



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

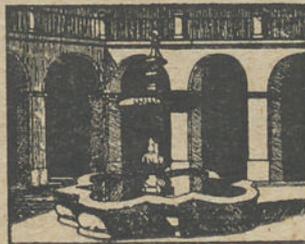
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,  
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*A. Almeida Dias*

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, Morais David, Fernando Fonseca,  
António de Meneses e Eduardo Coelho*



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.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> - LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

3. Boulevard St-Martin. Paris — E PHARMACIAS.

# CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —  
**TONICO RECONSTITUINTE DE**  
— **GRANDE PODER NUTRITIVO**

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral, Afecções  
nervosas, Tuberculosas e convalescências —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

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

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

Sala B \_\_\_\_\_

Est 9 \_\_\_\_\_

Tab. 1 \_\_\_\_\_

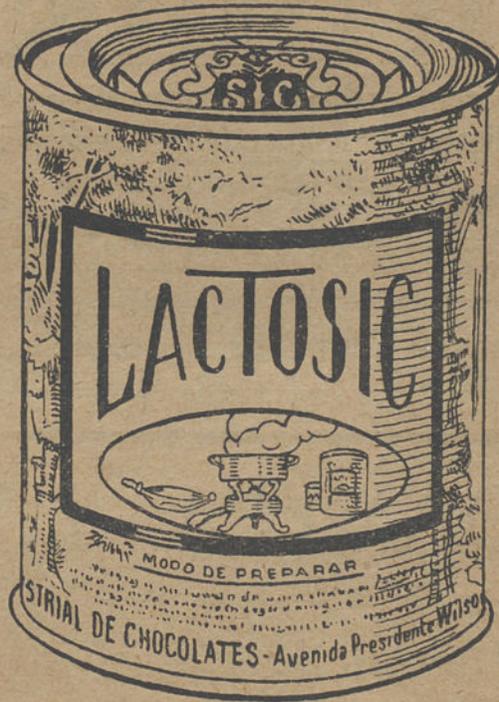
N.<sup>o</sup> 49 \_\_\_\_\_

LISBOA MÉDICA

# LACTOSIC

---

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo  
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.<sup>A</sup>-R. Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

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

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.º

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

**VANTAGENS:** Injecção subcutanea sem dór.  
Injecção intramuscular sem dór.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

á dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITÁRIOS  
EXCLUSIVOS

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



## RAIOS ULTRAVIOLETAS

Lampadas Bach, Jesioneck, Sollux  
e acessórios

Da Quartzlampen Gesellschaft m. b. H.,  
de Hanau

Para entrega imediata

J. ROMA, L.<sup>DA</sup> (Engenheiros)

Rua dos Fanqueiros, 334, 1.<sup>o</sup>

LISBOA

# Alimentos ALLENBURY'S

para crianças e adultos

**cientificamente adaptados a cada idade**

N.º 1 — lacteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lacteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — peptonizado, para doentes dispepticos e velhos.

BISCOITOS — para o periodo do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd. - Londres, COLL TAYLOR, LTD.

Rua dos Douradores, 29-1.º - LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

ACENTES NO PORTO, COIMBRA, BRAGA, ETC.

## Termómetros HICKS

GENUINOS-CLÍNICOS

Usados em todo o mundo

À VENDA NAS FARMÁCIAS DO PAÍS

Agente geral: COLL TAYLOR, L.<sup>da</sup> — Rua Douradores, 29-1.º - Lisboa - Telef. C. 1386

# INSULIN 'A.B.' A PRIMEIRA PREPARADA Brand NA EUROPA



### VANTAGENS:

1 — Acção constante. Sendo bem aplicada evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.

2 — Elevada pureza. Não provoca reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.

3 — Inalterabilidade sem igual. É a única Insulina garantida, pelo menos, por um ano.

À VENDA NAS FARMÁCIAS em frascinhos de 5 c. c. ou 100 unidades. 5 c. c. ou 200 unidades. 25 c. c. ou 500 unidades.

Folheto grátis sobre o tratamento da diabetes aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos.

THE BRITISH DRUG HOUSES, L.<sup>TD</sup> e ALLEN & HANBURYS, L.<sup>TD</sup> — LONDON

Representante em Portugal: COLL TAYLOR, LDA.

