, houve, logo de princípio, uma ligeira melhoria, caracterizada pela queda de temperatura, diminuição do número de dejeções no fim de quarenta e oito horas; quando se lhe começou a juntar *babeurre*, deu-se um ligeiro agravamento; êste doente não voltou à consulta nem foi encontrado na morada que tinha dado.

Em outra criança com dispepsia aguda, ainda em tratamento, com fezes muito frequentes, datando êste estado de oito dias, o uso da Aplona, após rápida dieta hídrica, foi de um resultado surpreendente, cessando a diarreia em vinte e quatro horas; uma tentativa de realimentação trouxe, contudo, um agravamento, que rapidamente desapareceu com mais dois dias de exclusiva alimentação de Aplona; uma segunda tentativa de realimentação

de novo agravou a diarreia; actualmente, está melhorando rapidamente, com a associação da Aplona ao *babeurre* (1).

Nos restantes dezóito casos o resultado do tratamento foi definitivo, notando-se, em alguns, melhoras imediatas, e, num deles, cuja história, pelo seu interesse, rapidamente resumimos, a cura era completa ao fim de vinte e quatro horas:

Consulta externa, observação 101.274: dispepsia aguda, sete meses, pesando 7 quilogrs. 140 gramas: alimentação com leite de vaca.

Há três dias vômitos e diarreia aquosa e muco-grumelosa, tendo cêrca de dezóito dejejções por dia; é dada a Aplona a 4 0/0 em água de arroz adoçada com sacarina; ao fim de vinte e quatro horas, após seis biberons de Aplona, o número de dejejções tinha-se reduzido a três; quando, quarenta e oito horas depois, voltou à consulta, as fezes já eram moldadas. A realimentação, feita com farinhas e Eledon, trouxe uma cura definitiva; o pêso, quarenta e oito horas depois, tinha aumentado 60 gramas.

Quási sempre, ao fim de quarenta e oito horas, começamos a mudar a alimentação, fazendo-se progressivamente a substituição da Aplona por leite albuminoso, acidificado, *babeurre* ou farinhas, conforme as indicações, de maneira que ao fim de quatro dias a alimentação com a Aplona esteja suprimida; além das recaídas, de que já falámos, tivemos outra em que foi necessário prolongar o emprêgo da Aplona por uns dez dias, associada ao *babeurre*; nos restantes dezassete casos, a cura foi definitiva entre vinte e quatro horas e seis dias, assim distribuídos: um em vinte e quatro horas, seis em dois dias, seis em três dias, dois em quatro dias, um em cinco e outro em seis dias.

Não se pode estabelecer quais os tipos de diarreia mais favoravelmente influenciados pela Aplona, pois os resultados obtidos foram muito variáveis: em um caso de dispepsia aguda a cura deu-se em vinte e quatro horas; em outro, ao fim de dez dias de tratamento (tinha feito duas recaídas e está agora em franca melhoria, com associação Aplona-*babeurre*). Nas formas

(1) Êste doente ficou completamente curado.

tóxicas, uma desapareceu após as ligeiras melhoras iniciais; na outra, as melhoras eram sensíveis ao fim de seis dias, com alimentação mixta de *babeurre* e Aplona. Nas colites, todos os sintomas graves desapareceram entre três e quatro dias. Nas diarreias parenterais, que Popoviciu considera as que são mais favoravelmente influenciadas pela dieta de Moro, os resultados foram semelhantes, não podendo nós concluir que a acção da maçã fôsse inferior ou superior à obtida nos outros estados diarreicos.

Os primeiros sinais de melhoria são marcados pela queda de temperatura, pela volta do apetite, cessação de vômitos e diminuição do número de dejectões, que progressivamente se vão transformando, de forma a tornarem-se normais em poucos dias, conforme referimos; nos casos de colite, o sangue desapareceu por completo ao fim de vinte e quatro horas; as dores e o tenesmo acalmaram-se também dentro das primeiras horas.

Quanto à acção da dieta sobre o peso, os resultados referidos pelos autores são contraditórios. Nós também vimos que o peso foi diversamente influenciado pela Aplona, sem que a forma de diarreia tivesse para o caso qualquer importância. Em dezasete casos o peso foi seguido: ao fim da cura o peso estacionou em cinco casos; em três casos, o peso aumentou: em um, 20 gramas; em outro, 30 e no outro, 50. Finalmente, em nove casos o peso caiu e, em alguns, a baixa foi considerável; naquele doente já referido em que a cura se prolonga há dez dias, a perda foi de 500 gramas; no que teve uma recaída, ao fim de oito dias a baixa era de 450 gramas; e nos restantes variou entre 30 a 150 gramas. Temos, pois, que, na maioria dos doentes, existe queda da curva do peso, podendo em alguns mesmo atingir números elevados; no entanto, em alguns doentes que já freqüentavam habitualmente a nossa consulta, pudemos constatar que rapidamente também, à medida que se voltava à alimentação normal, a curva do peso subia sem sobressaltos de maior.

*

*

*

Da análise sumária que acabamos de fazer dos nossos vinte casos, cujas histórias mais ou menos se sobrepõem, apenas com as diferenças que salientámos, podemos concluir, de acôrdo com

os autores a que fizemos referência e que têm aplicado a dieta de Moro, a incontestável utilidade do seu emprêgo, os excelentes resultados obtidos, a facilidade do seu manejo, que a torna extraordinariamente prática, principalmente quando se usa a Aplona, que permite estendê-la aos lactantes, sem os inconvenientes apontados à maçã fresca.

Mas, se na excelência do seu valor terapêutico todos os autores estão de acôrdo, começam as divergências na interpretação da sua eficácia.

Para Moro, é a passagem da massa esponjosa através do intestino que actua, quer mecânicamente, quer como absorvente dos elementos nocivos; o elevado conteúdo das maçãs em tanino favorece a sua acção pelo forte poder adstringente, que protege as células contra as causas de irritação de natureza química, bacteriana ou mecânica.

Heisler discorda, em parte, de Moro, e, na sua comunicação ao Congresso de Pediatria, explica a acção terapêutica das maçãs pela modificação que a sua acidez, devida ao ácido málico, leva ao intestino, provocando-lhe uma mutação da sua flora bacteriana; só como elemento secundário interviria o tanino e a acção mecânica de limpeza do intestino.

Kohlbrugge, que tem obtido resultados muito favoráveis com o sumo de limão, atribue aos ácidos dos frutos o papel de impedir o desenvolvimento patológico das bactérias.

Malyoth chama a atenção para uma substância em que as maçãs são muito ricas (cêrca de 5 0/0) e que é a pectina, à qual êle atribue a eficácia da dieta; êste corpo entra, ao lado da cellulose, na composição de numerosos frutos e encontra-se em especial nas membranas celulares e substâncias intercelulares; por virtude do seu estado coloidal, duas propriedades lhe resultam, segundo a interpretação do autor: a propriedade absorvente para as matérias tóxicas do intestino pelo aumento da sua acção de superfície, e o poder tampão elevado pelo complexo de coloidais reversíveis, formado pelos vários ácidos da sua composição e respectivos sais, que regularizam a concentração em iões H.

Êste autor prefere a Aplona à maçã fresca, pois diz ter obtido melhores resultados pelo estado de dissociação em que naquela se encontra a pectina.

Popoviciu pensa que o efeito benéfico produzido pela maçã é devido à acção diurética dos ácidos das frutas, que por oxidação são transformados em carbonatos pouco difusíveis e muito diuréticos e principalmente pela riqueza em vitaminas que a maçã possui (Vitaminas B e C e mesmo A). Elas combatem as infecções parenterais e, ao mesmo tempo, a distrofia e a disergia.

M.^{me} Kaulbersz admite também que o valor da dieta de maçã não é só local, mas que vai também ao encontro de factores de ordem geral pela acção das vitaminas; é do conjunto de todos esses factores ou mesmo de outros ainda não conhecidos que resulta a acção benéfica aceite por todos.

Seja como fôr, se o mecanismo da acção da maçã ou do seu preparado de mais fácil uso (a Aplona), não está explicado definitivamente, — e em medicina raros são os assuntos que o conseguem estar —, o efeito curativo desta dieta é já hoje indiscutível, pois consegue reunir uma unanimidade de opiniões favoráveis. E, desta forma, apresentando os meus vinte casos, julgo contribuir, ainda que modestamente, para divulgar o conhecimento de um processo terapêutico que, muito simples e muito prático, virá, de-certo, a desempenhar, sobretudo em pediatria, um papel de largo alcance.

BIBLIOGRAFIA

- BIRUBERG. — Am. Jour. of Dis. of Child. Janeiro de 1933.
 CARLO CURRADO. — La Clinica Pediatria. Março de 1932.
 FEER. — Schweizerische Med. Woch. Pág. 931. 1921.
 HEISLER. — Klin. Wochenschr. 1930.
 — Acta Pediatrica. 1930.
 M.^{me} KAULBERSZ-MARYNOWSKA. — Congrès des Pédiatres de Langue Française. 1931.
 KOHLBRUGGE. — Klin. Wochenschr. 1930.
 LEFFKOWITZ. — Ther der Gagenw. Janeiro de 1932.
 MALYOTH. — Klin. Woch. N.º 25. Pág. 1159. 1931.
 RENÉ MIGNOT. — Presse Médical. Pág. 1040. 1932.
 MOUZON. — Presse Médical. N.º 51. 1932.
 MORO. — Klin. Woch. N.º 52. Pág. 2114. 1929.
 POPOVICIU. — Revue Française de Pédiatrie. N.º 4. 1931.
 WISKOTT. — Klin. Woch. N.º 27. Pág. 1152. 1931.
 WOLFF. — Deutsche Med. Wochenschr. 1930.

LISBOA MÉDICA

Cardiazol- Efedrina «Knoll»

contra a asma

indicada principalmente na
asma crónica com alteração do coração
direito, asma bronquica com estados de bradi-
cardia ou de hipotonia, asma-bronquite, enfisema,

combate a debilidade circulatória

recomenda-se muito em
colapso vascular, insuficiência cardiovascular, bradicardia,
blocagem cardíaca, hipotensão, minus-descompensação, in-
toxicações, e também profilacticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 empôla (contendo
cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de cloridrato de Efe-
drina «Knoll») uma ou várias vezes ao dia, se fôr neces-
sário. Empacotamentos originais: Tubos com
10 comprimidos. Vidros com 10 g de líquido.
Caixas com 6 empôlas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fabricas de Pro-
ductos Químicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

PROGYNON

Hormona sexual feminina
(Hormona folicular) para o tratamento das
perturbações hipoovaricas.

- *Concentração elevada
estandardisação exacta*
- *Amplamente experimentada em
animais (inclusivamente em macacos)*
- *Eficaz por via bucal em virtude
da adição de lipoides especiais*

A experiencia clinica confirma a
sua eficacia nas perturbações da menopausa
e na amenorreia secundaria.

EMBALAGENS

ORIGINALIS:



Frascos de 15
dragêas de 150 U. R.
Caixas de 6 ampolas de
100 U. R. por 1 cc.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Os nossos concessionários

Schering Sociedade Anónima Portuguesa de Responsabilidade Limitada
Largo da Anunciada, 9, 2.º

LISBOA

Agora também em caixas de 30 dragêas de 150 U. R.

Clinica Pediátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra
(Director : Prof. João Pôrto)

VACINAÇÃO ANTIDIFTÉRICA PELA ANATOXINA DE RAMON E PELO TOXÓIDE DE LÖWENSTEIN

POR

ANTUNES DE AZEVEDO
Assistente de Pediatria

Incontestavelmente, a descoberta da anatoxina de Ramon, na profilaxia da difteria, é das mais notáveis dos últimos tempos. Se vale mais prevenir que remediar, nenhum produto, de modo tão eficaz, vem ao encontro dêste provérbio.

Desde 1913, com a introdução das misturas toxo-antitóxicas propostas por Bering, vem-se observando uma notável baixa da morbidez por tal doença, nos países onde tem sido empregada, e em alguns de modo quasi sistemático, como por exemplo a Alemanha e sobretudo os Estados-Unidos da América, sob o formidável impulso de Park e Zingher.

É todavia certo que por tais misturas, ou se trate das super, das hipo ou das justa-neutralizadas, a vacinação não é absolutamente inócua, o poder antigénio é muito menor e a imunidade é muito mais tardia emestabelecer-se.

A anatoxina de Ramon é praticamente inócua, de forte poder antigénio e de poder imunizante rápido, justificando plenamente as resoluções tomadas em Junho de 1931 pelo Comité de Higiene da Sociedade das Nações, reunido em Londres, que, ao mesmo tempo que propagandeia o uso sistemático da vacinação antidiftérica para tôdas as crianças de idade pré-escolar, a partir de um ano, e que sejam receptivas, propõe ainda que se ensine nas administrações de higiene dos diferentes países o seu alto valor, a-fim-de esclarecer sôbre as vantagens dêste método de protecção da saúde pública.

Na verdade, seleccionadas as crianças pela reacção de Schick, nos dois grupos: receptivo e imune, no primeiro, após três injeções de anatoxina, consegue virar-se o Schick em 95 %.

Segundo a maioria dos autores, 5 % das crianças ficariam ainda sujeitas aos estragos do bacilo de K. Loeffler, e, embora se reduza a percentagem continuando a série de injeções, parece, no entanto, exacto que crianças há absolutamente refractárias, com o Schick permanentemente positivo e sujeitas a adoecer em período epidémico. Porquê? Problema que ainda não está bem esclarecido.

Mas parece haver mais: numa tese de 1930, de Paris, Lardier, compendia casos que são muitos, alguns de observação pessoal e outros que leu dispersos na literatura médica, de anginas diftéricas nos vacinados pela anatoxina e oferecendo os mesmos caracteres que nos não vacinados.

As anginas parecem revestir um porte clínico mais grave entre as que receberam uma só injeção do que entre as crianças não vacinadas.

Talvez levado pela frequência com que o bacilo parasita a garganta das crianças vacinadas, Löwenstein propõe uma vacina que reputa de antitóxica e antibacilar, formada pela mistura de toxina formolada e uma cultura não filtrada de bacilos mortos.

Esta mistura, que no mercado se apresenta em bisnagas, emprega-se, por fricção, numa região que varia consoante a idade da criança: nas mais velhas podemos friccionar nos braços e nas mais jovens escolhemos uma região mais extensa que ofereça uma superfície conveniente de absorção, como o dorso, o peito ou o ventre.

Antes da fricção, que deve durar dois a três minutos, prepara-se a pele, lavando-a com éter e depois com álcool. Durante vinte e quatro horas a região friccionada não deve ser lavada.

As fricções são em número de três, separadas pelo intervalo de duas semanas.

Como entre os autores dos diferentes países difere a opinião quanto ao valor imunizante das duas vacinas (Ramon e Löwenstein), quisemos trazer uma modesta contribuição, empregando os dois processos em crianças do Asilo da Infância Desvalida, do Colégio dos Órfãos, do Ninho dos Pequenitos e da Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra.

O número de crianças de que pudemos dispor foi de 230, cujas idades vão de 18 meses a 16 anos.

A reacção de Schick resultou positiva em 78, portanto 33,9 0/0.

Por intermédio do seu representante, Sr. Raúl Vieira, o Instituto Seroterápico de Viena forneceu amavelmente para estas experiências noventa bisnagas de toxóide de Löwenstein ao Director da Clínica Pediátrica, o Ex.^{mo} Prof. João Pôrto, que nos incubiu dêste trabalho.

Apenas pudemos, portanto, vacinar 30 crianças, número pequeno para figurar numa estatística que se disponha a formar juízo seguro, número bastante, no entanto, para se formar juízo provável.

Pela anatoxina de Ramon, preparada e amavelmente cedida pelo Instituto Câmara Pestana, foram vacinadas as restantes 48 crianças.

A toxina diftérica para a reacção de Schick, para tôdas as vezes em que a utilizámos, foi de igual modo obsequiosamente cedida pelo mesmo Instituto.

Tôdas as crianças receberam três injeccões, respectivamente, de 1, 1 1/2 e 2 cc., distanciada a segunda da primeira três semanas e a terceira da segunda duas semanas.

Com o toxóide de Löwenstein fizeram-se três fricções intervaladas por espaços de quinze dias. Começadas ao mesmo tempo, quasi ao mesmo tempo eram terminadas. Entre 10 e 20 de Abril realizámos a terceira injeccão e a terceira fricção.

Para dar tempo a que se estabelecesse a imunidade, procedeu-se à reacção de Schick em 14 de Maio e 11 de Julho.

As crianças vacinadas pela anatoxina de Ramon, num total de 48, distribuíram-se pelas seguintes idades:

10	crianças	de	2	anos
6	»	»	3	»
2	»	»	4	»
4	»	»	5	»
4	»	»	6	»
1	criança	»	8	»
2	crianças	»	9	»
5	»	»	10	»
6	»	»	11	»

5 crianças de 12 anos
 2 » » 15 »
 1 criança » 16 »

A primeira reacção de Schick mantinha-se positiva em :

3 crianças de 2 anos
 2 » » 5 »
 1 criança » 8 »
 1 » » 10 »
 1 » » 16 »

A segunda reacção de Schick virou em :

2 crianças de 2 anos
 1 criança » 5 »

Ficaram, pois, receptivas 10,4 %.

As crianças vacinadas pelo toxóide de Löwenstein, num total de 30, distribuíam-se pelas seguintes idades :

1 criança de 5 anos
 3 crianças » 6 »
 6 » » 7 »
 2 » » 8 »
 2 » » 9 »
 2 » » 10 »
 3 » » 11 »
 2 » » 12 »
 4 » » 13 »
 1 criança » 14 »
 1 » » 15 »
 3 crianças » 16 »

A primeira reacção de Schick mantinha-se positiva em :

1 criança de 6 anos
 1 » » 7 »
 1 » » 9 »

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAE
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.
ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9-LISBOA**

Foi para obviar as perniciosas consequencias derivadas de insuficiencias das glandulas endocrinicas que foi preparada a

GÍNECINA

que é isenta de principios excitantes tornando-se mais economica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios:

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, accidentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e augmentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas — DOSE: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



Na segunda reacção o Schick virou em:

1 criança de 6 anos

Ficaram ainda receptivas 6,6 0/0.

Das nossas experiências resulta que não há diferenças sensíveis nos resultados colhidos pelos dois métodos ou se as há é a favor do de Löwenstein.

Se a reacção de Schick é bom padrão para a avaliação do grau de imunidade conferido pelas vacinas, é estranho que encontremos tão extraordinárias diferenças nas estatísticas que nos oferecem os diferentes autores, ainda que tenhamos em conta que a viragem do Schick depende da preparação da vacina, da técnica da sua aplicação, da idade da criança e de alguns outros factores.

Segundo as idades e conforme o demonstram Park e Zingher, a taxa de antitoxina por centímetro cúbico de sôro descreve uma curva cujo ponto de maior declive corresponde à idade dos 2 para os 3 anos.

Compreende-se portanto que a dose de anatoxina necessária para conferir a imunidade em crianças desta idade, deva ser necessariamente superior à que baste para imunizar crianças de 6 para 7 anos, por exemplo.

Todavia o êrro dilui-se, porque em tôdas ou em quasi tôdas as estatísticas se confundem crianças das mais variadas idades.

¿Como compreender então que, segundo o próprio Löwenstein, de 6.000 dos vacinados pela sua pomada, nos Hospitais de Viena, no decurso dos dois primeiros anos que se seguiram, nenhum caso de difteria se registasse, e como se compreende ainda que Pockels, de Francfort, venha citar casos vários de difteria em crianças, aliás de exíguo número, e tratadas pelo mesmo toxóide de Löwenstein?

A percentagem de casos em que o Schick muda de sinal pela aplicação da pomada não ultrapassa 70 0/0, conforme os autores que do assunto se têm ocupado: Baar e Grabenhofer, 56,8 0/0, num prazo inferior a seis semanas, e 71,6 0/0 quatro meses depois da última fricção; Kegel e Gasul, 55,3 0/0, ao fim de seis semanas; Abt e Feingold tentaram produzir a imunidade em 62 crianças de idades que vão de 11 meses a 17 anos e obtiveram, depois da terceira fricção, Schick negativo em 70,9 0/0.

Estes resultados concordam, aproximadamente, com os que se obtêm empregando-se na imunização as misturas toxo-antitoxicas, e por isso estão afastados daqueles que nos mostram as cifras obtidas pela maioria dos autores, quando põem em prática o método de Ramon.

Todavia, as cifras que obtivemos são muito mais lisonjeiras a respeito da vacina de Löwenstein e portanto muito mais afastadas das que nos apontam Artusi e Migliori, para cujos casos o Schick se tornou negativo em 32 %; Nobel fêz o Schick 7 a 12 semanas depois da vacinação e mostra que apenas em 35 % mudou de sinal; e ainda que as de Gorter de Leyde, que, aplicando a 12 crianças, em nenhuma se tornou negativa.

Ainda quanto à modificação da taxa de antitoxina diftérica do sôro sanguíneo pela aplicação dos dois antigénios em questão as opiniões são divergentes, havendo mesmo autores, como Sparrow, Mazner e Kaezguski, que pretendem ter concluído que tal modificação não chega a existir pelo emprêgo do toxóide de Löwenstein.

Temos em estudo, de colaboração com o Dr. Meliço Silvestre, o doseamento da antitoxina no sôro das crianças que nos continuam servindo para avaliação do poder antigénio das duas vacinas, não podendo nós por enquanto apresentar opinião fundamentada sôbre se as modificações da reacção de Schick e da antitoxina correm ou não parelhas, problema que se discute.

O que pretendemos, no nosso modesto trabalho, é, em primeiro lugar, mostrar a inocuidade e a simplicidade da vacinação com o toxóide de Löwenstein, que ainda pouco se emprega entre nós; em segundo lugar, mostrar que, se a reacção de Schick nos pode servir de base de avaliação do poder antigénio de qualquer das vacinas até hoje empregadas na profilaxia antidiftérica, o poder antigénio do toxóide de Löwenstein é, em nossa experiência, muito mais elevado do que a maioria dos autores afirma; por último, apresentar a sugestão de trabalhos que esclareçam sôbre se, não conseguindo nós extinguir a doença diftérica pela anatoxina de Ramon, conforme o demonstra Lardier, o poderemos conseguir pela pomada de Löwenstein, como acredita êste autor e como o tenta pela mistura dum agente antitoxico (toxina-antitoxina ou toxóide) e um composto antibacilar.

BIBLIOGRAFIA

- H. H. KEGEL et B. GASUL. — The use of Professor Lewens's oinment for active immunization against diphtheria. *J. of Dis. of Children*. Janeiro de 1931.
- ARTHUR F. ABT et BENJAMIN F. FEINGOLD. — Diphtherie immunization, the percutaneous method of Lowenstein. *American Journ. of Dis. of Children*. Janeiro de 1931.
- DOPTER. — La vaccination antidiphthérique. *Paris Médical*. 25 de Julho de 1931.
- H BAARET A. GRABENHOFER. — Ueber perkutane immunisierung Gegen Diphtherie nach Löwenstein. *Leits. f. Kinderh.* 1929.
- LARDIER. — *These de Paris*. 1930.
- LOEVY. — Diphtherieschutzimpfung mit der Löwenstein toxoidialbe. *Wiener Klin. Woc.* 1929.
- ROBERT DEBRÉ. — La vaccination contre la diphthérie. 1932.

Hospital Estefânia — Clínica Médica Pediátrica
(Serviço do Dr. Leite Lage)

SÔBRE A OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

POR

SILVA NUNES
Interno dos Hospitais

A patogénese do tecido ósseo, mais ainda que as suas embriogénese e histogénese, tem sido, é e continuará sendo, possivelmente, um problema de todos os dias, que a cada passo nos sugere novas interpretações, dada a multiplicidade não só de factos apontados, como curiosidade uns, como tentativas de investigação científica outros, mas ainda de hipóteses formuladas aspirando ao discernimento de tão difícil quão emmaranhado assunto.

Requerem, pela sua índole, um lugar de destaque, certas deformações ósseas congénitas, apresentadas pelos recém-nascidos.

No dia 31-III-933 foi observada, na Consulta Externa do serviço, no Hospital de S. José, uma criança recém-nascida, do sexo feminino. Originara o exame médico o facto de, após o parto, a mãe ter constatado na filha a existência de deformações no crânio e membros, aquele sem consistência habitual.

Em consequência das lesões observadas, foi aconselhada a hospitalização, o que só a 6-IV-933 a mãe aceitou.

OBSERVAÇÃO N.º 6.264. — Criança do sexo feminino, de treze dias de idade, pesando 1,800 quilogs., nascida de termo. Aleitamento artificial com leite de vaca diluído, pela circunstância de a mãe acusar hipogalactia. Intervalos irregulares entre os biberons.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Pais saudáveis, segundo a mãe informa.

Não houvera abortos, e o parto fôra normal. Acidente algum ocorrera, quer durante a gravidez, quer no período puerperal.

LISBOA MÉDICA

“**eregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
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
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C^a
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

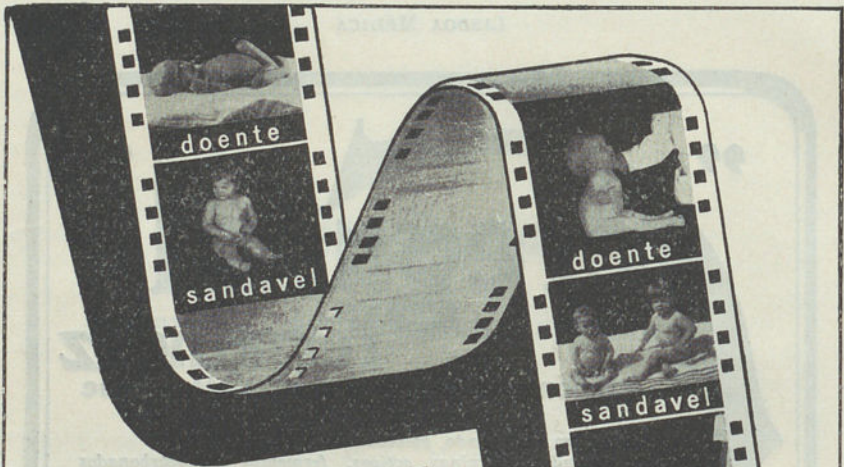
DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D^r Ph. CHAPELLE — 3, rue Vivienne, PARIS

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

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



VIGANTOL

no raquitismo e outras perturbações do metabolismo osseo, para melhorar a formação e a saída dos dentes, para evitar a carie dental na gravidez.

EMBALAGENS ORIGINAES:
Oleo de Vigantol (1 cc. contem 50 unid. clinicas):
Frascos conta-gotas de 10 cc.
Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unid. clinicas): Caixa de 50 drageas

VIDALON

(Oleo de fígado de bacalhau estandarizado com Vigantol)

de conteúdo constante e elevado em vitaminas A e D.

Indispensavel para a aceleração do desenvolvimento do organismo e a augmentação da resistencia nas crianças atrasadas e doentias.

EMBALAGEM ORIGINAL:
Frasco de 125 cc.



» *Bayer-Meister-Lucius* «
Leverkusen (Alemanha)

Representante:
» LUSOPHARMA «
AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradores, 150, 3.^o
LISBOA

E. MERCK
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:
Estabelecimentos HEROLD, Ltd.
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

Uma irmã, sem deformações aparentes, falecida aos três meses, em conseqüência de perturbações nutritivas, com diarreia.

Exame. — Criança magra, com dimensões consideravelmente inferiores às habituais (38 cm.). Pronunciada hipertricrose crânio-dorso-lombar, menos acentuada nos membros.

Escasso desenvolvimento do panículo adiposo, sobretudo na parede abdominal.

Escleróticas de tom azulado e ligeiro exoftalmo.

Crânio ligeiramente assimétrico, com proeminência da bossa parietal esquerda. A palpação revela uma consistência de pergaminho, sem resistência óssea, sendo as zonas habituais de suturas francamente depressíveis. Na região occipital mais ainda esta deficiente ossificação se apresenta, deprimindo-se ao contacto com corpos duros. Face de consistência óssea. Além do reduzido desenvolvimento da sua parede, o tórax apresenta na sua parte anterior, semelhante ao rosário costal raquítico, pequenos nódulos crepitantes costais, correspondentes a fracturas, múltiplas nalgumas costelas.

Nos membros superiores existe um sulco circular a meio dos braços, parecendo haver diminuição de espessura humeral nessa região. As epífises superiores dos ossos dos antebraços são volumosos, sem sulco nas partes moles, como nos segmentos proximais. Mãos adelgaçadas. Excepto nestas, a palpação de tôdas as partes dos membros superiores provoca crepitações, um tanto dolorosas.

Os membros inferiores revelam aumento de espessura dos côndilos femurais. Mas a anomalia máxima existe nas pernas, pronunciadamente encurtadas, com um encurvamento das tíbias, de convexidade anterior em ângulo obtuso, com abertura posterior de figuração um tanto difícil. À palpação há várias zonas crepitantes. Pés normais.

Salvo um ou outro fervor sibilante, nada de anormal revela o exame das vias respiratórias.

Tons cardíacos normais.

Abdômen um pouco tenso, palpando-se o fígado um dedo abaixo do bordo costal direito. Baço impalpável. Reflexos normais. Sistema linfático reduzido, não se palpando gânglios. Abóbada palatina e garganta sem alterações.

O exame radiológico do esqueleto, executado no Serviço de Radiologia do Hospital de Arroios, pelo Dr. J. Pereira Caldas, presta-nos os esclarecimentos seguintes :

«Na radiografia n.º 5.103 nota-se uma osteogénese imperfeita dos ossos compridos e das costelas acentuadamente. Assim, os húmeros, os fêmures e as tíbias apresentam irregularidades tais, que estes ossos, normalmente de contornos lineares, tomaram o aspecto de harmónio. E, a-par de várias descalcificações acentuadas de osteíte rarefaciente, aparecem, a vários níveis, aspectos de condensação correspondendo, certamente, a fracturas com acentuada aposição cálcica. Nas costelas o aspecto é idêntico, algumas com imagem de ampulheta. Há uma perturbação marcada da distribuição do cálcio com tipos rarefacientes e condensantes; as perturbações vasais e metabólicas devem ser grandes.»

Nos dias que se seguiram à observação, o pêso da criança mantém-se

constanté. Diarreia amarela profusa e vômitos agravam o seu estado, levando a mãe a pedir alta, recusando continuar hospitalizada. A esta, é extraído sangue, cujo sôro revelou reacção de Wassermann fortemente positiva (+ + + +).

A saída precipitada e a circunstância adiante apontada inibiram o doseamento do Ca e do P no sôro sanguíneo da doente, que, treze dias decorridos após a sua hospitalização, falecia.

¿ Como interpretar a patogénese de tal sintomatologia clínica e radiológica ?

Em 1908, Langmead relata, em *The British Journal of Children's Diseases*, o caso duma criança do sexo masculino, de trinta e três dias de idade, a quem, aos quatro dias, os pais haviam notado uma pronunciada incurvação óssea, indo até a ângulo recto, nas coxas, pernas, braços e antebraços e vários sulcos circulares nas partes moles dos referidos segmentos, por possíveis compressões das pregas amnióticas.

O exame radiológico revelou fracturas múltiplas (onze) nos ossos longos.

Já muito anteriormente, porém, Chaussier, em 1815, Vrölick, em 1845, Depaul, em 1851, e muitos outros que os seguiram, se têm referido a esta entidade mórbida, relatando casos idênticos.

Foi, a estes estados patológicos, atribuída a designação de osteogénese imperfeita ou displasia periostal, segundo Porak e Durante, que Looser, entre outros, considera análoga a uma verdadeira diátese *fragilitas ossium*, a osteopsatirose idiopática, primitiva, ou doença de Lobstein.

*
* *

A quasi totalidade dos que se têm referido a estas osteopatias têm notado a predominância do sexo feminino sobre o masculino, na frequência da sua aparição. Cerca de $\frac{4}{5}$, segundo Péhu, pertenceriam àquele.

Dum modo geral, as crianças nascem com sete a oito meses de gestação ou menos ainda, como num caso de Amand.

Algumas, porém, atingem o termo da gravidez, nascendo já

mortas umas, morrendo pouco depois outras, sobrevivendo as restantes, raramente.

As dimensões e o pêso, como no nosso caso, são consideravelmente inferiores aos correspondentes à idade.

Sistematicamente se tem constatado, nos recém-nascidos afetados, a existência de escleróticas nitidamente azuis e, não raramente, exoftalmo. Em um ou outro casos mesmo, um ligeiro bócio seria notado, não só na criança, mas, segundo Plauchu e Laurent, também na mãe.

O crânio, recoberto por cabelo abundante, é, por vezes, assimétrico, como um saco flácido, parecendo o seu conteúdo deslocar-se como um líquido, ao mudar de posição.

Hildebrant compára-o a uma bola de borracha com pouco ar; a sua consistência é pergaminhosa (Dietrich), como um saco de cascas de ovos partidos (Nicklas), membranosa nas regiões suturais, estas consideravelmente alargadas. Pela sua consistência óssea destacam-se a parte retro-auricular do temporal e a base do occipital. Os ossos da face não são grandemente atingidos. Ráquis com ligeira escoliose.

O tórax é sede de nodosidades costais múltiplas e assimétricas, semelhantes, em parte, ao rosário raquítico e devidas a calos post-fracturas. Como no nosso caso, várias se podem encontrar na mesma costela. O abdómen é quasi sempre volumoso.

É nos membros que as deformações mais acentuadas se localizam. Consecutivamente às numerosas fracturas sofridas (Chausier cita cento e treze num caso), os membros sofrem angulações e encurtamentos, são flexíveis e rangem à palpação.

Os ossos longos, interrompida a sua continuidade, apresentam numerosos focos de fractura e calos de consistência pouco rígida, variando a intensidade do elemento dor.

Os membros inferiores permanecem em adução, unindo-se facilmente as plantas dos pés. São quasi constantes, sulcos circulares, simétricos, nas partes moles que recobrem as extremidades.

Os doseamentos de Ca, feitos no líquido céfalo-raquidiano e no sôro sanguíneo, têm dado cifras normais, por vezes até, ligeiramente aumentadas.

No *exame radiológico* destacam-se os múltiplos focos de fracturas e as deformações resultantes da sua reparação.

Os ossos adquirem então os aspectos bizarros que a fotografia mostra, originando-se angulações, torsões, espessamentos, soluções de continuidade nos bordos, com forma dentada, lembrando um harmónio, quando aquela é regular. A parte cortical é adelgada. As cartilagens parecem normais.

*
* *
*

Importa, sem divagações escusadas, descrever sucintamente a constituição do osso normal, bem como os fenómenos essenciais relativos ao desenvolvimento ósseo ou ossificação.

I

Esquemáticamente, um osso é constituído por: fibrilhas conjuntivas, células ósseas e uma substância calcificada e dura que engloba fibrilhas e células, estas alojadas em cavidades da substância fundamental, reunidas por canaliculos anastomóticos, contendo ou não prolongamentos celulares.

Há a considerar três tipos de tecido ósseo: *a)* tecido ósseo embrionário; *b)* tecido ósseo esponjoso; *c)* tecido ósseo compacto.

a) O tecido embrionário é constituído por trabéculas ósseas, dispostas irregularmente, formando uma rede de finas malhas, através das quais se nota a estrutura do tec. conj. embrionário indiferenciado: substância fundamental com fibrilhas e células anastomosadas.

b) O tecido esponjoso é constituído também por uma rede de malhas mais espessas, formados por lamelas ósseas limitando cavidades e células. Nos espaços conjuntivos, tecido hematopoiético.

c) O tecido compacto apresenta numerosas lamelas ósseas dispostas em torno dum espaço conjuntivo canalicular, onde se contém um capilar sanguíneo. Os canais assim formados, paralelos entre si e ao eixo diafisário, são os canais de Havers. Os espaços conjuntivos não alojam tecido hematopoiético.



A radiografia do esqueleto revela irregularidades nos contornos dos fêmures, húmeros, cúbitos e rádios, que tomaram o aspecto de harmônio. A vários níveis, imagens de condensação, correspondentes a focos de fracturas.

II

Um ôsso pode resultar directamente do tecido conjuntivo, ou, por transformações várias, dum esbôço cartilágneo.

No primeiro caso dá-se uma metaplasia directa do tecido conjuntivo em tecido ósseo, sem antecedentes cartilágneos.

No segundo, a cartilagem sofre um processo de regressão gradual até à sua integral substituição por tecido conjuntivo embrionário, que se ossifica então. A tão discutida ossificação da cartilagem resumir-se-ia, pois, segundo Johannes Muller, na ossificação do tecido conjuntivo, em que a cartilagem se converte.

Admitem alguns, porém, que nos vertebrados inferiores e em osteogêneses patológicas, o tecido cartilágneo se pode converter directamente em ósseo, sem as transformações apontadas.

Por que mecanismo tal se efectuará, é o que a obscuridade relativa dos conhecimentos actuais não permite discernir.

III

Segundo Leriche e Policard, o tecido conjuntivo, de que resultará o ôsso, passa por três fases: 1) *edema*; 2) *infiltração osteóide*; 3) *deposição de sais de Ca*.

1) O *edema* resulta duma estase sanguínea ou linfática, dando-se simultaneamente o regresso ao estado embrionário com multiplicação das fibrilhas conjuntivas elementares, possivelmente à custa do exsudado fibrinoso, de que resultarão as fibras de Sharpey do ôsso adulto.

2) Na *infiltração pré-óssea ou osteóide* constata-se, em primeiro lugar, a aparição duma substância inter-fibrilhar, homogênea e viscosa, com a consistência de ôsso mole, de natureza química desconhecida, proveniente de modificações físico-químicas da substância conjuntiva.

As células conjuntivas em via de ossificação, formado o edema, entram em actividade, hipertrofiam-se e dividem-se, tomando o nome de osteoblastos. Para Leriche, a derivação das células conjuntivas em osteoblastos representaria apenas uma reacção daquelas, em face das alterações físico-químicas do meio, lutando contra a homogeneização da substância inter-fibrilhar.

A circunstância de alguns osteoblastos serem atingidos por um processo de degenerescência, vacuolizando-se e acabando finalmente por desaparecerem fêz pensar a Hartmann, Studnicka, Waldeyer e outros, que o papel dos osteoblastos iria mais além, segregando a substância pré-óssea, ou nela se incorporando, uma vez degenerados.

Bast demonstrou o papel fracamente fagocitário dos osteoblastos, injectando tinta da China num parietal, cujas granulações eram, por êles, retidas.

Esta função fagocitária pode atingir elevado expoente, tornando-se os osteoblastos polinucleados: assim se formam os osteoclastos. A sua acção será citada adiante.

3) Os sais de Ca vêm concluir a ossificação: dão rigidez, asseguram a função óssea. Em estado coloidal êles são depósitos, associando-se às suas micelas vários iões: Mg, Na, K, Fe e Cu. O seu veículo seria um complexo proteínico carbo-fosfatado, intervindo na sua formação e na retenção cálcica da substância pré-óssea factores mecânicos, alimentares, vitamínicos, hormonícos, a luz e o pH.

Uma vez formado o osso e estabelecida uma irrigação sanguínea activa, inicia-se a reabsorção óssea por dois modos: I — Osteoclasia e II — Osteólise.

I. — Os osteoclastos são células irregulares, polinucleadas, com granulações lipóides, contidas em cavidades, que êles próprios fabricam, por destruição óssea, as lacunas de Howship.

São de curta duração. Julgou-se provirem das células gigantes da medula óssea ou megacariocitos mas, concebe-se hoje, da hipertrofia dos osteoblastos.

O seu modo de acção reabsorvente ou fagocitária explica-se por elaboração diastásica, consecutiva a uma degenerescência hipertrófica. Fagocitadas, as células ósseas desaparecem e os osteoclastos degeneram.

II. — A osteólise pode realizar-se sob a influência de modificações humorais e circulatórias, de origem vaso-motora: as trabéculas ósseas deminuem de espessura, os canais de Havers aumentam e o fosfocarbonato de cálcio solubiliza-se. Assim, reabsorvida a substância pré-óssea, se regressava ao tecido conjuntivo embrionário, susceptível, porém, de originar novas diferenciações. E, assim, íntima correspondência entre a formação e

a reabsorção óssea se estabelecem, originando mutações contínuas de estrutura, que atingem o maior grau na região diáfiso-epifisária.

Weber, de San Francisco, resume em cinco estados os fenómenos inerentes à ossificação:

a) *Tecido mesenquimatoso indiferenciado*, de carácter pluripotente, formado por um retículo frágil: medula reticulada.

b) *Diferenciação e aumento da substância inter-celular*: do tecido mesenquimatoso indiferenciado provêm dois tecidos: I — Um tecido fibroso (*medula fibrosa*), contendo longas células fusiformes mergulhadas numa substância hialina e homogénea, estado preliminar de formação óssea. II — Outras células mesenquimatosas, também englobadas por substância inter-celular, são precursoras das cartilagens. Condições patológicas do meio ou da substância inter-celular favorecerão a metaplasia num ou noutro dos dois estados de derivação.

c) *Formação do esboço*. Os dois tecidos, calcificando-se, constituem o esboço para a deposição posterior das lamelas ósseas a partir de núcleos: um fibroblástico, outro cartilaginéo.

d) *Formação do osso*. Esta depende do desenvolvimento vascular. As lamelas ósseas vão depor-se em tórno dos vasos, constituindo os sistemas de Havers.

e) *Finalmente a reabsorção* depende de coordenada função entre os osteoblastos e os osteoclastos, rigorosamente regulada pela permeabilidade das paredes dos vasos sanguíneos.

Dum modo geral, ambas as hipóteses se harmonizam.

Resta falar do perióstio, «membrana funcionalmente banal» (Leriche e Policard).

É êle constituído por duas camadas: uma externa, de tecido conjuntivo laxo, outra, interna de feixes conjuntivos espessos e de fibras elásticas. Feixes oblíquos fazem aderir o perióstio ao osso que recobre.

Não lhe é devido papel osteogénico especial, como Ollier pretende; apenas o metaplástico ósseo inerente a todos os tecidos conjuntivos indiferenciados, acrescido pela sua contigüidade óssea anatómica e mútua repercussão circulatória regional.

Possue vasos e nervos próprios e dá passagem aos que ao osso se destinam.

*

*

*

O estudo anátomo-patológico dos ossos atingidos pela osteogénese imperfeita revela *in primo*, soluções na habitual continuidade da parte cortical, exteriormente com o aspecto de harmónio, e interiormente com o de um tubo de borracha distendido.

O processo caracteriza-se pela produção insuficiente de osso: quer por deficiente capacidade fixadora do cálcio por parte da substância pre-óssea, como pretende Eiken; quer se realize uma exagerada reabsorção; quer, finalmente, por que os osteoblastos exerçam um papel insuficiente (Schmidt), bem como o periósteeo.

As diáfises dos ossos longos são, assim, dotadas de acentuada fragilidade, reduzindo-se a espessura da camada cortical, a ponto do canal medular comunicar largamente com o periósteeo.

A medula não se mantém indiferente: adquire um carácter fibroso, com finas fibrilhas e células fusiformes, aumentando o processo de destruição óssea, como Lindemann admite, atribuindo-lhe a causa principal da afecção.

A deposição calcária é um tanto irregular, quasi nula em certos pontos da periferia. Da cartilagem há apenas a referir certa hipofunção, sendo a ossificação endocranal quasi normal.

Weber, descrevendo um corte histológico dum osso longo (tibia) num caso de osteogénese imperfeita, nota a fraca consistência da parte cortical, com algumas esquirolas livres, constituindo ilhas no meio de tecido fibroso medular. Nestas zonas não há osso separando o periósteeo da medula. No centro, medula com elementos linfóides.

O mesmo autor resume assim, partindo da existência de cinco fases no desenvolvimento ósseo, os fenómenos ocorridos:

a) *Do tecido mesenquimatoso indiferenciado*: morfológicamente, não se reconhecem modificações sensíveis neste estado. Tem-se apenas encontrado superabundância de medula linfóide, parecendo haver metaplasia exagerada do tecido germinal, mais em tecido mieloplástico que em ósseo.

Daqui, o ter-se também designado a osteogénese imperfeita como *doença mieloplástica*.

b) *Diferenciação e aumento da substância inter-celular*: as células mesenquimatosas diferenciam-se normalmente.

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creosote. 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.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE PARIS (8º) RACHITISMO

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

PARIS, P. LEBEAULT & Cº, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

LISBOA MÉDICA

Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e musculares.
Insônia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA

CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:
CATULLO GADDA
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
único representante dos Productos, Ciba em Portugal,

c) *A formação do esboço ou núcleo* mostra uma calcificação normal. O tecido ósseo embrionário não se reabsorve. Weber compara o osso da osteogénese imperfeita, nesta fase, ao normal, sem os sistemas de Havers.

d) *Formação do osso*: o osso forma-se apenas em algumas camadas vizinhas dos focos das fracturas sofridas, não havendo formação de lamelas ósseas: o tecido de que derivam é logo calcificado.

e) *Reabsorção*: as células gigantes exercem o seu papel, mais activamente, nas zonas de calos ósseos.

Conclusões: a formação óssea parece parar na terceira fase. Se considerarmos o termo de formação à direita, haveria, como em hematologia, um desvio para a esquerda na osteogénese imperfeita.

PATOGÉNESE

Citadas, resumidamente, as lesões anátomo-patológicas, cabe apontar as hipóteses correntes, formuladas sobre a génese desta osteopatia.