Rua dos Douradores, 29, 1.º - LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

PORTO — M. P. Silva, Rua das Flores, 114 — Telef. 611.

BRAGA — Farmácia Central, Rua Miguel Bombarda, 6.

COIMBRA — Centro Comercial de Drogas, Rua Ferreira Borges, 34-1.º.



# Entéro-Colite

PRINCIPALMENTE NAS CRIANÇAS

melhora rapidamente e a cura é facilitada pela aplicação de Antiphlogistina quente no abdómen. A

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

descongessa os vasos do intestino e do peritónio, estimula o plexo solar e hipogástrico, faz desaparecer o tenismo, a contractura muscular e a dor.

## DOENÇAS DA PELE (Dermatites)

As alterações da derme, qualquer que seja a sua origem: queimaduras, mordeduras de insectos e de reptis, tão frequentes no verão, melhoram com a aplicação precoce da Antiphlogistina. Em geral deve aplicar-se quente.

O calor húmido aplicado continuamente nos casos de congestões restabelece prontamente a circulação normal; é o primeiro passo no processo de reparação de qualquer inflamação. A Antiphlogistina fria é mais agradável nos primeiros tratamentos das queimaduras.

## CONTUSÕES

Entorse, feridas, sinovites traumáticas, caimbras e outras congestões devidas aos exercícios desportivos cedem rapidamente às aplicações da Antiphlogistina quente.

Enviem-se amostras e literatura grátis aos Ex.<sup>mos</sup> Médicos.

Sede principal:

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.**  
NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATÓRIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos-Aires, Sydney, México, City, Montreal, Florença.

Depositários em Portugal:

**ROBINSON, BARDSLEY & C.<sup>a</sup> L.<sup>da</sup>**  
Cais do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup> — Lisboa



# LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS  
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliars, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico  
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**  
**AFFECÇÕES DO FIGADO**  
**ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratórios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**  
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

Amostras gratis aos Ex.<sup>mos</sup> Medicos, pedidos: Rua do Poço dos Negros, 36

INSTITUTO PORTUGUÊS  
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

---

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

---

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS  
PROVADAMENTE POBRES

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## ARHÉOL

$C^{15} H^{26} O$



Princípio activo da Essência de Sandalo  
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Pyelonephrite.  
Catarrho vesical.

## KOLA ASTIER

GRANULADA



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

## NÉO-RIODINE

$C^3 H^6 O + I \text{ e } Na$

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venosas.  
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

**NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO**

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

## RIODINE

$(C^{18} H^{33} O^3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado  
Ether glycerico  
iodado do acido  
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>Neoplasias da medula cervical</i> , por Egas Moniz.....	pág. 605
<i>A Insulina no tratamento do hipertiroidismo e o antagonismo tiro-pancreático</i> , por Eduardo Coelho.....	» 625

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 646
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	» 658

## NEOPLASIAS DA MEDULA CERVICAL

### TRATAMENTO EFICAZ, EM DOIS CASOS, PELA RADIOTERAPIA

POR

EGAS MONIZ

Professor de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa

A gliomatose medular e a siringomielia andam ligadas como fases do mesmo processo mórbido. A proliferação glial origina a neoplasia primária; a possível fusão dos seus elementos constitutivos produz a cavidade medular siringomiélica.

Os gliomas medulares têm uma sede de predilecção: a zona endimária ou periependimária. As cavidades que, na evolução do tumor, se formam à sua custa e que, em geral, tomam uma grande extensão por destruição dos tecidos vizinhos, *abrange constantemente o canal do endimo*. Ligamos a esta particularidade anátomo-patológica a maior importância na separação deste estado cavitário de outro que particularmente se lhe semelha e com que tem andado confundido.

Com efeito, podem aparecer nas paquimeningites espinhais hipertróficas largas cavidades nos diversos segmentos medulares, aparentemente similares às que se encontram na siringomielia, e tanto que a paquimeningite cavitária tem sido considerada como uma complicação daquela enfermidade.