Vimos, anteriormente, que os fenómenos constatados *in loco* são, por uns, atribuídos à deficiente actividade dos osteoblastos, por outros, a uma excessiva osteoclasia ou osteólise, por terceiros a ambos os factores, alternada ou concomitantemente. Mas, ¿onde localizar o mecanismo, de cuja disfunção, resultantes tão pronunciadas se ocasionam?

Sempre que a interpretação de determinadas entidades mórbidas se afigura difícil — quantas vezes impossível — é a endocrinologia, quem surge, para, através dum ou de vários dos seus elementos conjuntamente, tentar explicar os factos consumados.

E, assim, Fahr encontrou uma maturação rápida e anormal das diferentes glândulas de secreção interna.

Por sua parte, Dietrich considera uma concepção sem fundamento o atribuir-se a doença a deficiência das glândulas de secreção interna. Nicklas notou, em um caso, a existência dum bócio parenquimatoso semelhante ao da doença de Basedow. No caso atrás citado de Planchu e Laurent, não só o filho, como a mãe, seriam atingidos por fenómenos de hipertiroidismo. O estudo biológico experimental foi-nos fornecido por Mouriquant, Michel e Sanyas, que, inoculando fortes doses de glândula tiroi-

deia em cobaio, constatarem uma fragilidade óssea anormal, com propensão a fracturas, bem como a morte do animal, um a dois meses depois da inoculação. Por esta hipótese — a única de consideração, dada a existência de base experimental — a hormona tiróide passaria da mãe ao feto pela via circulatória, causando-lhe as manifestações citadas. No seu «Tratado de Doenças das Glândulas de Secreção Interna», o Prof. Falta, de Viena, não alude, sumariamente sequer, à circunstância da tiroideia ou outro qualquer órgão endócrino exercerem influência patogénica sobre esta doença, concordando com Dietrich.

A hipófise, as glândulas sexuais, ainda o timo, foram também inútilmente invocados, como agentes dos fenómenos descritos.

Para Charcot, a osteogénese imperfeita estaria ligada a lesões da substância cinzenta dos cornos anteriores da medula, cujas perturbações tróficas daí resultantes, estenderiam a sua acção ao sistema ósseo. Ficariam por explicar, a conceber-se esta hipótese, as manifestações de insuficiência osteogénica dos ossos cranianos.

Ainda, contribuindo para a fragilidade óssea, Jansen admite que as pregas amnióticas seriam susceptíveis de, por compressão, perturbarem a irrigação sanguínea, diminuindo a vitalidade do esqueleto, em activo desenvolvimento morfogenético. Os sulcos circulares e simétricos das partes moles, referidos no presente caso, no de Langmead e noutros, proviriam também da compressão local das pregas do Amnios.

DIAGNÓSTICO

Existe uma tão acentuada semelhança nos casos descritos de osteogénese imperfeita, exceptuando a já falada doença de Lobstein, de diferenciação, em determinados casos impossível, que o seu diagnóstico se nos afigura fácil.

Uma ossificação incompleta, macroscópica, dos ossos do crânio, fracturas múltiplas consolidadas e recentes, por vezes diátese *fragilitas ossium* familiar, escleróticas azuis, sulcos por pregas amnióticas, dimensões e peso reduzidos, eis, a traços largos, o quadro clínico apresentado pelo recém-nascido.

Nas afecções ósseas da primeira infância ocupa um lugar de destaque e de importância considerável a sífilis congénita ou,

empregando as expressões mais recentes de Erich Müller, de Berlim, *innata* ou *ingénita*, dado que a primitiva designação pode fazer supor referir-se ao acto concepional, a transmissão da doença, que só mais tarde se realizará.

O caso que referimos apresenta uma particularidade que, não sendo paradigma, é, no entanto, muito pouco freqüente: a existência de reacção de Wassermann, fortemente positiva (+ + + +) no sôro sanguíneo da mãe, dado que, segundo Péhu, se nota habitualmente a negatividade de tal reacção, não só no sangue dos pais como no da criança atingida.

Ante tal coincidência, procuraremos resumir a sintomatologia clínica, anátomo-patológica e radiológica da sífilis óssea congénita.

É do domínio corrente que a infecção luética fetal se produz pela via sanguínea transplacentária, revelando-se a partir do quinto mês da vida intra-uterina a existência de espiroquetas e lesões sífilíticas no feto.

A sistematização dessas lesões, tão extensas e variadas por vezes, ligadas à pululação do espiroqueta de Schaudinn, à sua fase evolutiva e às manifestações reacionais do tecido ósseo ante tal invasão, tem suscitado valiosos trabalhos, cujas conclusões nos permitem integrar, sob o ponto de vista anátomo-patológico, em cinco grupos principais, os fenómenos observados.

Wegner, primeiro, sob a designação de osteocondrite, Parrot depois, sob a de pseudo-paralisia, descreveram uma afecção em geral de aparição súbita, nos três primeiros meses de vida, caracterizada por paralisia reflexa, por dor, localizada especialmente nos membros superiores, pelos movimentos e traumatismos mais activos e freqüentes a que estão sujeitos, com imobilização do braço, ligeira hipertermia e tumefacção no cotovêlo. Por vezes as crianças gritam espontâneamente (Sisto); ou quando se mobiliza forçadamente o membro. Coriza, telangectasia cefálica, lesões cutâneas específicas, etc., podem coexistir. O exame neuromuscular não revela quaisquer alterações nervosas.

A osteocondrite de Wegner consiste numa irregularidade de forma e de espessura das trabéculas osteo-cartilagíneas, que se adelgaçam, ampliando-se os espaços medulares. A linha de ossificação apresenta denticulações múltiplas, sem a regularidade habitual (sinal de Wegner). A metafise, sem consistência óssea,

reduzida a simples tecido conjuntivo, permite facilmente a disjunção diafiso-epifisária ou descolamento epifisário, origem dos sintomas dolorosos. O exame radiológico mostra-nos, já os descolamentos epifisários, quer simplesmente um aspecto irregular, dentado, da linha meta-epifisária.

Fraenkel e Parrot citaram outro aspecto de localização osteo-sifilítica: a periostite ossificante ou hiperostose. Acompanha, por vezes, a osteocondrite, sucede-lhe noutros casos, apresenta-se isolada, raramente, em alguns. Ocupa os ossos longos, de preferência, mas também invade os ossos chatos (cranianos). Somente é atingida a parte cortical, formando-se lâminas ósseas concêntricas em torno do osso, separadas por tecido conjuntivo vascular.

As imagens radiológicas apresentam estrias longitudinais negras, alternando com espaços claros correspondentes às lâminas ósseas e respectivos espaços interpostos.

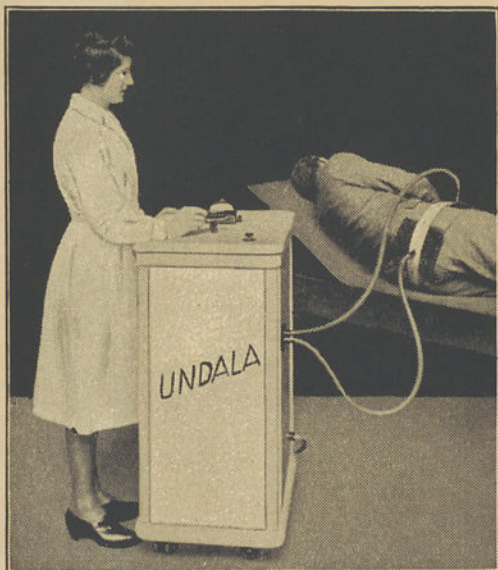
A osteomielite fibrosa diafisária de Pick, terceiro tipo, consiste na formação dum tecido de granulação diafisário, revelável radiologicamente, sob o aspecto de lacunas ósseas, que podem localizar-se na metáfise e são, por alguns, interpretadas como gomas. Sob a acção do tratamento específico, resolvem sem cicatriz.

Existem ainda mais duas formas osteo-patológicas de etiologia luética: *produções exuberantes*, em couve-flor, nas extremidades dos ossos longos, associadas a osteocondrites ou periostites ossificantes, e a de fitas transversais, ligadas, segundo parece, a lesões regressadas de osteocondrite, cuja significação não tem sido bem interpretada.

Em face do aspecto tão característico e da relativa uniformidade dos processos ósseos ligados à sífilis innata, que sumariamente enunciámos, a sua confusão com as deformações apresentadas no nosso caso, sem quaisquer estigmas luéticos, afigura-se-nos quasi impossível.

É facto que uma reacção de Wassermann, no sêro sanguíneo da criança, representaria um pormenor apreciável.

Todos os que se dedicam à clínica pediátrica avaliarão a dificuldade, por vezes não isenta de perigo, que representa a punção da veia jugular externa ou do seio longitudinal superior, melhor, numa criança recém-nascida, com o pêso de 1,850 quilogs. e a agravante de consistência quasi membranosa da calote



UNDALA

Aparelho universal
para a terapia pelas

ONDAS CURTAS

(Comprimento de onda: 12 m.)

e para

DIATERMIA GERAL

ELECTRO-COAGULAÇÃO, BISTURI ELÉCTRICO, ETC.

UNDALA trabalha com faiscadores.

Rendimento superior a 400 watts

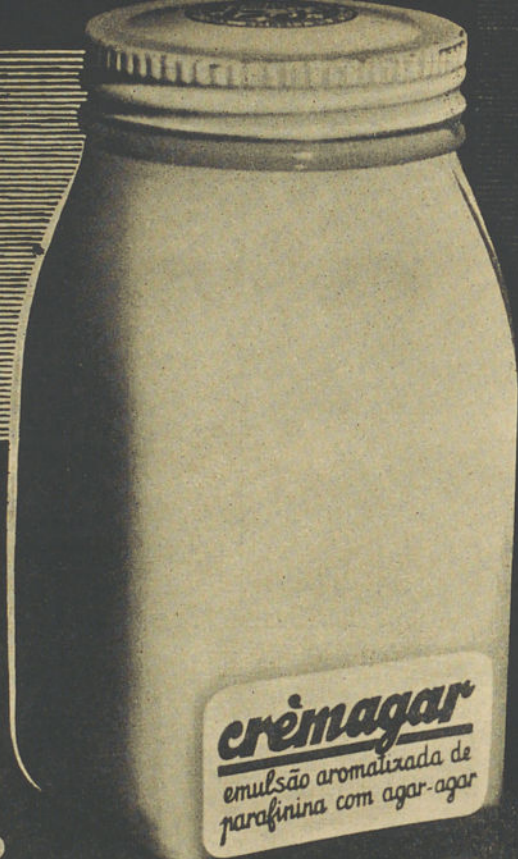
Electricitäts-Gesellschaft "SANITAS" de Berlim

Em exposição permanente numa das salas do estabelecimento do seu representante, **INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**, Rua Nova do Almada, 71 - Lisboa, onde também se encontram expostos os seus mais modernos aparelhos de electricidade médica:

**RAIOS X, BISTURIS ELÉCTRICOS,
MULTOSTATO E LAMPADAS
DE IRRADIAÇÃO, ETC.**

TRATAMENTO
DA PRISÃO DE
VENTRE

crémagar



EMULSÃO AROMATIZADA DE PARAFININA COM AGAR-AGAR
LAXATIVO DE ACÇÃO FISIOLÓGICA

CRÉMAGAR, devido ao agar-agar que entra na sua composição, favorece um aumento de volume do conteúdo intestinal, favorável ao funcionamento fisiológico do órgão



CRÉMAGAR, em virtude das propriedades bem conhecidas da Parafinina, lubrifica as paredes intestinais e facilita o escorregamento suave das fezes

CRÉMAGAR É TAMBÉM PREPARADO COM FENOLFTALEINA

LABORATÓRIOS DE FARMÁCIA DO

Instituto Pasteur de Lisboa

LISBOA

PÓRTO

COIMBRA

craniana, desprovidos, portanto, de pontos de referência que nos orientassem para a prática da punção, de preferência do seio longitudinal.

À nossa curiosidade, um dever se antepunha: *primum, non nocere*.

Um possível contágio post-concepcional, em adiantado período gravídico, seria, admitte-se, susceptível de produzir a infecção materna sem contaminação fetal consecutiva. Mas, com ou sem infecção, neste caso, pelo espiroqueta de Schaudinn, é de presumir, de múltiplos estudos feitos em casos anteriormente descritos, que a sífilis não deve interferir, mais que por coincidência accidental, na gênese da doença que nos ocupa.

Uma hipótese, apenas.

A *condrodistrofia hipoplásica ou acrodroplasia de Parrot* caracteriza-se por uma ossificação normal, com condrogênese fetal insuficiente. O crânio é volumoso e de consistência óssea. Nariz em sela por sinostose prematura. Tronco de dimensões normais, em contraste flagrante com os membros, que, desprovidos de fracturas, sofrem um atraso de crescimento longitudinal (micrómelia). As partes moles excedem as superfícies ósseas a cobrir, resultando pregas cutâneas nas extremidades. As epífises são volumosas e as mãos em tridente (dedos médios separados). Em certos casos, cifose lombar.

Existem factores hereditários e familiares influenciando a aparição da doença. Sob o ponto anátomo patológico, há que referir a disposição desordenada das células cartilagíneas, o seu limitado poder de multiplicação, donde o reduzido crescimento ósseo. Radiologicamente: diáfises transparentes, epífises grossas. Nos casos puros, sem fracturas.

O *raquitismo fetal ou congénito*, durante muito tempo confundido com a condrodistrofia, é excepcional. Apresenta numerosas fracturas condro-costais, crânio-tabes e rosário costal.

Quando as crianças sofrendo de osteogênese imperfeita conseguem sobreviver, a sua distinção com o *raquitismo ordinário* é ainda fácil. Além dos sintomas vulgares que o individualizam, não há, nestes, tão numerosos calos ósseos, nem deformações tão pronunciadas.

A *osteomalácia* aparece tardiamente, em geral na gravidez, sem exagerada tendência a fracturas, antes a encurvamentos por

fraca resistência óssea, com manifestações dolorosas intensas, sendo características as dores na espádua e *sacrum*.

Destacam-se, ainda, contracturas dos músculos adutores das pernas e aumento dos reflexos rotulianos, a que sucede, em certos casos, parestia e impotência funcional. A radiografia mostra descalcificação apenas, sem alterações do desenvolvimento ósseo.

Um estado patológico existe, no entanto, cujo diagnóstico diferencial com a osteogénese imperfeita é um tanto difícil, se não até, por vezes, impossível: é a *osteopsatirose idiopática* ou *doença de Lobstein*.

É uma doença familiar, rara nos países latinos, afectando mais o sexo masculino. As escleróticas são também, frequentemente, azuis. Os ossos apresentam anomalias de desenvolvimento, com achatamentos e bosseladuras, etc. Sob os mais insignificantes traumatismos, dada a sua grande fragilidade, quebram sem grande dor, resultando viciosidades de consolidação com angulações e até pseudartroses. Os ossos apresentam atrofia da parte compacta e alargamento do canal medular, ao exame radiológico. As cartilagens permanecem intactas, como na osteogénese imperfeita.

Alguns autores americanos admitem a doença de Lobstein como uma manifestação de sífilis innata, encontrando-se, segundo afirmam, na maioria dos casos, a R. de W. positiva. Outros, porém, atribuem-na a perturbações nervosas de origem indeterminada, dadas as modificações das reacções eléctricas concomitantes.

Looser e outros consideram ambas as afecções idênticas.

Segundo Bauer, a osteogénese imperfeita é um processo patológico dos ossos na sua fase de formação; a osteopsatirose idiopática affectaria os ossos já formados, em via de crescimento.

Um factor único se poderá, pois, interpor para o diagnóstico diferencial entre estas duas entidades mórbidas: o da maior ou menor precocidade (a osteopsatirose idiopática dá-se frequentemente na segunda infância) na aparição das fracturas ósseas. Mas, certamente, dúvidas insolúveis se nos apresentarão: ¿como considerar, sob o aspecto de diagnóstico, uma criança que na idade de um mês apresenta os sintomas característicos de fragilidade óssea? Osteogénese tardia? Osteopsatirose precoce?

A identidade entre as duas situações é de tal natureza que

o admitir-se uma única doença em que, das suas várias designações, cada qual utilizasse a mais harmônica com o seu critério, parece a solução mais compatível com os conhecimentos do momento.

Van der Hoeve e Klein, constatando, por vezes, a inclusão, na osteopsatirose de Lobstein, de lesões não só constitucionais, mas inflamatórias e neoplásicas, englobam num *síndrome* do seu nome, a fragilidade constitucional óssea com carácter familiar, escleróticas azuis, surdez e deformações cranianas com adelgaçamento da parte osteo-cortical.

Há uma forma de osteogénese incompleta: a *dysostose cleido-craniana de P. Marie*. É freqüentemente hereditária, mas, em certos casos, os filhos nascem imunes da tara mórbida dos progenitores.

As crianças são hipoplásicas, mantendo até à idade adulta os espaços membranosos cranianos com saliência das bossas parietais e achatamento do occipital, originando um crânio alargado, sem hidrocefalia. As clavículas caracterizam a enfermidade: são incompletas, bilateralmente rudimentares, faltando a parte média; outras vezes tôda a metade acromial, resultando movimentos exagerados da espádua e ausência dos relevos da cúpula torácica, que se continua indistintamente com o pescoço.

Crouzon e Bouttier alargaram o tipo descrito por P. Marie, dado que encontraram, além das alterações citadas por êste, uma agenésia dos ramos ósseos ilíacos, sem a habitual oclusão dos buracos obturadores. Designaram esta insuficiente ossificação de *forma cleido-crânio-pélvica*. A radiografia confirma, em ambos os estados, a rarefacção óssea.

Fácil será eliminar, ainda, da osteopatia sôbre que temos falado, os casos de osteo-fragilidade sintomática, secundária a sarcomas, quistos, metástases, escorbuto e outras alterações ou reproduções ósseas, bem como doenças nervosas, com que aquela é susceptível de coexistir: tabes, paralisia geral e siringomielia.

Terminando, duas palavras sôbre a *terapêutica*: Impossibilitados de prevenir as numerosas fracturas ocorridas já na vida intra-uterina, já no trabalho do parto, cujos esboços de consolidação as imagens radiológicas nos mostram precocemente, importa tomar precauções, preservando a criança dos traumatismos mais insignificantes. Têm preconizado alguns a helioterapia

como meio de tratamento. Contentam-se outros com os R. U. V. da lâmpada de quartzo. O óleo fosforado (0,01 de P para 100 grs. de óleo de fígado de bacalhau) foi também usado. Praticamente, porém, os processos de tratamento citados não excedem ideas sumárias, sem base científica que as suporte, podendo, sem exagêro, considerarmo-nos impotentes para debelar os efeitos desta enfermidade, dum modo geral, de prognóstico fatal em curto prazo.

BIBLIOGRAFIA

- ASCHOFF. — Anatomia Patologica Speciale. 1930.
 CHAUMET. — Traité de Radiodiagnostic. 1930.
 COMBY. — Traité des Maladies de l'Enfance. 1920.
 FALTA. — Tratado de las Enfermedades de las Glandulas de Secreción Interna. 1930.
 FEER. — Diagnóstico de las Enfermedades de los Niños. 1927.
 — Tratado de las Enfermedades de los Niños. 1932.
 FINKELSTEIN. — Tratado de las Enfermedades del Niño de pecho. 1932.
 HENKE und LUBARSCH. — Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie. Vol. 9. Parte I. 1929.
 KAUFMANN. — Trattato di Anatomia Patologica Speciale. Vol. 2. 1928.
 LANGMEAD — *The British Journal of Children's Diseases*. Maio de 1908.
 LERICHE e POLICARD. — Les problèmes de la Physiologie normale et pathologique de l'Os. 1926.
 LIÈVRE. — L'Ostéose Parathyroïdienne et les Ostéopathies Chroniques. 1932.
 MATTHES. — Diagnóstico diferencial de las Enfermedades Internas. 1930.
 PÉHU et M.^{elle} Guillotel. — *Revue Française de Pédiatrie*. N.º 1. Tõmo III. 1927.
 PÉHU et POLICARD. — *Presse Médicale*: Nosologie de la Syphilis osseuse congénitale, dans la première enfance. N.º 67. 1931.
 — *Revue Française de Pédiatrie*. N.º 1. Tõmo VIII. 1932.
 PFAUNDLER e SCHLOSSMANN. — Tratado enciclopédico de Enfermedades de la Infancia. Tõmo II. 1932.
 WEBER. — *Archives of Pathology* (Chicago). N.º 5. Maio de 1930.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS, Rua 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.^a
RUA DA PALMA, 240 - 246 LISBOA

Gripe

Profilaxia

PASTILHAS DE **PANFLAVINA**

(Antiséptico quimioterapêutico a base de Trypaflavina)
Para a desinfecção profilática da cavidade bucal nos casos de perigo de infecção (anginas, catarro agudo das mucosas, gripe, etc.)

Frascos de 30 pastilhas. Embalagem original

Tratamento

Aos primeiros sinais da enfermidade

GARDAN

para combater rapidamente a febre e as dores de cabeça e membros

Tubos de 10 comprimidos a 0 gr. 50. Embalagem original

CRESIVAL

O acreditado e suave expetorante em forma de xarope. Antiflogístico e calmante por liquefação das secreções viscosas

Frascos de 125 gr. Embalagem original

«*Bayer-Meister Lucius*»

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

«**LUSOPHARMA**»
Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150. 3.º
LISBOA



M. R.

NOTAS CLÍNICAS

DO EMPRÉGO DA BANANINA NA ALIMENTAÇÃO DOS LACTANTES

POR

DR.^A SARA BENOLIEL

Directora da Creche dos Hospitais Cívicos de Lisboa
Assistente livre da Cadeira de Pediatria da Faculdade de Medicina

A farinha bananina, obtida por desidratação da banana, pertence ao grupo das féculas, que considero particularmente útil para a modificação do regime dos lactantes, em virtude da combinação de açúcares facilmente assimiláveis e das vitaminas B, C e D. Pelo facto de conter, em proporção elevada, hidratos de carbono, e pela sua riqueza em vitaminas, torna-se, associada ao leite de vaca, um alimento completo.

A sua composição é a seguinte (1):

Humidade a 100°	0,30 %
Matérias minerais	3,10 »
Gordura	0,96 »
Açúcares reductores (em glucose).....	1,15 »
Proteínas (substâncias album.)	3,06 »
Amido	90,60 »
Celulose	0,73 »
	<hr/>
	99,90 %
Ácido fosfórico (P ₂ O ₅).....	0,22

Baseada nos ensinamentos da escola alemã de Finkelstein, L. F. Meyer, Nassau, Moro e outros, e da prática de seis anos, obtida como encarregada da consulta de dietética de lactantes, no serviço do Prof. Salazar de Sousa, no Hospital de D. Estefânia, aconselho sempre, como vantajoso e conveniente, adicionar hidratos de carbono ao leite de vaca, para se obter, nos lactantes, o mais favorável desenvolvimento, pois é sabido que estes não só desempenham o papel de fontes de energia, como também são agentes indispensáveis para a boa digestão e assimilação dos albuminóides, das gorduras, fixação da água e utilização dos elementos minerais do leite. Além disso, pelo enriquecimento do seu valor calórico, evita as doses elevadas de leite, o que se reflecte numa sobrecarga das funções digestivas.