É um erro que procurámos desfazer (1) e de importância cli-

---

(1) EGAS MONIZ — La Pachyméningite spinale hypertrophique et les cavités médullaires — *Revue Neurologique* — Outubro de 1925, t. II, n.º 4, págs. 443-463.

nica, pois é diverso o tratamento da siringomielia e da paquimeningite. Mesmo no campo operatório, onde ambas pretendem agora entrar, a intervenção cirúrgica visa a objectivos diferentes.

Separamos a paquimeningite *fibroplástica* dos espessamentos meníngicos ligados às etiologias tuberculosa e sífilítica que não vêm acompanhados de cavidades medulares. Quando muito, apresentam alguns pequenos focos vacuolares necrobióticos derivados da destruição de tecido nervoso por perturbações inflamatórias vasculares localizadas.

Só a paquimeningite que, à falta de melhor termo, designámos de *fibroplástica*, de etiologia desconhecida, mas mais neoplásica do que infecciosa, dá origem a cavidades confundíveis com as da siringomielia. Em trabalho anterior procurámos mostrar as características diferenciais de umas e outras. No campo anátomo-patológico as cavidades siringomiélicas estão ligadas, e como que dependentes do ependimo, ao passo que as cavidades paquimeningíticas, muitas vezes múltiplas, instalam-se à custa das substâncias cinzenta e branca da medula, deixando intacto o canal do ependimo, ou em tôda a sua extensão (1), ou na maior parte dos seus trajectos.

As paredes das cavidades paquimeningíticas são, especialmente na parte mais alta da medula, irregulares, anfractuosas, e estão, por vezes, reduzidas a simples fendas. As cavidades siringomiélicas são como que a dilatação do canal do ependimo (aproximando-se assim da hidromielia) mais ou menos regulares, largas e raras vezes múltiplas.

A estas características anatómicas devem juntar-se, como tendo primacial importância, as diferenças etiológicas das duas espécies de cavidades. Na paquimeningite elas derivam de causa exógena: a constricção exercida sobre a medula pelo anel fibroso paquimeningico. Pelo contrário, as cavidades siringomiélicas são de origem endógena: estabelecem-se como consequência da fusão de gliomas a que anda adstrito o revestimento ependimário.

Por outro lado — como tivemos ocasião de demonstrar — a sintomatologia das duas doenças é bem diferente.

---

(1) EGAS MONIZ — Trab. cit., pág. 444 e seguintes.

A siringomielia tem uma fisionomia sensitiva, trófica e motora que lhe é peculiar. A paquimeningite aproxima-se das compressões medulares de que é, afinal, uma modalidade.

Não é fácil confundir clinicamente as duas enfermidades. As paquimeningites fibroplásticas, embora se instalem lentamente como a siringomielia, apresentam uma sintomatologia bem diferenciada.

Na parte motora, constata-se a existência de uma paraplegia espástica o que é excepcional na siringomielia, e se a paquimeningite é alta, uma tetraplegia. Há atrofia dos músculos dos membros superiores, nem sempre mais acentuada nas extremidades, como sucede na siringomielia.

Os esfínteres apresentam-se muitas vezes tomados nas paquimeningites fibroplásticas, o que na siringomielia é sintoma raro e da última fase da doença.

As perturbações da sensibilidade mostram um limite superior bem definido e uma distribuição de forma hemianestésica ou uma anestesia geral bastante completa, sem zonas normais intermediárias, ao passo que na siringomielia se observa uma distribuição de forma radicular (Dejerine), quasi sempre limitada a alguns segmentos medulares.

Os paquimeningíticos sentem dores iniciais por vezes violentas, que se mantêm com maior ou menor intensidade, ao passo que a siringomielia ou se instala silenciosamente sem repercussão algica, ou é acompanhada de dores de tipo tabético, transitórias.

O líquido céfalo-raquídeo, normal nos siringomiélicos, apresenta, nos paquimeningíticos, uma dissociação albumino-citológica.

Em resumo: o diagnóstico da paquimeningite fibroplástica é fácil de estabelecer em relação à siringomielia, doença com que tem sido confundida mais no campo anátomo-patológico devido às cavidades medulares encontradas nas duas enfermidades, do que na esfera clínica.

A falta dum minucioso estudo das duas espécies de cavidades, até aqui julgadas idênticas, contribuiu para o êrro corrente.

O diagnóstico entre a paquimeningite e as compressões medulares por tumores, etc., era, antes da prova de Sicard, impossível de fazer-se, pelo menos na grande maioria dos casos.

Hoje é mais fácil. Os aspectos radiolipiodolados, como tivemos ocasião de demonstrar, são diferentes (1).

Também chamamos a atenção para um novo sintoma que denominámos: *dissociação sensitivo-lipiodolada* e que consiste na discordância entre as perturbações sensitivas e a paragem do lipiodol. Esta faz-se alguns segmentos (1 a 3) acima do limite indicado pelas alterações da sensibilidade.

H. Peiper (2), referindo-se a êste sintoma, no seu tratado de Mielografia, recentemente publicado, dá dêle a explicação que nós, ao descrevê-lo, igualmente lhe atribuímos (3): *Z. B. deutete in dem Fall von Moniz der Ausfall der Sensibilität auf D<sub>3</sub> als obere Grenze des pachymeningitischen Prozesses, während das Jodöl schon zwischen D<sub>1</sub> und D<sub>2</sub> stoppte. Moniz bezeichnet dies Symptom als «Dissociation sensitivo-lipiodolée». Die Erklärung hierfür ist einfach. Im vorliegenden Fall reichten z. B. Adhäsionen bis zur Höhe D<sub>1</sub>-D<sub>2</sub>, die fest genug waren, das Lipiodol zu stoppen, aber zu gering, um schon in dieser Höhe eine neurologisch erkennbare Markschädigung zu setzen. Der Hauptprozess der Pachymeningitis, der das Mark direkt schädigte, sass tiefer bei D<sub>3</sub>.»*

Êste sintoma e o aspecto mielográfico são de grande importância diagnóstica.

Na siringomielia a permeabilidade do canal ao lipiodal é perfeita. Nem paragem em massa, nem distribuição em rosário, ao longo da coluna. Êste aspecto, com descida lenta, que pode verificar-se em radiografias tiradas em dias sucessivos, é peculiar às paquimeningites.

Mesmo na fase gliomatosa, antes da formação da cavidade, a dilatação medular não é suficiente para determinar a paragem demorada do azeite iodado. Num dos nossos casos (III) deu-se a paragem de uma certa quantidade de lipiodol (Fig. 6) na coluna cervical, a que não ousamos atribuir significado especial, a-pesar

(1) EGAS MONIZ, trab. citado.

(2) JÜNGLING UND H. PEIPER — *Ventrikulographie und Myelographie in der Diagnostik des Zentralnervensystems.* — Leipzig, 1926.

(3) EGAS MONIZ — Compressões intra-raquidias e a prova lipiodolada de Sicard — *Lisboa Médica*, 1925, n.º 2, ano II, pág. 98.

*Schering*

# Arcanol

O novo remédio eficaz contra a gripe  
e constipações

## INDICAÇÕES:

**Todas as afecções gripais especialmente catarros das vias respiratórias superiores e anginas.**

**O Arcanol reúne o conhecido efeito antiflogístico do ATOPHÁN com o antipirético do ácido acetil-salicílico.**

Chemische Fabrik auf Actien

(VORM. E. SCHERING.)

BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante científico:

C. A. GLADE, LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

Ex.<sup>mo</sup> Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura do

**ARCANOL SCHERING**

Nome : .....

Enderêço : .....

PILULAS

# OPOBYL

PILULAS

## TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhoses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites.*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorroidarios.*

### COMPOZIÇÃO

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

## INSUFFICIENCIAS Hepatica e Biliar

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

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

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

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

“

# eregumil

”

## Fernández

Alimento vegetariano completo em base  
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:  
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
e principios minerais (fosfatos naturais)*

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

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

Ex.<sup>mo</sup> Sr.

C. A. Glade

Rua Vitor Cordon, 7

Lisboa

da coincidência da altura com a lesão diagnosticada, pois 24 horas mais tarde não havia vestígio algum da sua paragem.

Os casos que vamos relatar merecem ser arquivados por se tratar de neoplasias da medula cervical. Pelo menos nos dois doentes em que pudemos seguir a evolução, devem ter sido gliomas. Tratados pela radioterapia, não só parou a sua marcha progressiva, mas deu-se o regresso da grave sintomatologia observada. Ambos os doentes, incapacitados de trabalhar, voltaram à sua antiga actividade.