(1) Esta análise da bananina é do Prof. Charles Lepierre.

Comecei a empregar a bananina na minha consulta do «Dispensário dos Amigos do Tribunal da Infância», e dos resultados obtidos, por se me afigurarem interessantes, venho aqui apresentar alguns casos, que foram seguidos e observados durante seis meses.

Empreguei a bananina em vinte e três lactantes; dêstes escolhi quatro casos, que apresento, acompanhados das histórias clinicas e respectivos gráficos, por me parecerem dos mais sugestivos. Tratava-se de crianças de tôdas as espécies, tendo eliminado as que apresentavam perturbações digestivas agudas. Os quatro casos constam de dois gémeos com debilidade congénita, pesando, ao mês de idade, um dêles, 2 quilogrs, e o outro, 2,100, um hipotrófico, com cianose congénita, e outro hipotrófico, com intertrigo.

Tôdas as crianças toleraram bem a bananina e evoluçionaram sem qualquer distúrbio. Nuns casos adicionámos a bananina ao leite de vaca, dando-lhe uma fervura; noutros, ao leite em pó, de Avanca; tanto num como noutro caso, fizemos a diluição do leite, com cozimento de cevadinha.

Nos gémeos, empregámos a bananina adicionada ao leite em pó, conservando o pouco leite que a mãe tinha; instituímos o seguinte regime:

3×mama e 3×leite em pó de Avanca a 2/3, mais bananina, mais açúcar, que mantém até aos três meses e meio, passando daí em diante para 6×leite em pó a 2/3, com bananina e açúcar, que conserva até aos seis meses.

O aumento ponderal diário nos gémeos foi de 32,7 grs. e nos hipotróficos de 28,7 grs.

No que se refere à qualidade do desenvolvimento, verifiquei raridade de eczema ou de piodermite; as crianças, que choravam dia e noite, tornam-se sossegadas e risonhas, no dizer das mãis; apresentam bom turgôr e bom pânículo adiposo.

Portanto, a bananina, valioso elemento, em virtude do seu elevado poder energético, correspondente a 390 calorias por cento, deve ter larga applicação, nos casos em que necessitemos instituir uma dieta rica em calorias, sob um pequeno volume, tendo por base os hidratos de carbono, em lactantes sãos, mas cujo pêso esteja abaixo do normal.

OBSERVAÇÃO I. — Wanda Martins é o n.º 294 da consulta do «Dispensário dos Amigos do Tribunal da Infância», que vem à nossa consulta em 23-5-933, aos três meses, pesando 4,350 quilogrs. e tendo 54 cm. de estatura. É o sétimo filho, de pais saudáveis; vivem só três filhos, tendo morrido os quatro com broncopneumonia, respectivamente aos três anos, dois anos, ano e meio, e um ano.

Nasceu de tempo e a mãe tem-lhe dado, além da mama, leite de vaca, que vomita de vez em quando, e não tem medrado.

Além da sua hipotrofia, tem também intertrigo; foi vacinada aos dois meses. O regime indicado foi o seguinte: 4×mama e 2×100 grs. de leite em pó de Avanca a 2/3, com meia colher de chá de bananina, e meia colher de chá de açúcar; aos oito dias dêste regime, aumenta 150 grs.; não tornou mais a vomitar e chegou aos quatro meses pesando 4,800 quilogrs.; como a mãe se queixe de hipogalactia, damos o seguinte: 3×mama e 3×leite em pó de Avanca a 2/3, mais uma colher de chá de bananina e uma também de

chá de açúcar, que conserva até 11-7, atingindo o pêso de 5 quilogrs. Curada do intertrigo.

Por ter secado completamente o leite à mãe, passámos a dar $6 \times$ a mesma mistura de leite em pó e de bananina, pesando, em 27-7, 5,350 quilogrs., e medindo 59 cm. Prova que se desenvolveu aos cinco meses regularmente, visto que, além da sua boa disposição e do bom estado geral, adquiriu uma certa resistência contra as infecções, pois nunca adoeceu.

OBSERVAÇÃO II. — Júlia Dias é o n.º 215 da nossa consulta; vem em 12-I-933, com um mês de idade, pesando 2 quilogrs., e tendo 45 cm. de estatura. É o oitavo filho, de um parto gemelar; são vivos apenas três, havendo morrido cinco: dois com broncopneumonia, aos quatro anos um, e outro aos dois meses; com varíola, um aos dois anos e meio; outro, aos quatro anos, com sarampo, e outro aos sete meses, com febre tifóide.

Nasceu de tempo, de pais saudáveis. Debilidade congénita. Apresenta reduzido pânículo adiposo, chorando muito de dia e de noite, não mama bem, por debilidade. Damos o seguinte regime: $3 \times$ mama e 3×100 grs. de leite em pó de Avanca a $2/3$, mais meia colher de chá de bananina e meia de chá de açúcar e, aos sete dias dêste regime, a curva ponderal é de 2,250 quilogrs., toma bem o biberon, não deixando nada; em 24-I pesa 2,450 quilogrs. Aumentámos, em 2-II, a bananina para uma colher de chá e em 14-II pesa 2,870 quilogrs. A mãe já não tem leite, por isso damos $6 \times$ leite em pó, com as mesmas quantidades de bananina e de açúcar, que conserva até ao dia 28-III, pesando 3,900 quilogrs.

Suporta bem a reacção à vacina, que é positiva, e, aos quatro meses de idade, em 25-IV, pesa 4,450 quilogrs.; nesta altura aumentámos o leite em pó para 6×130 grs., com uma colher de chá e meia de bananina, mais uma colher de chá de açúcar, que conserva até aos cinco meses e meio, pesando, em 30-V, 5,400 quilogrs. Aumentámos o leite, em 6-VI, para 6×150 grs., e as mesmas quantidades de bananina e de açúcar, chegando aos seis meses com o pêso de 5,850 quilogrs., com óptimo estado geral e medindo 60 cm. Dorme bem e já não chora, estando, pelo contrário, sempre risonha.

OBSERVAÇÃO III. — José Luciano Dias é o n.º 216 da referida consulta, que vem na data de 12-I-933, com um mês, pesando 2,400 quilogrs., e medindo 47 cm. É o nono filho, de um parto gemelar, dos quais são vivos apenas três, tendo morrido cinco: com varíola um, aos dois anos e meio; aos quatro anos, com broncopneumonia, outro; aos quatro anos, com sarampo, outro; aos dois meses, com broncopneumonia, outro; e aos sete meses, um, com febre tifóide.

Nasceu de tempo, de pais saudáveis, tendo a mãe pouco leite para criar os dois gémeos. Além da sua debilidade congénita, tem também fungo umbilical. Instituímos o seguinte regime: $3 \times$ mama e 3×100 grs. leite em pó de Avanca a $2/3$, com meia colher de chá de bananina, mais meia colher de chá de açúcar; sete dias depois de tomar êste alimento, pesa 2,650 quilogrs., que conserva até o dia 9-II, pesando 2,850 quilogrs., e, como a mãe tem hipogalactia, damos $2 \times$ mama e $4 \times$ leite em pó, com uma colher de chá de bananina e uma de chá de açúcar, atingindo, em 23-II, o pêso de 3 quilogrs. Como

secou por completo o leite à mãe, pois sofre muita miséria e muita fome, passámos a dar $6 \times$ leite em pó, com as mesmas porções de bananina e de açúcar, atingindo os três meses de idade com o pêso de 3,450 quilogrs. Dorme bem e tem óptimo estado geral. Vacino-a contra a varíola, com resultado positivo, o que não lhe causa abalo algum; sempre com o regime indicado, atinge os três meses e meio pesando 4,100 quilogrs. Aumento o leite de Avanca, para 6×130 grs. de leite em pó a $2/3$, mais uma colher de chá de bananina e uma de açúcar, que mantém até aos cinco meses, pesando 5,700 quilogrs., e medindo 59,5 cm. Daí em diante damos 6×150 grs. de leite em pó de Avanca a $2/3$, mais uma colher de chá e meia de bananina, e uma de açúcar, chegando aos seis meses com o pêso de 6,420 quilogrs., e medindo 60,5 cm.

OBSERVAÇÃO IV. — António Pereira é o n.º 212 da consulta; vem em 10-1-933, com três meses de idade, pesando 4,600 quilogrs. e medindo 56 cm. É o sexto filho, nascido de tempo, de pais saudáveis; vivos só dois; morreram quatro: aos dois anos, com meningite, três; e aos nove anos, com bronquite capilar, um.

A mãe dá-lhe, além da mama, que é insuficiente, leite de vaca, mas a criança não medra, tendo, além da sua hipotrofia, cianose congénita. Chora muito, dando noites péssimas; tem as carnes moles e flácidas. Indicámos o seguinte regime: $2 \times$ mama e 4×100 grs. de leite de vaca a $2/3$, mais meia colher de chá de bananina, mais uma colher de chá de açúcar, que mantém até o dia 14-II, passando para 6×100 grs. de leite de vaca a $2/3$, com as mesmas quantidades, pois secou completamente o leite à mãe.

Em 7-III adoece com otorreia do ouvido esquerdo, o que em nada modifica a curva ponderal. Aumentámos, em 21-III, a bananina para uma colher de chá, que conserva até o dia 18-IV, quando faz seis meses. Daqui em diante toma 4×150 grs. de leite de vaca completo com uma colher de chá de bananina e uma colher de chá de açúcar, e $1 \times$ papa de farinha Nestlé.

Nunca teve perturbações digestivas e chega aos sete meses pesando 6,400 quilogrs.

Começa a manifestar anorexia do período da dentição, deixando no biberon algumas gramas de leite com bananina, mas não diminue de pêso. Substituímos um biberon de leite por um caldo de carneiro, engrossado com puré de legumes, chegando aos oito meses com o pêso de 7 quilogrs., e a estatura de 66 cm. Apresenta carnes duras com bom turgôr, boa ossificação da fontanela, e dois incisivos medianos inferiores.

BIBLIOGRAFIA

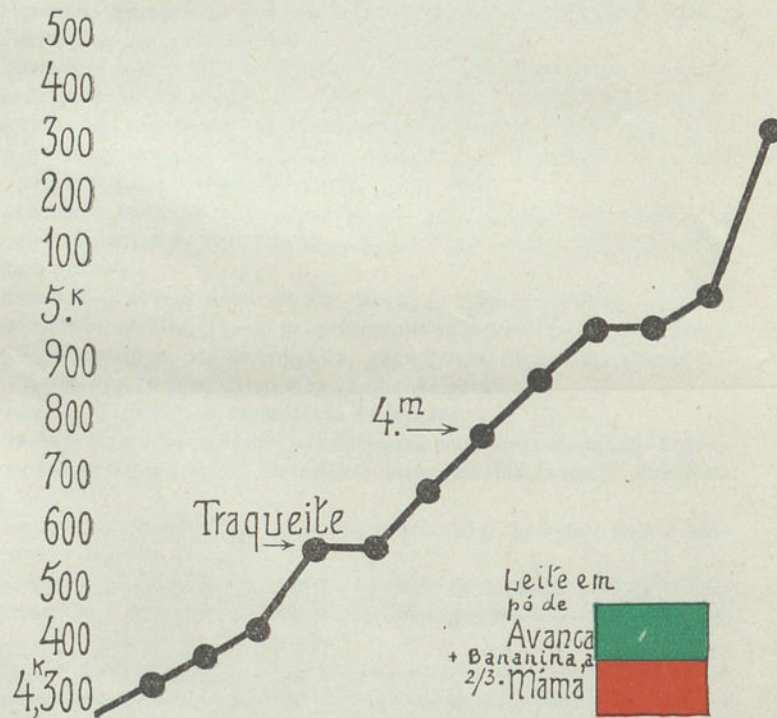
- RAYM HERTWIG. — Valor alimentar da banana. *Jour. of the Amer. Med. Assoc.* 19-XII-931.
- BESSAU. — Ernährungsversuche mit kohlehydratangereicherter Vollmich. *Monatsschf. f. Kinderhk.* Bd. 42 Jan. 1929.
- H. FINKELSTEIN. — Tratado de las enfermedades del niño de pecho.
- FONSECA e CASTRO. — As farinhas nos lactantes de tenra idade. *Portugal Médico.* Vol. XVI. N.º 12. Dezembro de 1932.

Nº 1. Wanda Martins

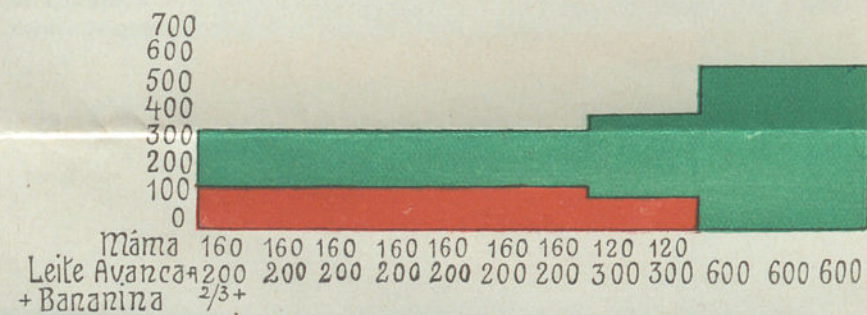
idade 3 mezes em 3-5-933

Hipotrofia

Maio Junho Julho
Datas: 23 25 30 6 8 15 22 29 4 11 13 27



Leite em pó de Avanca + Bananina 2/3. Mãe

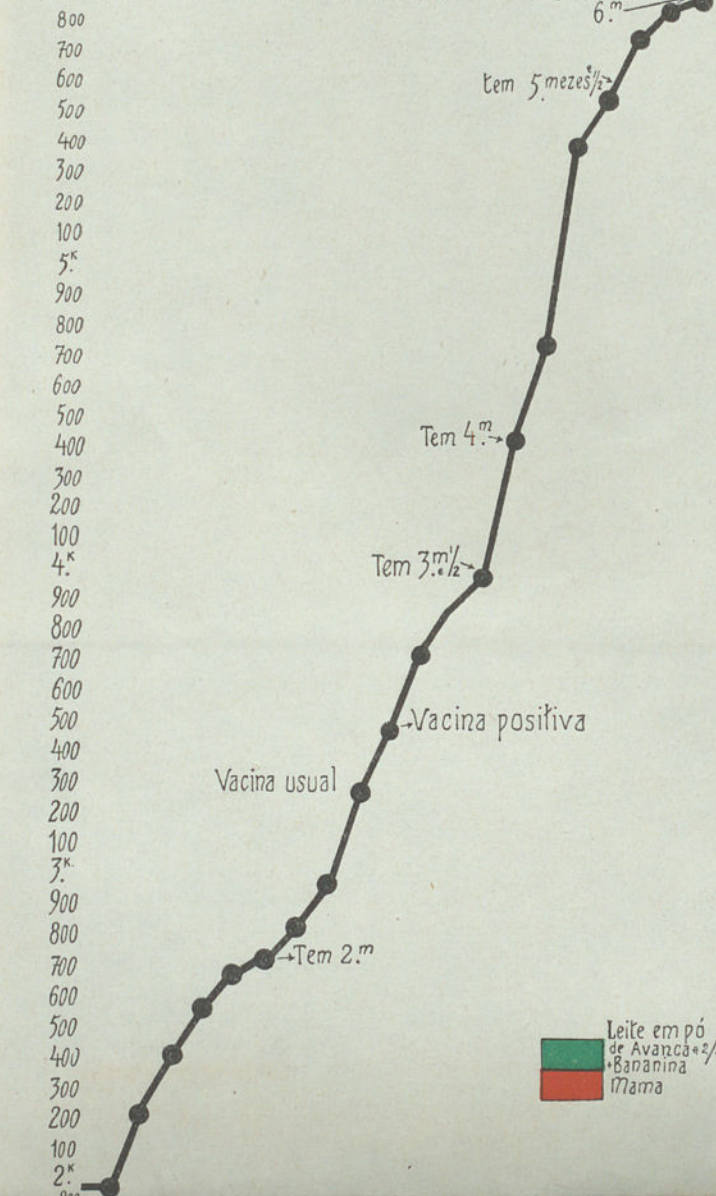


Vômitos | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Feces || | | | | || | | | |

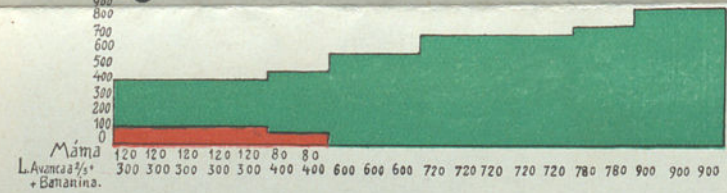
Nº 2. Julia Dias

debilidade Congênita - Gémea
idade: 1m. Peso: 2.º em 12-1-933

Datas Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho
12 19 24 2 7 9 14 23 7 14 21 28 4 11 25 9 30 6 13 20



Leite em pó de Avanca + Bananina 2/3. Mãe

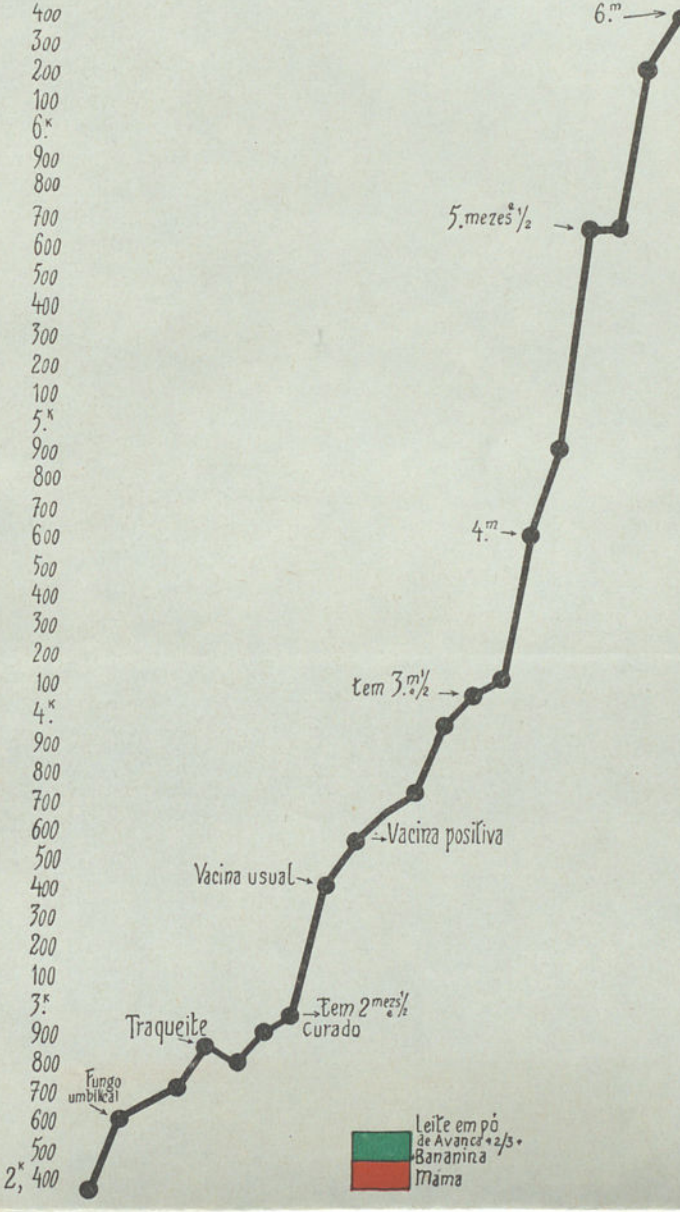


Vômitos 0
Feces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

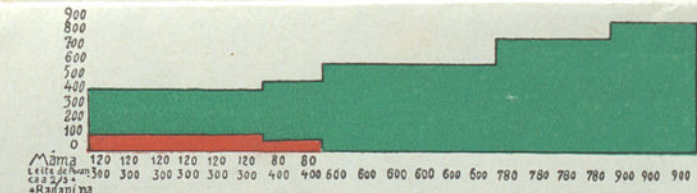
Nº 3. José Luciano Dias

debilidade Congênita
Gémeo idade: 1m. Peso: 2.º 400 em 12-1-933

Datas Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho
5oo 12 19 24 2 7 9 14 23 7 14 21 23 28 4 11 25 9 30 6 13 20



Leite em pó de Avanca + Bananina 2/3. Mãe



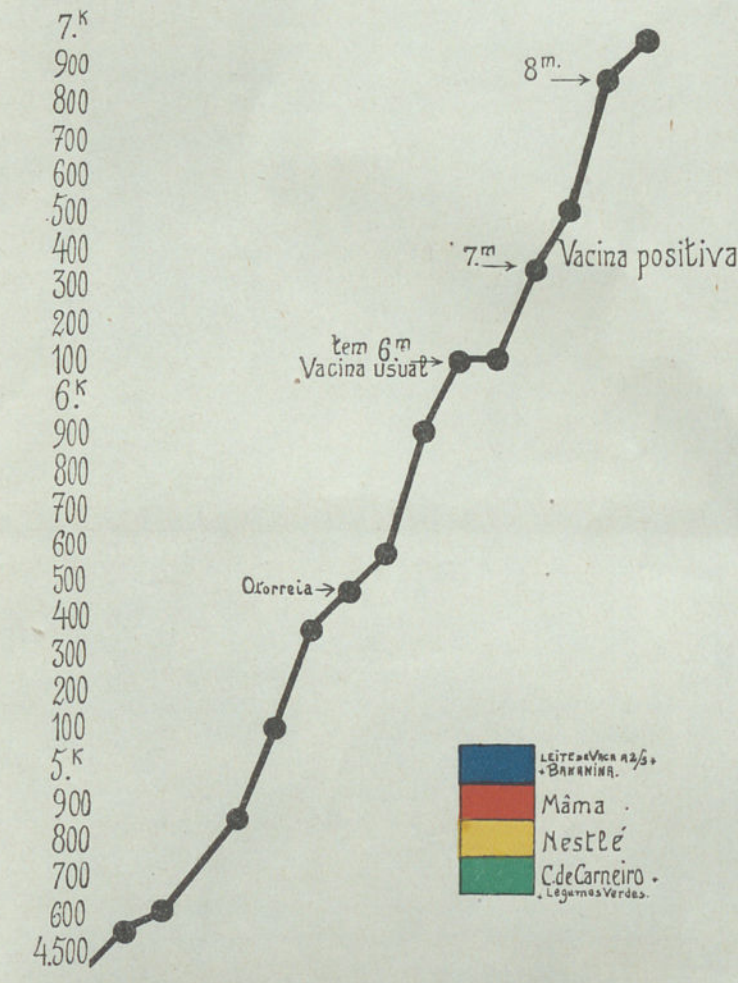
Vômitos 0
Feces || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nº 4. Antonio Pereira

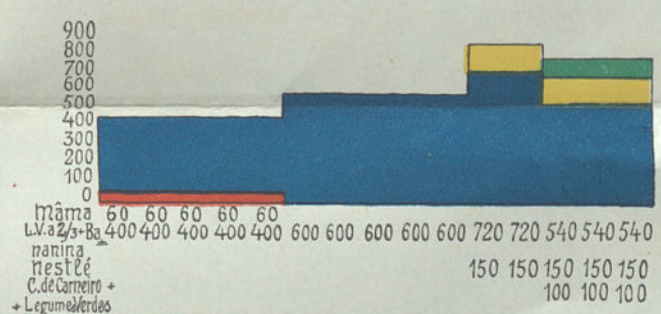
idade 3 mezes Peso 4,600 em 10-1-933

Hipotrofia

Datas Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho Julho
10 12 19 26 7 14 23 7 21 18 4 18 30 22 6



Leite em pó de Avanca + Bananina 2/3. Mãe
Mãe
Nestlé
C. de Carneiro - Legumes Verdes



Vômitos 0
Feces || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

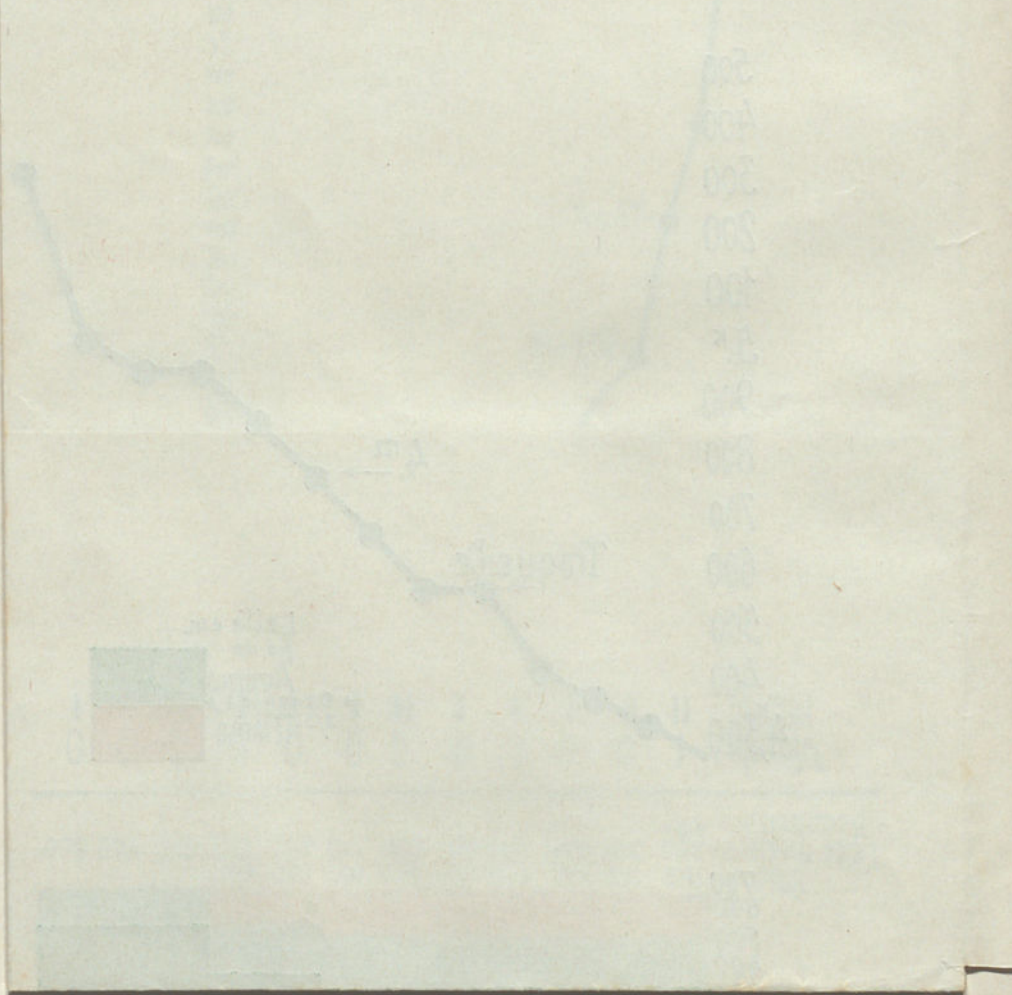
WATER METERS

Water Meters

Water Meters

Water Meters

Water Meters



Revista dos Jornais de Medicina

Os estados leucémicos. O seu tratamento com os raios X. (*The leucemic states: their treatment with X ray*), por ARTHUR R. ELLIOFF e EDWARD L. JENKINSON. — *The Med. Clin. of North Am.* Setembro de 1933.

As indicações e contra-indicações do tratamento pelos raios X nas afecções leucémicas são revistas neste artigo e bem assim as normas para regular o tratamento apropriado por meio das observações indispensáveis nos doentes. No final do artigo apresentam o seguinte resumo:

Qualquer que seja o tipo de leucemia, a evolução fatal faz-se dentro de um limitado período de tempo. Ao lado de outras modalidades de tratamento, os raios não aumentam de maneira apreciável a sobrevivência dos doentes, a-pesar-de inquestionavelmente constituírem o melhor meio para os tratar, pelas modificações benéficas que produzem.

Ao instituir o tratamento pelos raios X o único objectivo é então o de manter o doente dentro de um relativo bem-estar e só nestas condições, pelo maior tempo possível.

Por esta razão devem tomar-se em conta, ao regular as doses de tratamento e os seus intervalos, não só propriamente as manifestações específicas da doença (leucocitose, esplenomegália, adenopatia, etc.), mas também a condição do seu estado subjectivo e as condições gerais.

Os raios X não devem ir além d'este *desiderata*.

A falta de conveniente cuidado nas dosagens pode levar a uma tal depressão de hematopoiese que acarrete sérias conseqüências (anemia aplástica, purpura).

Um estudo atento das preparações do sangue deve preceder t'oda a aplicação de novas doses de raios X.

A leucocitose, durante o tratamento, significa aparição de período refractário aos raios X e, nesta fase, ainda de maiores cautelas carece o estado do doente.

A febre, a acentuação da anemia, as manifestações hemorrágicas são outros tantos sinais de mau prognóstico. Uma baixa no número de glóbulos contra indica t'oda a nova aplicação até que se faça a estabilização do estado do sangue. Uma leucocitose total relativamente alta não é necessariamente de mau significado desde que o doente se sinta em boas condições. Segundo os autores, a irradiação do tórax (costelas, escápulas, vértebras) é mais eficiente de que o tratamento intensivo s'obre o baço.

MORAIS DAVID.

Agranulocitose. Infecção lenta com manifestações hematológicas de anemia aplástica. Leucémia aguda. (*Agranulocytosis; sepsis lenta with aplastic anemic blood picture; acute stem cell leukemia*), por FREDERICK TICE e RICHARD H. JAFFE. — *The Med. Clin. of North Am.* Setembro de 1933.

Os autores relatam as histórias clínicas de três doentes com diferentes doenças dos órgãos formadores do sangue: um caso de agranulocitose, um de infecção com estreptococo *viridans*, sem endocardite e com manifestações hematológicas de anemia aplástica e um de leucémia aguda do tipo hemocitoblástico. Para o primeiro caso fazem seguir a história clínica e exame anátomo-patológico de uma apreciação acêrca da espécie mórbida referida.

A agranulocitose é um complexo sintomático bem definido, mas não é uma doença *sui generis*.

No meio de um quadro clínico e anatómico especial há, simultâneamente, uma alteração tóxica grave da medula óssea e em particular da sua parte granulopoiética.

Nos primeiros períodos da doença a medula óssea tem uma proliferação celular anormal, indicativa de uma reacção compensadora. Os mielócitos em breve sofrem degenerescência, perdem as granulações, o núcleo torna-se picnótico e finalmente as células precursoras dos leucócitos desaparecem por completo. O tecido eritropoiético, como regra, não sofre grandes alterações na doença e a numeração dos megakariócitos pode estar aumentada ou diminuída. Alterações do mesmo tipo aparecem ocasionalmente nas septicemias e é possível encontrar na clínica todos os casos da transição entre a verdadeira septicemia e a forma clássica de agranulocitose. A agranulocitose pode associar-se a certas infecções ou intoxicações, mas, na maioria dos casos, a etiologia permanece obscura.

Os processos gangrenosos da bôca, vagina, garganta pele e tubo digestivo, que acompanham o cortejo de sintomas próprios da doença, são secundários e resultam da inferioridade das reacções locais de defesa, pela ausência de leucócitos.

MORAIS DAVID.

Hemofilia. (*Hemophilia*), por CARVOL L. BIRCH.

Policetémia. Seus tipos, sintomas e características hematológicas, por LE ROY HENDRICK STOAN.

Anemia aplástica. (*Aplastic anemia*), por EVANS W. PEMOKIS. — *The Med. Clin. of North Am.* Setembro de 1933.

Estes três artigos completam, com os dois a que anteriormente nos referimos, o conjunto de referências que a revista dedica às doenças dos órgãos formadores do sangue. Ainda como os dois artigos que mais pormenorizadamente relatámos nas duas referatas anteriores, estes outros aludem aos factos mais importantes que caracterizam as respectivas afecções, às indicações terapêuticas e fazem acompanhar estas considerações de histórias clínicas

referentes a casos comprovados da doença, com sua evolução, dados laboratoriais e exames anátomo-patológicos.

MORAIS DAVID.

Tumores do estômago. (*Tumors of the stomach*), por WALTERMAN WALTERS. — *An. of Surg.* Agosto de 1933.

De todos os carcinomas, o gástrico é o mais freqüente. Os seus sintomas clínicos revelam-se, na maioria dos casos, por queixas do tipo dispéptico, menos vezes com o tipo de úlcera; nos casos em plena evolução, os sintomas tornam-se então característicos. O exame röntgenológico identifica a doença com uma certeza em 95 % dos casos. Os carcinomas gástricos ou tomam a forma de tumores mais ou menos volumosos e exuberantes e são então, como regra, do tipo colóide, ou affectam a forma de adeno-carcinoma ulcerado, o tipo mais comum.

Os sarcomas são raros. Os tumores benignos, ainda que raros, revelam-se, por vezes, com sintomas de obstrução pilórica, devida ao prolapso intermitente da massa tumoral através do esfíncter pilórico. A natureza destes tumores benignos é, na sua maior parte, fibro-adenomatosa. Outros tumores benignos são ainda encontrados, mais raramente do que aqueles.

A potencial malignidade dos pólipos do estômago impõe naturalmente a necessidade de um exame anátomo-patológico em todos os casos desta natureza. A exploração cirúrgica está indicada sempre que essa exploração não põe em perigo a vida dos doentes. Em alguns destes, a gastrectomia oportuna permite uma sobrevivência apreciável e, noutros casos, sem resultados tão brilhantes, é por vezes possível modificar as condições do doente e minorar os seus sofrimentos, e, nestas condições particulares do tratamento paliativo, merecem uma especial referência as medidas que tendem a aliviar as dores e a combater os sinais de obstrução.

MORAIS DAVID.

A inactivação da insulina pelo sangue normal e diabético. (*The inactivation of insulin by normal und diabetic blood*), por PETER T. BLACK. — *The Brit. Jour. of Exp. Med.* Outubro de 1933.

Sumário:

A insulina incubada com o sêro sangüíneo, com os glóbulos sangüíneos hemolizados e com os leucócitos citolizados, perde parte da sua acção sobre a glicemia e produz convulsões no coelho, em jejum, quando a injeccção é feita por via subcutânea.

A insulina incubada com células hemolizadas perde também parte da sua actividade quando é injectada por via intravenosa no coelho. Esta modificação na actividade da insulina deriva, provavelmente, da acção de uma enzima. As substâncias inactivantes passam com dificuldade das células para o plasma.

A insulina incubada com sangue total heparinizado retém todo o seu efeito sobre a glicemia, quando injectada por via intravenosa nos coelhos.

O mesmo se verifica com a insulina incubada com glóbulos rubros ou com leucócitos intactos.

O sangue dos diabéticos, mesmo o sangue dos diabéticos com insulino-resistência, tem o mesmo efeito inactivante sobre a insulina que tem o sangue normal, nas mesmas condições de experiência.

MORAIIS DAVID.

Tumores do duodeno. (*Tumors of duodenum*), por PAUL LA ROQUE e LEE SHIFFETT. — *An. of Surg.* Agosto de 1933.

Os tumores do duodeno são extraordinariamente raros. Em dez casos dos trinta e seis relatados, os tumores do duodeno eram secundários a outros tumores do organismo.

Os sintomas incidem principalmente sobre o estômago. O diagnóstico diferencial com outras afecções pode ser feito por meio do exame radiológico.

MORAIIS DAVID.

Hematemese. (*Hematemesis*), por MAURICE E. SHAW. — *The Lancet.* 12 de Agosto de 1933.

Shaw revê as diversas causas da hemorragia gástrica e traça o programa geral do seu tratamento médico, de que é particular adepto. Quanto ao tratamento cirúrgico, julga-o limitado a uma categoria excepcional de casos:

MORAIIS DAVID.

O tratamento da otite média aguda febril. (*The treatment of acute otitis media in febrile conditions*), por T. O. GRAHAM. — *The Brit. Med. Jour.* 12 de Agosto de 1933.

No seu início, a doença trata-se com aplicações quentes locais, inalações, gotas de glicerina e ácido fénico.

Se estas medidas são insuficientes faz-se a incisão do tímpano e drena-se a cavidade timpânica e o antro mastoídeo. Quando a temperatura prossegue, a-pesar da grande drenagem, e sobrevêm mais dores sobre a mastoideia, a mastoidotomia é imperativa.

MORAIIS DAVID.

O tratamento dos adenomas da hipófise. (*The treatment of pituitary adenomata*), por GILBERT HORAX. — *The Surgical Clinics of North America.* Vol. XIII. N.º 3. Pág. 659. Junho de 1933.

Entre os tumores da região quiasmática os mais vulgares são os adenomas da hipófise; e nestes também que a intervenção cirúrgica mais proveito traz ao doente.

A frequência destes tumores é relativamente grande, e se mais não che-

Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescença



GLEFINA

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

Preparado com

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

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADÁVEL



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 cm³

A. GUERBET & C^{ie}, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy

S^t-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: Pestana, Branco & Fernandes, Lda.

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

LISBOA MÉDICA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatisme
Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N^o 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ - SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinacao nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeicoes, ou agua, no vinho ou outro liquido (dejepto e teste)

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



gam às mãos do neuro-cirurgião é por grande número não ser diagnosticado pelo clínico geral ou mesmo pelo oftalmologista.

O A. cita a frase de Cushing onde se afirma que «muito provavelmente os adenomas da hipófise são tão freqüentes como os da tiroideia».

A sintomatologia dos adenomas cromofobos, os mais freqüentes, com grande diferença dos tumores dessa glândula, é constituída principalmente por uma triada de sintomas: as perturbações subjectivas da visão (diminuição da acuidade, ou sensação de alteração do campo visual), hemianopsia bitemporal, e alargamento da sela turca (aumento da sela em tôdas as dimensões, dando a impressão de «soprada», «ballooning», por vezes destruição das apófises posteriores). Podem juntar-se a estes sintomas principais as cefaleias e as alterações de hipofunção glandular (alterações da pele, da distribuição dos pêlos, das funções sexuais, etc.), principalmente nas mulheres, onde as perturbações da menstruação raramente faltam.

Nos adenomas cromofobos encontra-se a característica aparência do síndrome acromegálico, ou do gigantismo, se a enfermidade se iniciou sendo o doente ainda muito novo.

Nos adenomas cromofobos o metabolismo basal está, em regra, diminuído — 15 a — 30, encontrando-se também freqüentemente prolidipsia e poliúria.

Descreve em seguida o A. a técnica da intervenção cirúrgica para atingir a hipófise por via frontal.

Acentua que nunca se deve tentar a roentgenerapia prévia, de que aponta os inconvenientes.

Apresenta três casos operados com êxito, tendo havido em todos uma notável melhoria da visão.

ALMEIDA LIMA.

Tratamento da claudicação intermitente pela alcoolização do simpático. (*Intermittent claudication without gangrene controlled by sympathetic nerve block*), por F. L. REICHERT. — *Annales of Surgery*. Pág. 503. Abril de 1933.

O A. julga que a claudicação intermitente nos arterioscleróticos pode ser tratada, com grande proveito, pela interrupção das vias simpáticas por alcoolização.

Os «tests» usualmente empregados para apreciar a provável eficácia da interrupção do simpático, como sejam as alterações térmicas da pele após anestesia raquidiana, a injeção de proteínas estranhas ou a interrupção temporária dos nervos periféricos, não são aplicáveis para ajuizar dos efeitos da interrupção do simpático na dor da claudicação intermitente.

É freqüente obter-se alívio da dor sem aumento algum da temperatura cutânea.

Sendo a resposta térmica o único critério pró ou contra a interrupção do simpático, é provável deixar de tratar muitos casos em que ela daria um notável benefício.

O critério diagnóstico preferível é a apreciação do resultado temporário

provocado por uma injeção anestésica (novocaina) paravertebral da cadeia simpática.

O A. relata os bons resultados obtidos em vinte e cinco casos de claudicação intermitente, após a alcoolização paravertebral da cadeia simpática, com prévia injeção de «procaina» como meio de diagnóstico.

ALMEIDA LIMA.

Sintomatologia cerebral aguda transitória nas crianças. (*Acute transitory cerebral manifestations in infants and in children*), por ABRAHAM LEVINSON. — *The Journal of the Amer. Med. Ass.* Vol. 101. N.º 10. Setembro de 1933.

O trabalho do A. consiste no relato de observações de manifestações cerebrais agudas observadas em grande número de crianças e lactantes. O mais novo dos doentes tinha dois meses e o mais velho treze anos. 82 % dos doentes eram do sexo masculino.

O A. chama a atenção para o aparecimento de ptose das pálpebras e hemiplegias, como manifestações transitórias; contudo, os sintomas mais frequentes são os sinais de Brudzinski, de Kernig e de Babinski, a rigidez da nuca e as convulsões.

Esta sintomatologia dura, em regra, de vinte e quatro a quarenta e oito horas, atenuando-se e desaparecendo depois rapidamente.

A causa determinante desta sintomatologia é variável; frequentemente, acompanha uma pneumonia, principalmente do lobo superior esquerdo, uma otite média, uma pielite ou um reumatismo febril.

Nalguns casos não foi possível encontrar nenhuma causa determinante.

As percentagens de cálcio e fósforo no sangue são normais; vulgarmente encontra-se um aumento de glucose no sangue.

O líquido céfalo-raquidiano apresenta, em regra, uma tensão elevada. O número de elementos celulares é, na grande maioria dos casos, normal; e o açúcar, em muitos casos, é em percentagem anormalmente elevada.

O A. chama a atenção para a grande importância do estudo do líquido céfalo-raquidiano nestes casos.

O aumento de açúcar no *liquor* não significa tratar-se de uma meningite em início, pois, em quasi todos os casos estudados, logo ao iniciarem-se os sintomas, se encontraram percentagens elevadas.

O diagnóstico é difícil. O início brusco, a associação com uma doença infecciosa e a atenuação dos sintomas após vinte e quatro a quarenta e oito horas, são os principais elementos de diagnóstico.

É importante a observação das alterações da respiração para o diagnóstico diferencial da meningite cérebro-espinal; o aparecimento de *petéquias* é em favor do diagnóstico de meningococemia.

O tratamento não pode ser sistematizado. Em muitos casos não é necessário tratamento algum; noutros, a punção lombar com fins terapêuticos, pode ser usada com proveito. Injeções de sulfato de magnésio a 10 % são, por vezes, úteis no tratamento das convulsões.

O processo anátomo-patológico, se algum existe, não pode ser determinado, pois todos os doentes se curaram.

O mais provável é que as alterações patológicas sejam diferentes de caso para caso. Edema cerebral deve existir em todos os casos. O factor constitucional deve ser importante na produção destes sintomas.

ALMEIDA LIMA.

Espondilose risomélica e hipercalcemia. (*Spondylose rhyssomélique et hypercalcémie*), por C. I. PARHON. — *Bull. de la Soc. Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. N.º 1 e 3. Pág. 50. 1933.

O A. apresenta o estudo clínico de um caso de espondilose risomélica, no qual foi observado uma calcemia de valor muito alto.

A notável serocalcemia é em favor da relação entre a espondilose risomélica e o hiperparatiroidismo.

Sob o ponto de vista terapêutico, estaria indicada uma paratiroidectomia parcial.

ALMEIDA LIMA.

Um caso de síndrome parcial da artéria cerebral posterior, acompanhada de hipersonia contínua. (*Un cas de syndrome partiel de l'artère cérébrale postérieure accompagné d'une hypersomnie continue*), por L. BALLIF e M. FERDMAN. — *Bull. de la Soc. Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. N.º 1 e 3. Pág. 46. 1933.

Relato dum caso de uma mulher de cinquenta e dois anos que, após um ictus, apresenta uma acentuada hipersonia, dormindo constantemente, sendo só despertada por fortes estímulos.

O interêsse do caso reside nas lesões limitadas da região tálamo-subtálâmica e da parede do terceiro ventrículo.

Este caso, dada a limitação da área de amolecimento e a sua pequena extensão, pode trazer elementos importantes para o estudo dos ainda obscuros mecanismos do sono normal ou patológico.

ALMEIDA LIMA.

Tratamento da atrofia óptica tabética por injeções intraraquidianas de soro salvarsanizado. (*Traitement de l'atrophie optique tabétique par des injections intrarachidiennes au sérum salvarsanisé*), por T. DRAGONIN. — *Bull. de la Soc. Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. N.º 1 e 3. Pág. 35. 1933.

O A., convencido que a atrofia óptica tabética é susceptível de tratamento que suspenda o seu progresso ou que mesmo a faça retroceder, ensaiou, numa série de cinco doentes tabéticos com atrofia dos ópticos e déficit

acentuado da visão, o tratamento pelo sôro neosalvarsanizado intraraquidiano (método de Swift-Ellis).

Os resultados obtidos nos cinco casos, seguidos durante largo período após o tratamento, permitem ao A. afirmar que a atrofia óptica foi favoravelmente influenciada pelo tratamento.