Talvez possam ser considerados como formas atípicas da siringomielia, surpreendidas na sua primeira fase gliomática, antes ou no início das formações cavitárias. Os resultados radioterápicos que obtivemos foram, porém, incomparavelmente superiores aos alcançados em casos mais adiantados de siringomielia. A limitação da lesão inicial, o podermos indicar o ponto preciso sôbre que devia incidir a acção dos raios X, concorreram, por certo, para o sucesso terapêutico.

As neoplasias da medula cervical são raras. Poucas têm sido surpreendidas no início, mesmo quando possivelmente marcam a primeira fase de uma evolução siringomiélica. A literatura médica é escassa a êste propósito. A reunião de três casos de lesões desta altura medular levou-nos a fazer um estudo de conjunto. Pretendemos assim chamar a atenção para uma sintomatologia não vulgar que, por vezes, apresenta algumas dificuldades de interpretação.

Reservamo-nos para, a propósito de cada doente, pôr em realce os factos mais importantes e fazer as considerações que julgarmos oportunas sôbre os diagnósticos respectivos.

G. F.. de 30 anos, vendedeira ambulante, de Albergaria-a-Velha.

Entrou para o nosso serviço do Hospital Escolar, em setembro de 1922. Começou a sofrer da doença que a trouxe à nossa consulta há cerca de dois anos.

Hereditariedade mórbida nula.

Casou aos 18 anos e enviuvou um ano e meio depois. Teve um filho falecido aos 18 meses. Não teve abortos. Nada que fizesse suspeitar sífilis. WR negativa.

Informou que sofrera há 7 anos um traumatismo violento. Um ciclista atropelou-a sôbre o ombro esquerdo, causando-lhe uma forte contusão

que levou tempo a curar. Em seguida começou a inchar-lhe a mão esquerda. Este edema vinha acompanhado de dôres. Passava-lhe em parte com o calor e especialmente na cama. O edema sobrevinha periódicamente e durava no inverno um ou dois meses.

Em 1920, cinco anos depois, e em seguida a uma das costumadas crises edematosas, notou que a perna e o braço esquerdos principiavam a fraquejar. Recorda-se que, por essa época, ou pouco tempo depois, tivera dôres no joelho esquerdo e na região lombar. Também, a seguir, as teve no ombro esquerdo, propagando-se ao braço e mão.

Dois meses antes de entrar no hospital, dôres na região cervical. Conser-vava, porém, a sua mobilidade normal, sem rigidez muscular. Estas dôres foram-se atenuando. Contudo, já depois de hospitalizada, voltaram-lhe ao ombro direito com irradiação para o braço.

A hemiparesia esquerda aumentou lentamente. Podia andar com relativa facilidade arrastando um pouco a perna esquerda.

Nunca teve cefaleias apreciáveis, nem vômitos, nem crises convulsivas.

OBSERVAÇÃO. — Havia uma acentuada diminuição de força nos membros à esquerda. Podia, contudo, marchar, e levantar, com relativa facilidade, o braço doente.

A face estava indemne de qualquer perturbação motora.

ATROFIAS. — A doente apresentava algumas atrofia musculares. O externo-cleido-mastoideo era o músculo mais atingido. Estava reduzido a um delgado feixe muscular. Dificilmente se apalpava o feixe cleido-mastoideo. O *trapezio*, à esquerda, muito atrofiado. Também se apresentavam diminuídas de volume, à esquerda, o angular da omoplata, os supra e infra-espinhosos, o romboide, o deltoide, o bicipete e, embora menos acentuadamente, o longo supinador e a porção clavicular do grande peitoral.

Os flexores e extensores dos dedos, os inter-ósseos e os músculos da região tenar e hipotenar normais.

Os músculos da perna estavam diminuídos de volume à esquerda.

À altura média dos gémeos, a perna direita media 29 centímetros e a esquerda 27.

REFLEXOS. — Os reflexos dos membros superiores (radiais e tricipitais) mais vivos à esquerda. O radial manifestava-se pela flexão do ante-braço sobre o braço e flexão viva dos dedos da mão.

O reflexo olecraniano, apenas esboçado à direita, era muito vivo à esquerda.

Excitando (picada, gelo, etc.), a parte interna do braço, especialmente à altura do cotovelo, obtinha-se uma flexão brusca do braço e flexão dos dedos.

Os abdominais fracos e iguais dos dois lados.

Reflexos dos membros inferiores: muito mais vivos à esquerda. Havia clono da rótula e do pé do mesmo lado. Reflexo plantar normal à direita, Babinski à esquerda. Sinais de Oppenheim, de Gordon, Schäffer, Foix-Marie, da flexão plantar passiva do pé, de Barré igualmente positivos. Não havia Rossolimo nem Mendel-Bechterew.

O sinal da extensão do dedo grande do pé podia ser provocado pela excitação (picada, gelo) da pele de todo o membro.

Do lado dos esfínteres nada de anormal. A doente sofria de constipação. SENSIBILIDADES. — Tátil normal. A térmica e a dolorosa, que mais ou menos se correspondiam, apresentavam a distribuição dos esquemas juntos. As alterações eram mais acentuadas à direita, onde havia quasi uma hemianestesia (Figs. 1 e 2).

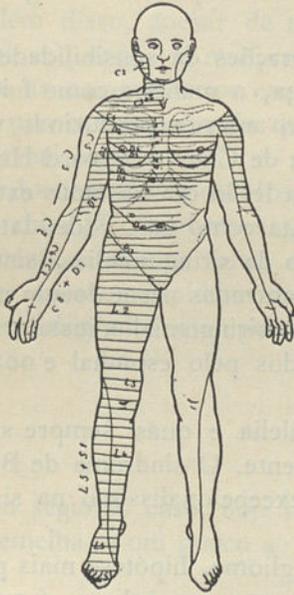


Fig. 1

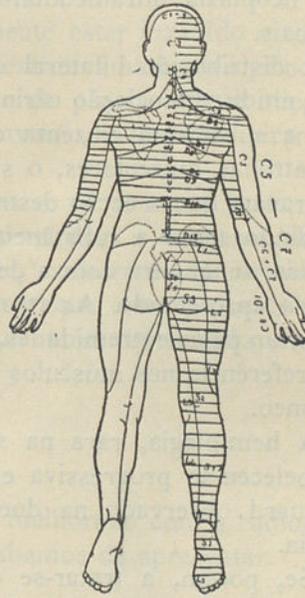


Fig. 2

Só não estavam tomadas as zonas do trigémio, C<sub>1</sub> e, no braço, C<sub>6</sub>, C<sub>7</sub> e C<sub>8</sub>. Sensibilidades profundas normais.

Sentido estereognóstico normal.

As vértebras cervicais não eram dolorosas à pressão. Mantinha uma perfeita mobilidade da coluna cervical.

Fundos dos olhos normais.

A doente apresentava, à esquerda, um síndrome de Claude Bernard-Horner (ligeira redução da fenda palpebral, miose e um certo grau de enoftalmo).

Não havia nistagmo.

Sob a acção de 0,001 gr. de cloridrato de pilocarpina a doente apresentava uma sudação muito mais forte à direita do que à esquerda em toda a metade do corpo.

Não havia contracções fibrilares.

Radiografia da coluna cervical: vértebras normais.

Exame do líquido ráquidio: nem hiper-albuminose, nem globulinas (Pandy negativo), nem hiperlinfocitose.

Na época em que observámos esta doente, ainda não era conhecida a prova lipiodolada de Sicard. Poderia talvez prestar algum esclarecimento.

Pela sintomatologia enumerada firmamo-nos no diagnóstico de uma neoplasia intramedular a altura dos primeiros segmentos cervicais.

A distribuição bilateral das alterações da sensibilidade com uma nítida dissociação siringomiélica, a maneira como foi atingida a substância cinzenta do corno anterior produzindo variadas atrofas musculares, o síndrome de Claude-Bernard-Horner, mostravam que a acção destrutiva da lesão era bastante extensa, invadindo tanto a substância cinzenta como os cordões laterais.

Não se quadra com a descrição da siringomielia a sintomatologia apresentada. As atrofas encontradas nesta doente não se iniciaram pelas extremidades, como na siringomielia, instalaram-se de preferência nos músculos enervados pelo espinhal e no torax e tronco.