Segundo a opinião do A., nos casos incipientes e mesmo nos já avançados, mas em que não haja perda total da visão, poder-se-ia obstar, senão de um modo permanente, pelo menos durante um largo período (seis anos num dos casos citados), ao avanço progressivo da atrofia óptica de origem tabética.

ALMEIDA LIMA.

Anestesia pela avertina no lactante. (*Anestesia por la avertina en el lactante*), pelo Dr. M. TORELLO CENDRA (Madrid). — *La Pediatría Española*. Ano XXII. N.º 250. Págs. 473-477.

Em primeiro lugar do que a anestesia clorofórmica e etérea, com a facilidade com que nelas se apresentam síncope primárias e mortes tardias, quer tóxicas, quer por afecções respiratórias, deve colocar-se a anestesia pela avertina. Do próprio éter, que tem fama de inofensivo, são precisas grandes quantidades para uma anestesia perfeita; pelo contrário, a avertina actua com muita intensidade nos indivíduos vagotónicos, e como as crianças são quasi tôdas vagotónicas, são também facilmente receptivas e não é preciso forçar as doses. Além disso, a idea de que deve procurar-se nela apenas uma anestesia de fundo, reduziu mais ainda a dose, que de 0,20 gr. por quilo, que se usava de princípio, desceu a 0,10 gr. e a 0,12 gr. As únicas contra-indicações desta anestesia são a insuficiência renal, as lesões hepáticas e a caquexia.

O futuro dirá se a avertina permite suprimir o síndrome de palidez e hipertermia seguido de morte, que se apresenta algumas vezes com a anestesia etereo-clorofórmica nos lactantes e que os AA. não viram em nenhum dos seus operados com anestesia avertínica.

Como é natural, dada a duração da anestesia, só a empregam nas intervenções de grande duração ou que produzam *shock* intenso. Os AA. anestesiaram com a avertina crianças com idades compreendidas entre vinte e três horas e seis meses.

MENESES.

Tratamento das queimaduras pelo ácido tânico. (*Du traitement des brûlures par l'acide tannique*), por RENÉ LERICHE e ADOLPHE JUNG. — *Lyon Chirurgical*. Tôm. XXX. N.º 2. Págs. 177-179.

Nos últimos oito anos, na Clínica Cirúrgica de Estrasburgo, os AA. ensaiaram tôda a espécie de tratamentos das queimaduras, em particular a *chauffage* eléctrica sem penso, estando o doente sôbre lençóis esterilizados, muito recomendada pelos cirurgiões russos, e o ácido tânico de Davidson. Êste último processo, a tanificação, na maior parte dos casos pareceu aos

HORLICK'S *para* As FUTURAS MÃES

Quando junto à dieta das parturientes o Leite Maltado de Horlick's: -

1. *Fornece um alimento extra por forma facilmente digerível e assimilável. Horlick's não produz perturbações digestivas.*

2. *Auxilia a eliminação dos excretas. A prisão de ventre é frequentemente uma causa de perturbações na gravidez. Horlick's promove bons hábitos intestinais e evita a prisão de ventre. Como bebida alimentícia auxilia a eliminação pelos rins.*

3. *Evita e alivia as indisposições matutinas. O conteúdo de hidratos de carbono, facilmente assimiláveis, do Horlick's, contraria a ligeira toxemia, causa de muitas indisposições matutinas.*

4. *Auxilia o sono. A falta de sono complica frequentemente a gravidez, afectando a sua marcha normal, pelo aumento de fadiga e má disposição. Horlick's auxiliando o sono profundo, coloca a paciente numa posição favorável para fazer face a estas perturbações.*

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23 - LISBOA

— A pedido dos Ex.^{mos} Clinicos fornecem-se amostras gratuitas

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13%

de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"

Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de 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^{ie} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.^a, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

AA. superior aos outros. Se a tanificação fôr bem-feita, o doente não sofre, não absorve produtos tóxicos e conserva um bom estado geral; as feridas não supuram, evolucionam assépticamente e depressa se podem encher com enxêrtos.

Há alguns anos Floresco publicou, na *Gazette des Hôpitaux* (N.º 78. 1927), a técnica dêste método tal como os AA. o usam e que consiste, na essência, numa aplicação de compressas embebidas numa solução de ácido tânico a 2,5 0/0.

Os AA. apresentam um caso em que a excelência do tratamento se mostra eloqüentemente, trazendo enormíssimas vantagens, entre as quais não são para desprezar as economias de tempo e de dinheiro.

MENESES.

A toxemia gravídica e o seu tratamento racional. (*La toxémie gravidique et son traitement rationnel*), por ANTÔNIO V. MARCONDES e AFRANIO DO AMARAL (São Paulo — Brasil). — *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tôm. IV. N.º 5. Págs. 345-353.

O sôro anti-toxigravídico, que os AA. conseguiram obter num laboratório, posto que eficaz no tratamento da toxemia gravídica, provoca urticária e diversas manifestações de alergia sérica. O sôro purificado, hormo-gravídico, e o novo lipo-sôro-anti-toxigravídico, representam uma conquista notável no tratamento dêste síndrome, não produzindo nem dor nem acidentes de natureza sérica. Graças a esta nova medicação, os parteiros raramente terão necessidade de interromper a gestação das suas doentes.

Estes produtos combatem, em geral, a toxemia na dose de 2 cc., podendo ser elevada a 5 cc. nos casos graves, e mesmo a 40 cc., sem o menor inconveniente.

A associação da solução hipertônica de glicose com o lipo-sôro-anti-toxigravídico representa um novo progresso e facilita a luta contra os acidentes da acidose, tão freqüentes nas gestantes toxêmicas.

MENESES.

A cloruremia nas queimaduras. (*La cloruremia nelle scottature*), pelo Dott. ALFONSO GIOVANNI CHIARIELLO (Nápoles). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 6. Págs. 737-744.

O A. doseou os cloretos no sangue de animais em que eram feitas proposadamente queimaduras de variada extensão. Pode deduzir-se dos resultados obtidos que, efectivamente, existe uma diminuição dos cloretos no sangue em seguida a queimaduras, e que essa diminuição é quasi sempre proporcional à importância da queimadura.

Em face dos casos citados na literatura em que houve melhoramentos obtidos nas queimaduras apenas com a injeccão endovenosa duma solução salina hipertônica, o A. entende que êsses melhoramentos devem ser interpretados não como o efeito duma acção antitóxica directa ou duma simples recuperação dos cloretos, mas como o efeito das descargas diuréticas que

essas soluções provocam e, assim, da conseqüente eliminação de produtos tóxicos.

MENESES.

Considerações sobre a fragilidade óssea. (*Consideraciones sobre la fragilidad ósea*), por F. RODRIGO PALOMARES e JULIAN T. RUBIO (Madrid). — *La Pediatría Española*. Ano XXII. N.º 247. Págs. 245-270. Abril de 1933.

A-propósito dum caso de aplasia perióstica (nomenclatura dos AA.), com deficiências congénitas e raquitismo, que os AA. muito bem estudam e documentam, entendem que os termos «osteogenese imperfeita» e «osteopsatirose» não são apropriados para designar êsses quadros clínicos, por serem vagos e imprecisos, encontrando mais propriedade nas designações «aplasia» e «displasia perióstica», conforme a ossificação periostal está abolida ou alterada.

Entendem mais os AA. que o síndrome de Kleinschmidt deve ser considerado como uma aplasia ou displasia perióstica combinada com o raquitismo. O substracto anatómico da aplasia periostal é um *vitium primæ formationis*. As alterações endócrinas encontradas por alguns autores não devem ser consideradas como causa da doença, mas como expressão contemporânea da alteração mesoblástica.

A hereditariedade desta doença tem um carácter semelhante ao da hereditariedade doutras deformidades congénitas.

MENESES.

Estudo da velocidade de sedimentação globular na tuberculose infantil. (*Étude de la vitesse de sédimentation globulaire dans la tuberculose infantile*), por ALBERT VALLETTE e BERTHOLD ROSENKRANZ (Estrasburgo). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tõmo IX. N.º 3. Págs. 358-379. 1933.

A velocidade de sedimentação está aumentada dum modo quasi constante no curso das diferentes formas de tuberculose infantil, exceptuando as formas inactivas simples, sem reacção peri-hilar. Se eliminarmos as infecções agudas, pois, como se sabe, a reacção não é específica da tuberculose, pode dar-nos certas indicações sobre a forma da tuberculose em questão e o seu estado de actividade ou de não actividade.

A velocidade de sedimentação baixa quando a evolução é favorável e eleva-se quando a doença toma um caminho fatal. Pode dar-nos, por conseguinte, dados sobre a evolução provável da crise actual da doença, sem que isso comprometa, bem entendido, o prognóstico afastado.

As modificações da velocidade de sedimentação precedem os sinais clínicos e radiológicos; desaparecem ou acentuam-se quando estes ainda não são muito manifestos.

A velocidade de sedimentação pode, pois, servir-nos para orientar o prognóstico da tuberculose, antes que os outros sintomas o anunciem.

A velocidade de sedimentação pode ser modificada por um tratamento; resulta disso que esta reacção pode conduzir a.nossa terapêutica, isto é, in-

— citar-nos a continuar o tratamento se a velocidade de sedimentação baixa e a suspende-lo se notarmos uma aceleração (sobretudo nos casos de pneumotorax, quando há também lesões no outro pulmão).

A velocidade de sedimentação é uma reacção muito variável; podem observar-se variações importantes dum exame para outro, com o intervalo de alguns dias.

Para apreciar isso devidamente e com exactidão, e para poder interpretá-lo com verosimilhança, um exame apenas não basta: é preciso traçar uma curva de sedimentação.

MENESES.

A anisocoria nas flogoses do apêndice. (*L'anisocoria nelle flogosi dell'appendice*), pelo Dott. F. RABONI (Palermo). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 7. Págs. 892-902.

O A. propôs-se verificar a presença dum sintoma descrito, recentemente por Buchmann, na apendicite crónica, e que consiste na anisocoria com miíriase da pupila homolateral.

Da observação de cento e doze doentes de síndrome abdominal direito simples, com colecistite e com úlcera gastro-duodenal, doenças tidas, na escola de Leotta, mestre do A., como tendo origem numa apendicite crónica e na apendicite aguda, o A. pôde confirmar a presença de tal sintoma em 60 % dos casos.

Tendo em vista a patogenese dêste fenómeno nervoso simpático, que atribue a um estímulo anormal, com abstracto anatómico nas numerosas células ganglionares em relação com o apendicite inflamado, o A. põe em evidência a importância dêsse sinal no diagnóstico das doenças abdominaes, especialmente nos primeiros estadios da inflamação apendicular crónica.

MENESES.

Relações da osteocondrite dissecante com a osteomielite. (*Las relaciones de la osteocondritis disecante con la osteomielitis*), pelo Prof. HERM. WALTER (Münster). — *Revista Médica Germano-Ibero-Americana*. N.º 8. Págs. 398-405. 1932. (Separata).

Sob o ponto de vista anátomo-patológico, a osteomielite não tem relação alguma com as osteocondropatias. A-pesar disso, entre os casos descritos na literatura, como osteocondrite, etc., encontram-se muitos que devem ser considerados como osteomielites, por terem sido causados por infecção do tecido ósseo.

O curso lento e pronunciadamente benigno dos mesmos depende da relação mútua entre o organismo atacado e o agente. A prova só é possível em casos excepcionais, porque, clinicamente, não existe a indicação para a incisão. Os desvios do curso típico da osteocondropatia, os quais se revelam sobretudo na radiografia, pela sua estrutura diferente, localização e tamanho dos focos, devem, por isso, ser examinados com a maior exactidão, no que res-

peita à infecção óssea, e nunca ser considerados como osteocondropatias, o que ainda acontece.

MENESES.

Sobre a epidemiologia da escarlatina. Reactivação dos portadores de germes. (*Sur l'épidémiologie de la scarlatine. Réactivation des porteurs de germes*), por K. JOUSCHER (Poznan). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. IX. N.º 3. Págs. 334-347. 1933.

Um excelente estudo do A., fortemente documentado, leva-nos ao corolário de que o germe da escarlatina pode ficar no organismo que sofreu a escarlatina durante um tempo aparentemente indefinido, sem que o indivíduo seja perigoso para as pessoas que o rodeiam (portador mudo).

Uma infecção qualquer das vias respiratórias transforma êste estado: o organismo torna-se um portador manifesto e pode transmitir a infecção escarlatinosa.

É necessário tomar estes factos em conta no que respeita à epidemiologia da escarlatina, especialmente nas aglomerações de crianças. Tôda e qualquer infecção das vias respiratórias, numa criança que teve escarlatina, é duplamente perigosa: esta criança infecta não só com a sua doença presente, como pode também ser origem de infecção escarlatinosa.

Ista obriga-nos a um isolamento destas crianças, que é necessário fazer duma maneira mais rigorosa do que aquela como em geral se faz.

MENESES.

É preciso radiografar o tórax das crianças com kerato-conjuntivite flictenular. (*Il faut radiographier le thorax des enfants porteurs de kérato-conjonctivite phlycténulaire*), por RENÉ PIERRET, A. BRETON e LOISON (Lille). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tôm. XXXVI. N.º 7. Págs. 393-406. Julho de 1933.

Após a observação de oito casos, que os AA. descrevem minuciosamente, entendem que a tuberculose aparece como uma das mais freqüentes causas da kerato-conjuntivite flictenular (espécie de alergia de localização ocular, segundo a teoria de Rohmer). A percentagem de cuti-reações positivas (90 a 95%) parece impressionante. Se a tuberculose não é seguramente a causa única, no campo da prática é a que marca e que importa reter.

Concluem os AA. que é lógico afirmar que *todo o flictenular averiguado deve ser passado precocemente, sistematicamente e freqüentemente no écran radiológico*. Em cêrca de um têrço dos casos, descobrir-se-á, desta maneira, uma tuberculose pulmonar latente, cuja evolução convém vigiar com prudência. A criança flictenular é, muitas vezes, um pequeno tuberculoso. O futuro próximo do flictenular infantil é, em geral, favorável. O seu futuro ulterior pode melhorar, se fôr cuidado o temperamento linfático sôbre que assenta e se se mantiver perfeito o estado geral da criança, o que é a nossa melhor arma para lutar contra a tuberculose latente.

E' conveniente pôr a criança, temporariamente, num preventório. Estará assim em repouso e, pelo menos, separada da família, onde se encontra, em 25 % dos casos, a bacilose activa. Tomando estas precauções, evitar-se-á, tanto quanto possível, o desenvolvimento, na puberdade, de uma reinfeccção ou de uma super-infeccção grave.

MENESES.

Contribuição para o estudo da hematologia da tosse convulsa. (*Contribution à l'étude de l'hématologie de la coqueluche*), por D. MORITZ e L. LACKNER (Budapeste).—*Archives de Médecine des Enfants*. Tômô XXXVI. N.º 11. Págs. 669-673. Novembro de 1933.

A hematologia da tosse convulsa é caracterizada pela linfocitose do sangue, com um retardamento absoluto ou relativo da sedimentação dos glóbulos rubros.

Um número de linfócitos superior a dez mil, com um retardamento absoluto ou relativo da sedimentação dos glóbulos rubros, afirma o diagnóstico de tosse convulsa, mas a sua falta não exclue, sem dúvida, a existência dela.

As complicações no curso da tosse convulsa produzem um desvio moderado para a esquerda da fórmula leucocitária e a sedimentação acelera-se.

O exame do sangue dá possibilidades do diagnóstico num estadio precoce ou nas formas atípicas da tosse convulsa.

MENESES.

Coreia familiar. (*Chorée familiale*), por VLADIMIRO MIKULOWSKI (Varsóvia).—*Revue Française de Pédiatrie*. Tômô IX. N.º 3. Págs. 386-396. 1933.

Descrição de dois casos de coreia familiar. No primeiro caso tratava-se de coreia reumatismal numa pequenita de quatro anos, que teve complicações: articulares, pleural e cardíaca. A pequenita foi tratada no hospital. No curso da terceira semana da doença, a mãe dela, uma mulher de vinte e cinco anos de idade, adoeceu também com coreia, para o que foi receber tratamento prolongado num serviço de neurologia.

No outro caso vemos uma rapariga de treze anos, também tratada no hospital de uma coreia reumatismal complicada por angina, pleurisia e endocardite. A criança tinha numerosos estigmas sífilíticos e, além disso, uma hereditariedade específica paterna na segunda geração. Um mês após a entrada da criança no hospital, a irmã, de doze anos, adoeceu, em casa, com coreia reumatismal. Neste caso, o papel da sífilis limita-se à constituição fenotípica e à existência do elemento sensibilizando mais ou menos o organismo para a eclosão de incidentes neurotrópicos consecutivos. O reumatismo figurou como elemento infeccioso directo.

MENESES.

Edema pulmonar agudo no apêrto mitral. (*Akutes Lungenödem bei Mitralstenose*), por K. THUMS.—*Klin. Woch.* N.º 42. 1933.

Situação raramente referida na literatura antiga, tem ultimamente sido vivamente discutida não só a sua relativa freqüência como o mecanismo pa-

togénico. Enquanto uns autores defendem, com Hess, a importância dos factores nervosos broncoespásticos e vasomotores, negando a influência do fluxo venoso ao pulmão, outros, com Schellong, atribuem a êste último factor o papel primordial na génese do edema agudo do pulmão no apêto mitral.

Thums, tendo tido occasião de seguir desde início um doente no qual o edema pulmonar agudo se apresentou como primeiro sintoma do vício orifical, discute o mecanismo patogénico, advogando o conceito ecléptico da importância daquelas duas condições — elemento nervoso broncoespástico e vasomotor e aumentado fluxo venoso ao pulmão — na produção do quadro.

OLIVEIRA MACHADO.

Investigações sôbre a circulação pulmonar. As particularidades regionais da circulação pulmonar em condições normais e patológicas. (*Untersuchungen*, etc.), por E. K. WOLFF e R. KLOPSTOCK. — *Klin. Woch.* N.º 41. 1933.

Resumo dos AA.:

1 — Pela administração intravital e intravenosa de meio de contraste em quantidade mínima (óleo de iodipina) demonstra-se que no pulmão existem umas regiões melhor e outras pior irrigadas (mais rápida e mais lentamente), sendo preferidas a base às regiões superiores e o lado esquerdo ao direito.

2 — Dos estados patológicos que influenciam o modo de repartição devem nomear-se, em primeiro lugar, as alterações da tensão. Um colapso acentuado e um enfizema acarretam grande prejuízo da parte atingida em favor da sã. Uma pequena compressão de ambos os lados (pneumotorax bilateral) faz desaparecer as particularidades regionais da circulação (tentativa de explicação de bem suportar o pneumotorax terapêutico bilateral).

3 — Para explicação do modo de repartição do sangue, são sobretudo utilizadas as diferenças de tensão das várias regiões dos pulmões, enquanto a importância dos movimentos respiratórios é pouco tida em conta neste processo especial.

4 — Faz-se a tentativa de relacionar a progressão das doenças pulmonares, sobretudo da tuberculose, com as particularidades da circulação, sem se ir além do enunciado do problema.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca do tratamento, pela efetonina, do bloqueio cardíaco e do síndrome de Adam-Stokes. (*Zur Behandlung*, etc.), por FRANZ SEEGER. — *Klin. Woch.* N.º 42. 1933.

Comunicação de dois casos felizes e de um insucesso daquela medicação. O estudo, que foi feito com *contrôle* electrocardiográfico, mostrou, em qualquer dos doentes em que a terapêutica foi útil, a redução do bloqueio total a um ritmo normal, após período transitório de bloqueio parcial 2:1.

No primeiro caso, bloqueio do ramo direito, acompanhado de ataques

frequêntes de Adam-Stokes, estes deixaram de observar-se com tratamento continuado pela efetonina, só ameaçando o doente quando tentava suspender o uso do fármaco.

A acção da efetonina é análoga à da adrenalina, com a vantagem de ausência de efeitos acessórios e possibilidade de tratamento duradouro sem injecções.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca da influência do sistema nervoso central sôbre a acção da insulina e da adrenalina. Contribuição para o estudo da insulino-resistência. (*Über den Einfluss, etc.*), por F. HÜGLER e F. ZELL. — *Klin. Woch.* N.º 44. 1933.

Estudo da acção da insulina e da adrenalina sôbre a glicemia de coelhos após a extirpação operatória de determinadas regiões do sistema nervoso central, para apreciação do mecanismo regulador daquela.

Os AA. verificaram que :

- 1) A extirpação do cérebro, corpo estriado e cérebro intermediário, não tem qualquer influência nítida sôbre a acção da insulina e da adrenalina.
- 2) A extirpação do cérebro médio, até meio dos tubérculos quadrigêmeos, diminue, por um lado, a sensibilidade do organismo à insulina e, por outro lado, aumenta a acção hiperglicemiante da adrenalina.

Daqui concluem Hügler e Zell que no cérebro médio se deve encontrar o mecanismo regulador da sensibilidade do organismo àquelas hormonas.

Aquela mudança de sensibilidade deve ser determinada pela exclusão de um centro e não pela irritação de qualquer outro, pois a insulina é ineficaz não só numa glicemia aumentada, mas também normal, e a adrenalina mostra-se extremamente eficaz mesmo em glicemia normal.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca dos prejuízos tardios do thoriumdioxyd nos gânglios linfáticos, três anos depois da injecção intravenosa. (*Über Thoriumdioxyd, etc.*), por Th. NAEGELI e A. LAUCHE. — *Klin. Woch.* N.º 44. 1933.

Ainda se não conhecem ao certo os inconvenientes da longa armazenagem do thoriumdioxyd, usado como meio de contraste para visualização radiológica das estruturas do fígado e do baço.

Os AA., que ao assunto têm dedicado a sua atenção, publicam periodicamente o resultado das suas observações no animal.

No presente trabalho relatam o que é digno de nota, três anos após a injecção.

Já anteriormente comunicaram e agora acentuam o desaparecer progressivo da droga, do fígado e do baço, e sua armazenagem cada vez em maior escala nos gânglios linfáticos regionais.

No fígado e no baço, e depois de tanto tempo de armazenagem, não se

observa qualquer alteração importante, não sendo encontrado qualquer sinal histológico de cirrose hepática.

Pelo contrário, nos gânglios linfáticos encontram-se, no fim dêste tempo de observação, além de grande acumulação de Thoriumdioxyd, muitos focos de necrose.

Dado tal facto, os AA. desaconselham em absoluto o uso do Thoriumdioxyd, para fins diagnósticos, na criança, e o seu uso muito prudente no adulto.

Para Naegeli e Lauche a eliminação da droga, ao fim de três anos, é praticamente nula.

OLIVEIRA MACHADO.

A derivação electrolitica da aconitina. (*La dérivation électrolytique de l'aconitine*), por R. FRANQUET (de Reims). — *Revue Thérapeutique des alcaloïdes*. 41^o année. N.^o 7. Juillet 1932.

O A., desde 1925, a seguir a uma experiência de Reyn (de Copenhague), preconiza a associação da galvanização à ingestão de substâncias medicamentosas. Nesta ordem de ideas tem empregado, com grande successo, no tratamento da nevralgia facial a corrente galvânica, precedida de ingestão de grânulos de aconitina.

F. FORMIGAL LUZES.

Laringite catarral crônica e ionização iodada. (*Laryngite catarrhale chronique et ionisation iodée*), por R. GRAIN. — *Bull. Soc. Médecine de Paris*. N.^o 2. 23 de Janeiro de 1932.

Segundo a opinião do A., o iodo é o medicamento específico da laringite catarral crônica e a ionização realiza dum modo muito eficaz a sua fixação na laringe.

Os resultados são rápidos e brilhantes utilizando um soluto de iodeto de potássio a 1 0/0. As sessões, praticadas três vezes por semana, a princípio, e depois mais espaçadas, têm a duração de meia hora. A intensidade da corrente empregada oscila entre 5 e 10 miliampères.

Os fenómenos congestivos desaparecem por completo decorridas algumas sessões.

F. FORMIGAL LUZES.

Está a radioterapia indicada nas flebites? (*La radiothérapie est-elle indiquée dans les phlébites?*), por DENIER. — *Société de Radiologie*. 11 de Outubro de 1932.

Denier apresenta três observações que lhe permitem concluir que, em certas condições, a radioterapia produz a resolução rápida da flebite aguda febril.

F. FORMIGAL LUZES.

APLONA

Dieta de maçãs, em pó, para tratamento nos estados diarreicos.

APLONA oferece vantagens notáveis:

Preparação, dosagem e tolerâncias fáceis; composição constante, efeito rápido e seguro.

Boa distribuição, gosto agradável, fácil digestão.

OUTROS PRODUTOS DO MESMO INSTITUTO

Aconit-Dispert

Valériane-Dispert

Belladonna-Dispert

Colchicum-Dispert

Digitalis-Dispert

Frangula-Dispert

Pancreás-Dispert

Secale-Dispert

Thyreoid-Dispert

LABORATÓRIOS DO:

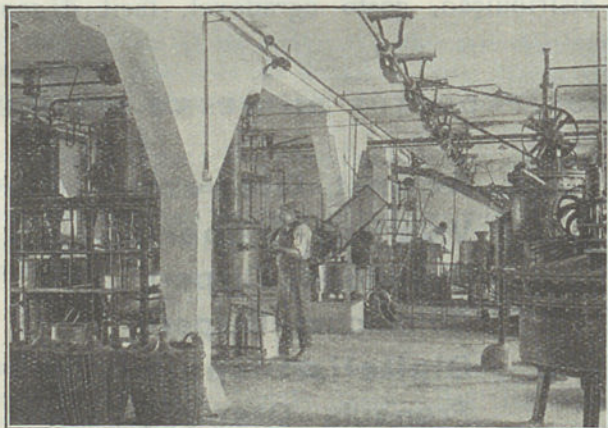
KRAUSE MEDICO G. M. B. H. MUNICH

DEPOSITARIOS EXCLUSIVOS:

RAUL VIEIRA, L.^{DA}

RUA DA PRATA, 51 — LISBOA

Fornece-se a todos os médicos, literatura e amostras destes produtos



Instalações do Laboratório KRAUSE MEDICO



Representantes: RAUL VIEIRA, L.^{DA}

Rua da Prata, 51 — LISBOA

Acêrca da acção analgésica das ondas curtas. (*A propos de l'action analgésique des ondes courtes*), por J. SAIDMAN. — *Annales de l'Institut d'Actniologie*. Tômô VII, N.º 4-5. Págs. 185. Outubro-Novembro de 1932.

O A., empregando esta modalidade terapêutica nas nevralgias e nas nevrites, obteve os seguintes resultados: 50% de curas, 20% de melhoras e 30% de insucessos.

Em sua opinião, diz ser basilar estudar convenientemente a técnica, pois notou que o máximo de efeito analgésico se obtém colocando o electrodo, não sobre a região cutânea mais dolorosa, mas sim a alguns centímetros fora dela. As sessões devem ser de curta duração e a sensação térmica experimentada pelos doentes, moderada.

F. FORMIGAL LUZES.

O poder fotosensibilizador da clorofila. Aplicações terapêuticas no tratamento actinico da pelada. (*Le pouvoir photosensibilisateur du pigment chlorophyllien. Applications thérapeutiques au traitement actinique de la pelade*), por PLAGNIOL. — *Journ. Méd. Paris*. N.º 18. Pág. 390. 4 de Maio de 1933.

Fazendo preceder as sessões de R. U. V. de aplicações de pigmento clorofilino sobre as placas de alopecia areata, os resultados obtidos são mais rápidos e brilhantes do que empregando simplesmente a actinoterapia.

F. FORMIGAL LUZES.

Investigações sobre as perturbações da memória, por M. SOSSET. — *Annales Médico-psychologiques*. Tômô II, N.º 1 e 2. Junho e Julho de 1933.

Estudo sistemático das perturbações da memória, feito sobre a base da análise psicográfica de doentes mentais das mais variadas espécies nosográficas, de que daremos apenas algumas conclusões.

Alterações da memória de vária natureza são dos mais freqüentes sintomas das psicopatias, podendo, em certos casos, constituir o único sinal de deficiência das funções intelectuais (intoxicados pelo óxido de carbono, alguns alcoólicos crónicos e tumores cerebrais).

Na paralisia geral a amnésia pode preceder a instalação de outros *deficits* mentais, justificando-se a distinção de uma «forma amnésica»; no decurso da evolução da demência paralítica, há sempre uma minoração eletiva e progressiva das funções mnésicas.

Na esquizofrénia, ao contrário do que é corrente, apura-se um prejuízo apreciável da memória, mesmo numa fase em que os *tests* da atenção e da inteligência são excelentes; a memória de reconhecimento é a mais atingida, nestes como noutros doentes em que o sentimento da personalidade e a síntese mental estão depreciados (delírios alucinatórios crónicos, etc.).

A amnésia da demência senil é um sintoma precoce que, a despeito das

aparências, coexiste logo com uma desagregação global de todos os dotes intellectuais.

Tanto no decurso da evolução como no da desagregação das funções psíquicas, a memória pode variar, independentemente da atenção e da intelligência; assim, nos imbecis prevalece aquela sôbre estas; durante o desenvolvimento infantil, estas progredem mais com a idade que a memória, logo de início bastante desenvolvida; nas demências orgânicas, a memória, primeiro mais lesada, não desce além de um mínimo, a-pesar do aniquilamento total das outras faculdades mentais.

A memória associativa ou lógica acompanha, no entanto, mais as variações da intelligência, com excepção dos senis, em que se mantém sob uma forma puramente automática.

O fenómeno mnésico essencial é a evocação das recordações (engramas) muito diferente, no seu processo íntimo, da fixação ou apreensão das impressões sensorialmente recebidas; é ela que traduz o grau exacto da formação ou dissolução das funções mnésicas: o *test* de evocação é o mais bem realizado pelos imbecis e o mais insuficiente quando a memória é electivamente atingida; neste caso, tem de se supor uma anomalia na evolução temporal ou *maturação* das recordações, que impede a sua evocação.

BARAHONA FERNANDES.

Alterações da função óptico-motora de forma ou aspecto («Gestalt») nas doenças orgânicas do cérebro com afasia sensorial. (*Disturbances in visuo-motor Gestalt function in organic, etc.*), por LAURETTA BENDER. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Volume XXX. N.º 3. Setembro de 1933.

Estudo da chamada função de forma óptico-motora, no sentido da «Gestalt Psychologie» da escola berlinense de Wertheimer-Koeler-Kafka, em oito doentes com afasia sensorial, utilizando *tests* nos quais se procura a reprodução gráfica, por cópia, de determinadas formas e desenhos.

Ao contrário do que ensinava a escola associacionista, a percepção dos dados sensoriais faz-se por unidades já organizadas em formas estruturais (Gestalten) correspondentes às formas do mundo externo; a percepção destas unidades sensoriais constituiu uma forma primitiva de reacção biológica; a sua sucessiva integração em complexos cada vez mais amplos acompanha, na evolução filo e ontogénica, a hierarquizaçãõ progressiva das funções, até as capacidades intellectuais mais elevadas.

Nos doentes estudados verificou-se que as formas de reacção se tinham desintegrado, regressando a níveis mais primitivos, com emergência de tendências arcaicas bem traduzidas nas provas obtidas (caracteres pueris, automatismos, perseverações, formas arcaicas, etc.).

As melhorias clínicas acompanhavam-se de uma clara subida dos níveis de integração dos Gestalten, comparáveis aos progressos da sua evolução durante o crescimento infantil.

Posto-que nem sempre paralelas às perturbações afásicas, as perturba-

ções de que se trata, dependem, por vezes, de lesões cerebrais próximas do campo de Wernicke, sendo a área mais provavelmente tocada a região posterior do hemisfério dominante, sita entre os lobos temporal, parietal e occipital. As Gestalten parecem tanto mais tocadas, quanto mais próximas do polo occipital são as lesões.

BARAHONA FERNANDES.

Relações entre as afecções dos seios e as doenças mentais. (*Die Beziehungen, u. s. w.*), por F. A. PICKWORTH. — *Zeitschrift für die ges. Neur. und Psych.* Vol. XLI. Fasc. 3. 1932.

Em duzentas autópsias de alienados encontrou o A. noventa e um casos com infecções dos seios para-nasais, estando os seios esfenoidais atingidos em sessenta e cinco e os maxilares em quarenta e nove.

O exame histopatológico de cinquenta e cinco casos mostrou que a infecção se propagava, muitas vezes, para os tecidos endocranianos: meninges, hipófise e encéfalo.

No entanto, na maioria as perturbações mentais justificam-se apenas por alterações da circulação capilar local, e pela acção prolongada da reabsorção de toxinas, facilitada pelas estreitas relações topográficas entre as artérias que irrigam o cérebro e os seios esfenoidais.

BARAHONA FERNANDES.

Tratamento específico da sífilis e tempos de incubação da paralisia geral e do tabes, por P. TOSSMANN. — *Monatschrift für Psychiatrie.* Vol. LXXXIV. N.º 5. 1933.

De um inquérito feito em 1.642 casos, resultou que os sintomas da paralisia geral e do tabes surgem mais precocemente nos indivíduos que tinham feito anteriormente tratamento anti-luético.

Este facto explica-se, no entanto, pela insuficiência freqüente da terapia específica, muito mais nociva que a sua inexistência, e de modo nenhum por qualquer influência nefasta de queles fármacos etiотrópicos.

BARAHONA FERNANDES.

Ensaio de tratamento da melancolia pela hematoporfirina, por VINCHON e BOURGEOIS. — *Bull. de la Soc. de Thérapeutique.* Sessão de 8 de Fevereiro de 1933.

A hematoporfirina, isómera da bilirubina, propinada aos melancólicos, melhora consideravelmente a inércia e a inibição motora e psíquica destes doentes.

Usada pela bôca ou em injeções intramusculares, permite reduzir as doses de opiáceos e barbitúricos.

É absolutamente inofensiva, mas só tem utilidade nas depressões endógenas, e não nas psicogêneas, nem nos neuróticos deprimidos.

Supõe-se que, pelas suas propriedades foto-dinâmicas, actue sobre os centros vegetativos por intermédio dos nervos sensitivos cutâneos.

BARAHONA FERNANDES.

Intoxicação digitalica e alterações mentais, por E. MARTIMOR e BRZINSKI. — *Société Médico-Psychologique*. Sessão de 26 de Junho de 1933.

Relato de um caso raríssimo de uma doente que, após a ingestão de vinte gotas de solução millesimal de digitalina, durante dez dias seguidos, tomou, acidentalmente, mais duzentas e cinquenta gotas, apresentando então, a-par dos sintomas circulatórios e nervosos vulgares da intoxicação digitalica, um episódio psicótico onírico (ansiedade, alucinações visuais terríficas, delírio de ocupação profissional, acompanhado de agitação psico-motora e-turvação da consciência) com caracteres semelhantes aos syndromas oníricos que se observam nas situações de insuficiência cardíaca: predominância vespéral, alucinações de colorido ansioso, pobreza do delírio residual

Estas analogias sugerem uma patogenia semelhante: alterações da circulação do encéfalo, em função da bradicardia e da vagotonia, modificando a cenestesia num sentido favorável à eclosão da ansiedade.

BARAHONA FERNANDES.

Os estados alucinatorios de tipo esquizofrénico da encefalite epidémica crónica e o problema das alucinações, por H. CLAUDE e H. EY. — *L'Encéphale*. N.º 7. Julho e Agosto de 1933.

Têm-se descrito, no decurso da evolução da encefalite epidémica crónica, syndromas paranóides de vária textura, semelhantes aos da demência precoce, mas que se poderiam distinguir, no entanto, pela variabilidade da convicção delirante, pela falta de desagregação da personalidade, menor desinserção da realidade, pela afectividade viscosa e aderente. A mentalidade arcaica, o pensar «mágico» são feições que, pelo contrário, os aproximariam.

A encefalite crónica realiza também estados alucinatorios que parecem resultar de alterações das funções perceptivas, cujas manifestações mais típicas são os fenómenos oníricos nocturnos (estados oníroides de acção exterior); observam-se também, além dos delírios alucinatorios de tipo paranóide, estados delirantes do tipo dos «delírios de influência», que representam uma atitude alucinatoria em relação com estados de baixa tensão psicológica ou com crenças delirantes post-oníricas.

Este estudo contribue valiosamente, como o dos erros psico-sensoriais da epilepsia, para o conhecimento da etiologia e patogenia dos fenómenos alucinatorios.

Os AA. sugerem a distinção de:

- 1) Alucinações verdadeiras, com convicção total da realidade, projecção espacial, objectivação perfeita do pensamento interior, etc.
- 2) Ilusões externas por deformação da realidade.

3) Alucinoses, tomando esta designação no sentido particular de exprimir um conjunto de fenómenos sensoriais exteriorizados, mas vividos pelo sujeito sem convicção da realidade.

4) «Fantasmas» — formações visuais, auditivas e cenestésicas, semi-objectivadas, sem carácter da realidade completa, com uma textura «artificial» e que são percebidos como modificações interiores (sentimento de ser hipnotizado, etc.).

5) Pseudo-alucinações psíquicas, observada em estados de plena lucidez, vividas como fenómenos de estranheza do mundo interior associadas ao mentismo, inspirações súbitas, influenciamento, etc.

A existência dêstes fenómenos alucinatorios e delirantes na encefalite epidémica e a acessibilidade terapêutica (melhores com escopolamina-atropina) mostra a importância dos factores orgânicos para a sua génese.

Atendendo ao conjunto da personalidade e à sintomatologia afectiva concomitante, são mais inteligíveis dentro de uma vasta teoria de dissolução das funções perceptivas, do que pela simples teoria mecânica do automatismo mental de blérambault.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre cinco casos de dolicoosigma. (*Sopra cinque casi di dolicoosigma*), por G. PERCI e O. VEZZETTI. — *Minerva Médica*. N.º 31. 1933.

Refere o A. cinco histórias clínicas de dolicoosigma, afecção interessante não só pela anomalia anatómica como também pelos erros de diagnóstico a que pode conduzir. Nos casos presentes, os diagnósticos primitivos foram de: peritonite tuberculosa, cólicas hepáticas, cólicas renais, forma grave de oclusão intestinal e de úlcera duodenal, perturbações causadas por fenómenos inflamatórios e consecutivas aderências ao nível da parte aumentada do cólon e não pela anomalia em si, que não constitue uma entidade mórbida.

A terapêutica, na grande maioria dos casos, é essencialmente médica e pode dar resultados verdadeiramente satisfatórios. A intervenção cirúrgica só é aconselhável quando a afecção se complica com pericolicite plástica ou supurada, e impõe-se de urgência no caso de vôlvo.

As curas fisioterápicas (diatermia) e a ginástica abdominal têm um vasto campo de aplicações.

J. ROCHETA.

Morfina intravenosa como introdução à narcose. (*Morphium intravenös als Einleitung zur Narkose*), por C. FERVERS. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1933.

Numa série de cento e cinquenta casos clínicos, empregou o A., antes da anestesia, a morfina por via intravenosa. Não observou, em nenhum, fenómenos desagradáveis e a narcose melhorou com êste método, porque: a) diminuiu as doses de morfina, que em geral se administram por via subcutânea; b) o emprêgo do éter reduziu-se a metade; e c) encurtou-se o período de

excitação ou anulou-se, o que representa para a psicose do doente uma melhoria notável.

J. ROCHETA.

A reacção cutânea de E. Freund para o diagnóstico do cancro. (*Die Kutanreaktion nach E. Freund für Krebsdiagnose*), por Jos. CHALEWA e ST. CERNEC. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 35. 1933.

Foi Freund quem primeiro verificou que, no sangue de indivíduos não cancerosos, se encontra uma substância que tem a propriedade de provocar a lisis das células cancerosas. Esta substância não se encontra nos cancerosos, nem nas grávidas, mas o sêro dos primeiros (carcinomatosos ou sarcomatosos), quando em presença do sêro normal, evita, especificamente, a destruição das células carcinomatosas ou sarcomatosas.

O sítio de origem da substância lisante, que, segundo Kaminer, se encontra em abundância no extracto do timo juvenil, é o intestino; extractos do conteúdo normal dêste órgão possuem um poder destruidor muito acentuado para as células cancerosas. Pela adição de manteiga ao conteúdo intestinal pode ser aumentado aquele poder; pelo contrário, a adição de manteiga ao extracto de conteúdo intestinal de carcinomatosos aumenta o seu poder de defesa contra a destruição; e do mesmo modo a peptona. Partindo destas observações, Freund conseguiu uma substância cristalizada (ácido gordo carcinomatoso), que emprega como prova cutânea na pesquisa do cancro (positivo nos cancros epiteliaes e negativo nos sarcomas). Os AA. empregaram êste método em quinze doentes com cancro e todos apresentaram reacção positiva; de vinte e sete testemunhas, duas apresentaram reacção duvidosa.

J. ROCHETA.

Terapêutica patogénica e terapêutica indirecta do abcesso do pulmão, com atenção particular à moderna alcool-terapia. (*Terapia patogénica e terapia indirecta dell'ascesso del polmone, con particolare riguardo alla moderna alcool-terapia*), por G. IZAR e A. MOSCHELLA. — *Minerva Medica*. N.º 35. 1933.

Em três histórias clínicas de abcesso do pulmão, que os AA. apresentam, descrevem os resultados obtidos com as injecções endovenosas de alcool a 33 %. Embora, como acentuam, não se possam tirar ilações duma estatística tão escassa, têm a impressão de que a alcool-terapia, tão elogiada por alguns autores, não constitue um progresso em relação aos outros meios médicos conhecidos. Antes pelo contrário, melhores resultados se obtêm com as injecções de neo-salvarsan, sobretudo nas formas agudas circunscritas de abcesso gangrenoso e principalmente quando aquelas se iniciam precocemente e antes que as bactérias piogénicas comuns o invadam abundantemente.

J. ROCHETA.

A soroterapia no tétano. (*La sieroterapia nel tetano*), por I. ABBO. — *Minerva Medica*. N.º 35. 1933.

Refere o A. três casos de tétano generalizado, que curaram com as doses altas de sôro: por via raquídea, endovenosa e intramuscular. Em dois dêles, e um particularmente grave, além do sôro, empregou também a cloroformização. Admite que o clorofórmio, em virtude da sua grande afinidade para o sistema nervoso, pode dêle expulsar a toxina tetânica, que, uma vez em circulação, é facilmente destruída pelo sôro, além de que a anestesia geral é por vezes indispensável para se conseguir a injeção intra-raquídea, em virtude do opistotono acentuado do doente, e ainda porque a acção calmante se prolonga por algumas horas, que lhe permitem repouso e tranqüilidade. Não esquecer, além disso, o tratamento das feridas, os sedantes e os hipnóticos.

J. ROCHETA.

O tratamento da asma brônquica com a benzina e hidrocarbonetos. (*Ueber Benzin — und Kohlenwasserstoffetherapie des Asthma bronchiale*), por I. KAIRINKATIS. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 36. 1933.

Apresenta o A. várias histórias clínicas de asma, que obtiveram bons resultados com o emprêgo de Neobenzinol (soluto de benzina e hidrocarbonetos alifáticos em azeite). A acção benéfica estende-se por um largo período. Uma grande importância para o tratamento tem a maneira como se dão as doses. Só uma dose forte pode dar bons resultados, e por isso é conveniente o emprêgo de 0,4 do produto. Nestas condições não deve repetir-se a injeção, pelo perigo de reacção anafiláctica. Só no caso de coexistir com a asma a tuberculose pulmonar, se deve evitar o emprêgo de doses altas.

J. ROCHETA.

A trombose das coronárias na diabetes melitus. (*Ueber Kranzarterien-thrombose bei Diabetes mellitus*), por H. EZCHBOCH. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 36. 1933.

Neste interessante artigo acentua-se o papel importante que tem a diabetes na trombose das coronárias (uma percentagem de 20 % na estatística do A., com cinquenta casos de infarte do miocárdio), embora se desconheça a causa do aparecimento comum das duas afecções. Pézzi é o único autor que a explica por uma perturbação do metabolismo da colesteroína, aumentada na diabetes e na hipertensão e nefroses, afirmando que a hiper-colesterinemia é o factor etiológico mais importante.

No que respeita à terapêutica, cujo conhecimento é de muita importância, deve dizer-se que uma hiperglicemia não muito acentuada não exige que seja diminuída, sobretudo que seja diminuída rapidamente. É claro que quando os valores de glicose ameaçam com o cômá, devem baixar-se, mas fazendo-se o possível para que não desçam além dos valores normais.

Isto significa que é necessário muito tato para manejar a insulina, que, além doutras acções, é vaso-constritora das coronárias. Levine, que tem referido vários casos de trombose aguda das coronárias em diabéticos, é contrário ao emprêgo da insulina nestas circunstâncias; recomenda mesmo para desprezar a glicosúria, e não administrar a insulina senão passados um a dois meses. Nos casos de côma diabético, o emprêgo da insulina deve fazer-se por injeccção subcutânea e em pequenas doses repetidas; nunca em grandes doses e por via intravenosa.

Quanto aos solutos de bicarbonato de sódio, usados comumente na diabetes, não são para aconselhar, depois que Hochrein demonstrou uma menor irrigação das coronárias após o seu emprêgo.

J. ROCHETA.

A regulação dos elementos celulares sanguineos por centros nervosos. (*Über die Regelung der morphologischen Blutelemente seitens der Nervenzentren*), por L. RICCITELLI. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 36. 1933.