A hemiplegia, rara na siringomielia e quasi sempre súbita, estabeleceu-se progressiva e lentamente. O síndrome de Brown-Séquard observado na doente é excepcionalissimo na siringomielia.

Se, porém, a tratar-se de um glioma, hipótese mais provável, se produzisse a fusão dos elementos neuróglícos, é possível que o termo da sua evolução fôsse a siringomielia de uma forma inicial atípica.

De facto esta doença apresenta-se, por vezes, sob aspectos que a afastam dos quadros nosográficos descritos.

Devemos dizer que hesitámos em aconselhar à doente uma intervenção cirúrgica pela extensão medular atingida e pela proximidade do bolbo visto estarem tomados, pelo menos, os centros medulares do espinhal (parte postero-externa do corno anterior da medula, do 1.º ao 5.º segmentos).

Não se tratava de um tumor pequeno, facilmente extirpável pela abertura da medula, no sulco médio posterior. Êstes têm sido extraídos, quando se localizam a uma limitada zona medular. Os próprios gliomas, surpreendidos numa fase de evolução pouco avançada, têm sido operados com sucesso. Mas quando êles se difundem como sucedia nesta doente, a operação é de resultado

muito incerto. Acrescia ainda, neste caso, a circunstância de se prolongar para o lado do bolbo o que aumentava a gravidade da intervenção.

A evolução lenta da lesão levou-nos a eliminar a hipótese de um tumor maligno que se propagaria rapidamente a uma extensão considerável do bolbo e da medula.

Além disso, apesar de nesta doente estar invadido o cordão lateral esquerdo, a neoformação destrutiva assentava principalmente no corno anterior esquerdo, tendo possivelmente atingido, mais por compressão do que por invasão, o fascículo piramidal do mesmo lado.

A doente retirou do Hospital sem se ter feito um tratamento pelos raios X. Soubemos que falecera dois a tres anos depois sem conhecermos a causa da morte, embora nos informassem que se agravou rapidamente a doença que a trouxe ao Serviço de Neurologia, o que parece excluir uma terminação siringomiélica.

\*  
\*       \*  
\*

Um segundo caso, hoje bastante melhorado com a radioterapia, semelha-se um pouco ao que acabamos de apresentar.

J. P., de 35 anos. Há dois anos dôr do ombro direito que persistiu durante meses, embora não fôsse muito intensa. Em seguida diminuição de força à direita, primeiro na mão e braço, depois em todo o lado.

Começou a sentir na mesma ocasião uma impressão constrictiva na região lombar, mais à direita. Do lado esquerdo não teve dores, mas, quasi concomitantemente, dificuldade de movimentos.

Passados dois meses a força ao dinamometro estava reduzida a 20 à direita e 30 à esquerda. Os braços, especialmente o direito, estavam bastante paresiados. Diminuição de força à flexão e extensão do antebraço, impossibilidade de estender os braços, sendo a dificuldade mais acentuada à direita. Não podia levar a mão direita a altura da cabeça e só penosamente o conseguia à esquerda.

Pela mesma época esboçaram-se atrofia dos músculos das mãos, nomeadamente da região tenar e hipotenar. A seguir notamo-las em alguns músculos do antebraço e braço, nomeadamente no deltoide direito.

Tremores fibrilares.

As dores a que atrás fazemos referência tornaram-se mais vivas, irradiando por todo o lado direito, por Dezembro de 1924. Nessa época queixava-se de crises convulsivas, mais localizadas aos membros inferiores, sem que

nunca perdesse os sentidos e que passaram. Pelas descrições feitas pareciam dependentes do clono do pé que, ao tempo, era muito intenso.

Sentia dificuldade em andar. «Tremiam-lhe as pernas», segundo a sua frase habitual.

Também por essa época teve incontinência de urina passageira e experimentou uma diminuição de ereção.

Da observação dessa época tiramos os dados seguintes:

**REFLEXOS:** Do membro inferior: rotulianos e aquilianos vivíssimos. Clono do pé de ambos os lados, mais marcado à direita. Clono da rótula. Sinais de Babinski, da flexão plantar passiva do pé, Oppenheim, Gordon, etc., positivos de ambos os lados, embora muito mais acentuados à direita.

Abdominais e cremasterianos não existem.