Por análises clínicas e experiências a que procedeu, conclue o A. que existem no cérebro centros especiais que regulam não só a parte química e química-física do sangue, mas também os elementos morfológicos nêle existentes. Estes centros devem, com muitas probabilidades, encontrar-se nos tecidos que envolvem o terceiro ventrículo e no pavimento do quarto ventrículo, e exercem actividade não só sôbre o sangue circulante como também sôbre os órgãos hematopoiéticos.

J. ROCHETA.

Herpes zoster e varicela. (*Herpes zoster und Variçellen*), por K. SCHRAUBE. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 37. 1933.

Há quem admita que o agente da varicela é o mesmo do herpes zoster, e embora até hoje não haja provas convincentes que possam confirmar esta hipótese, o A. apresenta duas histórias clínicas que lhe são favoráveis. A primeira, com zona dum membro inferior, foi tratada pela segunda, que ao fim de onze dias (período que corresponde aproximadamente ao tempo de incubação), appareceu com varicela. Por isso, além da mesma identidade de vírus, existe um certo grau de contagiosidade, facto que não se admitia na zona.

J. ROCHETA.

O tratamento da magreza, não tireotóxica, com Diyodtyrosin. (*Ueber die Behandlung der magersucht ohne Schilddrüsenerkrankung mit Diyodtyrosin*), por I. BLUM. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 37. 1933.

Os bons resultados obtidos no bôcio exoftálmico com o emprêgo de Diyodtyrosin, entre os quais avulta o aumento de pêso, levaram o A. a esten-

der a aplicação d'êste fârmaco aos casos de magreza constitucional, alguns d'êles depois de experimentarem os processos habituais — hipernutrição, repouso, insulina — sem resultado.

Apresenta uma estatística de vinte e um casos, tendo excluído todos aqueles com mais de 10% de metabolismo basal, cardíacos, renais e hipertensos, dos quais quatro insucessos.

A administração do fârmaco faz-se assim: três vezes por dia 0,1 durante catorze dias; oito dias de intervalo e repetição das mesmas doses. Em geral o aumento de pêso faz-se principalmente nestes dois primeiros períodos.

J. ROCHETA.

Recidivas após operações à vesícula biliar. (*Rezidive nach Gallenoperationen*), por M. KUNZTLER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 37. 1933.

São relativamente freqüentes as recidivas verificadas em doentes operados por atecções da vesícula biliar. Umber, por exemplo, avalia em 45% a percentagem dos que ficam livres de perturbações, considerando-se como tais, além das cólicas, por vezes tão violentas como as anteriores, a azia, anorexia, eructações, temperaturas sub-febris, emmagrecimento, etc.

O A. pensa que tôdas as recidivas assentam numa inflamação dos ductos biliares, na maioria dos casos, numa inflamação crônica dos canais intra-hepáticos. Por isso não emprega no diagnóstico o t'ermo de Neurose ou disquinésia como afecção *sui genesis*, visto estas perturbações da motilidade terem tôdas um substracto anátomo-patológico, quasi sempre a colangite crônica.

Nesta hipótese, e quando não há febre nem icterícia, a patogenia da recidiva é desempenhada por um espasmo do colédoco. A terapêutica consiste em sondagens duodenais, a princípio sem introdução de excitantes (azeite, sulfato de magnésio) e depois com o emprêgo d'êles. Em casos raros as recidivas são devidas a uma exacerbação duma colangite subaguda, com febre e icterícia. Nestas circunstâncias a terapêutica é a mesma. Mais raramente ainda as recidivas originam-se por obstáculo mecânico (cálculos, tecidos, estreitamentos, etc.). O diagnóstico caracteriza-se pelas pequenas porções de bile, obtida de cinco em cinco minutos pela sondagem, a-pesar da icterícia intensa. Estas recidivas pertencem à terapêutica cirúrgica.

J. ROCHETA.

Modificações da fórmula sanguínea, após a ressecção gástrica, com especial atenção à anemia perniciosa. (*Veränderungen im Blutbild nach Magenresektion mit besonderer Berücksichtigung der Anaemia perniciosa*), por M. C. LOTTRUP e K. ROHOLM. — *Acta Medica Scandinavica*. Vol. LXXX. Fas. 3. 1933.

Em vinte e três doentes a quem foi feita uma ressecção gástrica por úlcera, e nos quais se investigou as modificações sanguíneas que pudessem



verificar-se como consequência da intervenção, encontraram os AA., em 35% dos casos, uma anemia ligeira e em 20% anemia de média gravidade. Os índices volumétrico e colorimétrico apresentam grandes diferenças, dando uma combinação de anemia tipo Faber com aquilia e de anemia perniciosa.

Concluem que a ressecção gástrica por si só não provoca uma anemia perniciosa; só alguns doentes é este diagnóstico possível, ou melhor, verosímil. Em três doentes apareceram sinais de modificações megalocitárias, sem se poder afirmar que se tratasse duma anemia perniciosa.

J. ROCHETA.

A importância do cloro raquídeo no diagnóstico precoce da doença de Heine-Medin. (*Die Bedeutung des Liquorchlors für die Frühdiagnose der Heine-Medinschen Krankheit*), por G. TÜRÖK. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, N.º 38, 1933.

Em dezasseis casos de doença de Heine-Medin, e no seu estado precoce, no qual se fizeram dosagens do cloro raquídeo, em nenhum dêles se encontraram valores menores que 0,6%. Há portanto casos, mesmo de forma meníngea, que, pela análise do líquido céfalo-raquídeo, se podem, com segurança, diferenciar da meningite tuberculosa.

Além disso, verificou-se também que no estado pre-paralítico da doença, o cloro se mantém normal ou está pouco diminuído. Portanto, num líquido raquídeo pobre em elementos celulares, claro, com reacções inflamatórias positivas, um conteúdo em cloro, ligeiramente elevado, normal, ou ligeiramente diminuído é a favor da doença de Heine-Medin.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Sobre «Hospitais modernos»

Doutor Eduardo Coelho:

No n.º 10 (Outubro de 1933) da *Lisboa Médica*, na secção «Notícias & Informações», quis V. Ex.^a focar algumas das afirmações de Lopez Albo e fê-lo em condições de salientar uma opinião a que se junta o voto de Marañon, mas não pode ainda aplicar-se ao meio hospitalar de Lisboa.

Nada escreveria sobre a nota de V. Ex.^a se nela se não pudesse ler: «O depoimento do Prof. F. Gentil põe a descoberto as graves mazelas de uma instituição portuguesa anacrónica.

«Transcrevemos, para que o leitor releia e medite, estes passos *perfilhados e grifados* (o mesmo é que aplaudidos) pelo Prof. F. Gentil.»

Ora, não é assim, não é bem esse o meu pensamento; é necessário coordenar e ordenar. E há, na verdade, como diz o Dr. Coelho, que «fazer a descência universitária e a descência hospitalar», mas para isso é necessário prepará-la e dar-lhe elementos. Tal como hoje existe, a orgânica-hospitalar é cheia de «raros filhos e muitos enteados», e não pode exigir-se aos segundos o que só os primeiros podem realizar.

A crise da produção científica é, infelizmente, qualitativa e não quantitativa, e a maior falta é do *contrôle* indispensável ao publicado.

Isto me obriga a dizer na *Lisboa Médica* e na mesma secção,

uma parte, apenas a que é urgente, por agora, de quanto penso sobre este interessante problema: a assistência hospitalar. E entenda-se por uma vez que não tenho a pretensão de ser infalível; pelo contrário, tenho já realizado e, nessas realizações, eu próprio tenho reconhecido erros. Por outro lado, já em 1907 fiz propostas que não vi aprovadas e hoje sustento com a mesma convicção.

O problema hospitalar deveria ser estudado e tratado, independentemente de quaisquer interesses, além dos que aos doentes e ao ensino médico possam respeitar, e as notas já publicadas nem sempre estão dentro desta regra.

As notas publicadas até hoje são, no Pôrto, de regozijo, em Lisboa, mais ou menos discórdantes, e, na provincia, de justo interesse. Não julgo útil discutí-las, como não discuto o que disse o Dr. Coelho; procuro antes escrever a minha opinião. Não representa esta atitude menos consideração, mas julgo inútil para os doentes e para o ensino fazer, em volta da opinião de Albo e Marañon, qualquer discussão. Eles têm razão.

Os vários aspectos da *questão hospitalar* podem ter mais de uma solução. Em Portugal, como já disse mais de uma vez, não há especialistas neste ramo do saber e só podemos encontrar amadores no estudo do problema hospitalar. Foi como amator nesta questão, que encontrei, em leituras e visitas feitas, a grande transformação da técnica hospitalar que ficará marcando este século, como o tipo de hospitais em pavilhões definiu o século passado. Foi essa estrutura que marcou ainda, mercê da guerra, o primeiro quartel do século xx, mas hoje é batido por toda a Europa e nós vemos os especializados nestes estudos, subordinando-se principalmente ao critério económico, filiar-se abertamente no tipo americano. É de aconselhar o estudo da orientação e dos orçamentos dos hospitais em via de construção: os hospitais do plano Mourier, em Paris, e a terminação, a quasi vinte anos de começada, da Grange Blanche, de Lyon; os novos hospitais de Milão e de Turim, os da Suíça, da Bélgica, da Alemanha, e aqui, junto de nós, o hospital da cidade universitária de Madrid e as instituições do norte de Espanha. É isso que deve ser estudado e pensado, para resolver o problema pôsto à classe médica pela consignação de 60.000 contos para hospitais. Saber o número de camas que as Faculdades precisam para

o seu ensino clínico e saber as qualidades dos médicos hospitalares e as suas publicações, é secundário, como seria comprar o mobiliário sem ter construído o prédio. Não podemos já hoje discutir se é bom o ensino das máquinas de vapor, traçando-as a giz na pedra. Já ninguém toma a sério o ensino sem prática num curso como o de medicina, e, a-pesar disso, a orgânica actual obriga ainda a uma prática insuficiente. É necessário ser franco e não nos subordinarmos a interesses secundários. Não pode continuar a manter-se o ensino clínico feito a cursos de cem ou mais alunos, e só por dois professores; é necessário atender à divisão dos alunos, sem nos preocuparmos com as críticas dos que só não podem ver com bons olhos o monopólio actual, por o não terem obtido. A verdade dominante é que só pode obter-se satisfação remodelando tóda a estrutura dos nossos asilos-hospitais e substituindo-os por boas casas de trabalho. É isso mais útil do que medir capacidades a pêsso de papel impresso. Em dois anos de clínica, médica ou cirúrgica, não se pode ensinar a praticar a ciência médica a grupos de cem alunos, passando vagamente por serviços acanhados durante três horas por semana. Que importam o tamanho das salas de aula e as publicações do mestre? É preferível pensar em construir hospitais e dotá-los de modo a poder dividir os alunos em turmas de vinte a trinta, entregando-os a médicos e cirurgiões que os possam ensinar a fazer e a praticar. As conferências substituem as lições magistrais, feias como o nome, e os catedráticos têm ainda funções importantes; mas o ensino tem de se tornar prático. E é fácil, volto à proposta que fiz em 1907 ao Conselho da Escola Médico-Cirúrgica, continuando a julgar indispensável confiar os alunos aos serviços dos hospitais civis que os queiram receber e ensinar, fornecendo a êsses serviços as condições necessárias para o fazerem.

As clínicas escolares, campo de preparação dos Mestres e dos assistentes da Faculdade, têm uma função igual à das clínicas hospitalares e servem para nelas o Estado mandar fazer a apreciação dos conhecimentos daqueles a quem pretende confiar o livre exercício da arte de curar. Caminhe-se ao mesmo tempo e francamente, no sentido da especialização, como consegui iniciar em 1906, mas sem os períodos de recuo que tem havido, acabe-se com meios serviços, com cirurgiões de homens e cirur-

giões de mulheres, consignem-se especialidades novas, como a traumatologia, a gastroenterologia, e outras e tudo se modificará. Os grupos de alunos, vinte a trinta estudantes em cada grupo, passando dois meses num sanatório marítimo, não aprendem muito mais do que actualmente os cento e vinte alunos na vaga observação, durante dois anos, de oito ou dez casos de tuberculose cirúrgica?

Convençamo-nos de que se não formos ao encontro das actuais e imperativas necessidades do ensino clínico, já existentes há mais de vinte anos, mas ainda hoje incompreendidas, teremos um dia o dissabor de as ver impostas por estranhos à profissão. O Estado não precisa de ter mais catedráticos, nem precisa, talvez, de tantos catedráticos como actualmente possui, se confiar funções de ensino e títulos correspondentes, obrigatoriamente no futuro e inicialmente aos que espontaneamente se ofereçam, entre os clínicos hospitalares dos serviços sustentados pelo Estado. Aos catedráticos ainda lhes fica muito trabalho, muita responsabilidade, e a sua categoria não ficará desvalorizada, antes pelo contrário.

Não se pode hoje admitir um hospital sem confiar ao seu pessoal clínico funções de ensino; aos estudantes, quando o hospital está numa cidade universitária ou perto dela, aos bacharéis, em hospitais situados fora da zona universitária.

O primeiro ciclo do ensino médico prepara para a aprendizagem clínica e esta deve ser ministrada em todos os serviços clínicos sustentados pelo Estado.

São estas para mim as questões fundamentais, as questões que têm maior importância e mais urge resolver neste magno problema da reforma hospitalar. Construir e organizar a casa para depois escolher os trabalhadores, dando-lhes elementos e exigindo então, mas só então, a publicação de trabalhos, podendo também exigir se uma produção científica qualitativamente suficiente.

É já longa esta carta e não passámos de um rápido enunciado de uma das facetas do problema. Muitas outras têm importância capital e, entre elas, a orgânica da assistência na Província e nas nossas Províncias Ultramarinas, e isso interessa fundamentalmente aos direitos que todos têm à assistência médica. Não é, talvez, solução multiplicar o número de hospitais sem nêles poder haver pessoal. No Norte há um belo hospital com tôda a

aparelhagem de um excelente, raro, centro cirúrgico, mas, se nessa zona houver um descarrilamento e feridos graves, têm de chamar cirurgiões da cidade mais próxima, e os feridos esperam mais de duas horas. ; E que situação se cria a um bom cirurgião sem lhe oferecer laboratórios, instalações de raios X, etc.? Leiam o inteligente relatório do Dr. Silveira Ramos (Angola) e digam se há direito de criar situações de angústia como as que se vê forçado a vencer esse excelente clínico.

É indispensável criar bons hospitais e bem dotados, atendendo, apenas, aos doentes e aos interesses gerais, numa organização de conjunto que a cada individuo garanta o máximo de regalias. O problema tem de ser resolvido de harmonia com os deveres e os interesses da classe médica, e, se esta o não fizer por iniciativa própria, será um dia compelida a fazê-lo.

Ora, fazendo-se um programa geral de hospitalização, ; não valerá a pena principiar por construir dois hospitais modernos e modelares? ; Não será essa a intenção do Chefe do Governo com o decreto publicado há meses? ; Não valeria a pena discutir a orgânica e a técnica hospitalar a preferir, sem nos preocuparem quaisquer outros interesses? ; Não será preferível discutir a célula hospitalar; a capacidade de cada serviço; o tipo de construção; as paredes e as portas; o isolamento de som, de vibrações e o arejamento, como tantos outros problemas; e depois analisar então o valor da regra de Marañon?

Julgo mais lógico e de maior interesse o caminho que preconizo.

Colega at.º

(a) F. GENTIL.

Faculdades de Medicina

Do Porto

A Faculdade de Medicina foi autorizada a contratar, durante o ano lectivo corrente, vários assistentes além dos quadros.

— A Faculdade contratou um professor de oftalmologia e outro de otorino-laringologia, conforme o respectivo despacho ministerial.

De Coimbra

A oração de «Sapientia», na abertura do ano lectivo da Universidade de Coimbra, foi êste ano pronunciada pelo professor da Faculdade de Medicina Dr. Rocha Brito. Teve por título «As escolas de serviço social».

De Lisboa

O Dr. Artur Cardoso Pereira, professor catedrático do Instituto Superior Técnico, pediu a demissão do cargo de professor auxiliar de Medicina Legal da Faculdade de Medicina e de chefe de serviço do Instituto de Medicina Legal.

— A Faculdade de Medicina contratou, por decreto, alguns assistentes fora do quadro.

Hospitais

Civis de Lisboa

Com o objectivo de contribuir para a resolução do problema de assistência hospitalar, que já há algum tempo se tem levantado, a direcção dos Hospitais Civis de Lisboa resolveu aumentar a lotação dêstes estabelecimentos com um total de duzentas camas.

— Foram agraciados com a medalha de ouro de comportamento exemplar os directores dos serviços clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa Drs. Samuel Maia, Rui Canas da Costa e Silva, Fernando de Matos Chaves e Carlos Gomes da Silva.

De Lourenço Marques

A pedido do Góvêrno de Moçambique, abriu-se concurso para o preenchimento do lugar de director contratado do laboratório de análises químicas do Hospital Central de Lourenço Marques.

Maternidade Alfredo da Costa

O Prof. Augusto Monjardino, director da Maternidade Alfredo da Costa, realizou, no dia 4 de Novembro, naquele estabelecimento, uma conferência que intitulou «Maternidades e protecção à infância».

A conferência, que constitue o resultado da viagem de estudo que o Prof. Monjardino efectuou ultimamente, foi por êste professor dividida em três partes: Impressões sobre os institutos do cancro de Roma e Milão em conjunto com a descrição sumária das cidades universitárias (Cita delli Studi) de Roma e Milão; descrição dos serviços de Obstetrícia e Ginecologia daquelas cidades e de Lausana; a obra nacional de protecção à mulher e à infância, em Itália, e considerações sobre o que, entre nós, se poderia fazer, aproveitando da obra fascista o que os nossos recursos financeiros permitissem.

Congressos

Internacional da Luta Científica e Social contra o cancro

A delegação portuguesa ao Congresso Internacional de Luta Científica e Social contra o cancro, efectuado ultimamente em Madrid, foi composta pelos Profs. Francisco Gentil e Mark Athias e pelo Dr. Bénard Guedes.

Internacional de Medicina e Farmácia Militar

O Governo louvou o coronel Dr. Manuel Fernandes Gião e o major Dr. Manuel da Silva e Mata Júnior, do quadro dos médicos do exército, pela maneira como se houveram, na qualidade de delegados do Ministério da Guerra, no VII Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militar e no II Congresso de Aviação Sanitária, realizados em Madrid nos meses de Maio e Junho.

Instituto de Hidrologia de Lisboa

Publicou-se um decreto que extingue o lugar de professor auxiliar do quadro do Instituto de Hidrologia de Lisboa e cria, em sua substituição, dois lugares de assistentes no mesmo Instituto.

Escola de Medicina Tropical

Em virtude do número sempre crescente de médicos que requerem a frequência do curso de Medicina Tropical, o governo resolveu autorizar

obras de adaptação para salas de aula e biblioteca no edificio da Escola de Medicina Tropical.

Conferência

Por ocasião da visita dos estudantes brasileiros a Portugal, o académico daquela nacionalidade, Rodolfo Kleinoscheg, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pronunciou, em Coimbra, uma conferência intitulada «Algo sôbre o vago-simpático».

Presidiu o Prof. António de Moraes Sarmiento.

Viagens de estudo

O Dr. Francisco Bénard Guedes, chefe do serviço de radiologia do Hospital Escolar de Lisboa, assistiu ao Congresso Internacional de Luta Científica e Social contra o cancro, que se realizou em Madrid, de 25 a 30 de Outubro passado.

— O Dr. Eugénio Mac-Bride Fernandes, assistente do serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado de assistir ao I Congresso Francês de Terapêutica, que se realizou em Paris, de 22 a 25 do corrente, e de visitar, em França e Espanha, os serviços hospitalares destinados à luta anti-tuberculosa e a sua organização.

— O Ministro das Colónias nomeou o Prof. Aires Kopke, director da Escola de Medicina Tropical, para representar êste estabelecimento de ensino nas solenidades de inauguração do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia, para as quais o nosso país recebeu convite. Presidirá às festas o príncipe Leopoldo, da Bélgica.

Prof. Angel Roffo

Esteve em Lisboa o Prof. Angel Roffo, director do Instituto de Medicina Experimental de Buenos-Aires.

O Prof. Roffo, cujos trabalhos sôbre o cancro são sobejamente conhecidos, realizou, no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina, uma conferência acêrca da obra que o Instituto de Buenos-Aires tem levado a cabo. Nesta conferência referiu-se ao Congresso de Madrid, para assistir ao qual veio à Europa, e declarou ser seu intento criar na Argentina um instituto de cultura portuguesa.

A êste professor ofereceu o pessoal clínico do Instituto Português de Oncologia um banquete de homenagem.

O govêrno português agraciou o Prof. Roffo com o grande oficialato da Ordem de Sant'Iago da Espada.

*
* * *

Médicos escolares

Está aberto concurso para provimento dos lugares vagos de médicos escolares dos liceus. O concurso realizar-se-á segundo as normas que já publicámos noutro número desta revista.

*
* * *

Medicina militar

Abriu-se concurso para o preenchimento das vagas do quadro permanente dos oficiais médicos. Já se publicou, por intermédio da Direcção do Serviço de Saúde Militar, a relação dos candidatos admitidos ao referido concurso.

*
* * *

Medicina naval

O primeiro-tenente médico Dr. Domingos da Cruz foi nomeado para prestar serviço, como adjunto, na repartição de Saúde Naval.

*
* * *

Louvor

Publicou-se um louvor ao médico civil Dr. António Pereira Coutinho pelos serviços clínicos que há mais de quinze anos presta gratuitamente



ao pessoal do pôsto da Guarda Nacional Republicana de Cascais e às respectivas familias.

Necrologia

Faleceram : em Nisa, o Dr. Francisco Miguens ; e em Lisboa, o Dr. D. Tomaz de Melo Breyner, professor agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa e director de serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa.

Médicos escolares

Foi aberto concurso para provimento das vagas de médicos escolares dos liceus. O concurso realizou-se a 22 de agosto de 1934 e foram nomeados os seguintes:

Medicina Militar

Abriu-se concurso para o preenchimento das vagas de graduados de medicina militar. O concurso realizou-se a 22 de agosto de 1934 e foram nomeados os seguintes:

Médicos Navais

O primeiro-tenente médico Dr. Domingos da Silva foi nomeado para prestar serviço, como adjunto, na repartição do Sêde Naval.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE **D^r PLANTIER** ANNONAY (Ardeche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SÚCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

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

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alcol
Analgésico, anti-infeccioso, anti-térmico
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. ... RERNE

1 rua em todas as farmácias e drogarias a Esc. 14500

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C. IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



ALCACYL WANDER

Sala
Est.
Tab.
N.º