Do membro superior: radiais, cubitais e tricipitais vivos. Olecranianos positivos dos dois lados.

**SENSIBILIDADES** superficiais, especialmente à dor e temperatura, tomadas até C<sub>3</sub>. A hipoalgesia e hipotermo-anestesia são, porém, muito mais pronunciadas à esquerda (Fig. 3).

Nunca teve o síndrome de Claude Bernard-Horner.

Não teve sífilis. WR negativo.

Antes de nos vir consultar tinha feito uma punção lombar. O exame do líquido não revelou nem aumento de albumina nem hiperlinfocitose.

Fêz tratamento anti-luético sem proveito algum.

Em 23 de janeiro de 1925 fizemos-lhe uma punção cisternal. O exame do líquido extraído saiu gota a gota e não revelou hiperalbuminose nem hiperlinfocitose.

Na mesma ocasião fizemos-lhe a prova lipiodolada. O azeite iodado precipitou-se todo, e imediatamente, no saco dural sagrado. Foi observado meia hora depois da injeção do lipiodol.

O exame radiográfico da coluna cervical foi negativo.

Por conselho nosso começou a fazer tratamentos radioterápicos em janeiro de 1925, com incidência especial nas 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> vertebra cervicais.

Ao fim de sessenta tratamentos fizemos-lhe nova observação.

As atrofia das mãos tinham quasi desaparecido. A força tinha aumentado.

Marchava sem a menor dificuldade.

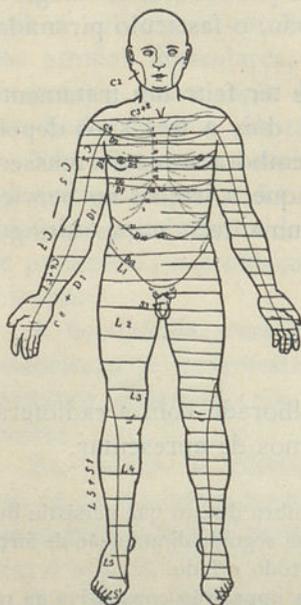


Fig. 3

REFLEXOS.—Membros inferiores: rotulianos e aquilianos vivos. Não há clono do pé nem da rótula. Nem sinal de Babinski nem correspondentes, tanto à esquerda como à direita.

Os reflexos abdominais normais à direita; não existem à esquerda. Cremasteriano normal à direita, fraco à esquerda.

Membro superior. Reflexos radiais, cubitais e tricipitais vivos. Por vezes esboço de olecranianos, talvez mais evidente à direita.

Nunca mais sentiu perturbações esfincterianas e melhorou do seu estado genésico.

As perturbações de SENSIBILIDADE atenuaram-se consideravelmente. Apenas uma hipoestesia esquerda até C<sub>4</sub>, e ligeiramente atingidos o tronco e braço direitos (Fig. 4).

Os dois esquemas que publicamos (fig. 3 e 4) mostram nitidamente, nas datas dos dois exames, antes e após o tratamento, as melhoras experimentadas.

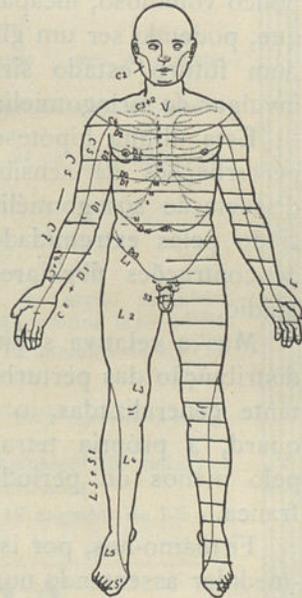


Fig. 4

Neste doente temos dois aspectos a apreciar, diagnóstico e tratamento.

Sobre o primeiro não nos parece que possa haver dúvidas: trata-se de uma nova formação na região superior da medula cervical. A evolução, o início doloroso, as atrofias musculares dos membros superiores, os tremores fibrilares, a normalidade do líquido raquídeo examinado por duas vezes no período mais grave da doença e especialmente as perturbações permanentes da sensibilidade, dando um esboço de síndrome de Brown-Séguard permanente com predomínio das perturbações paréticas à direita e das alterações da sensibilidade à esquerda, afastam-nos da hipótese de uma mielite. Na mielite sífilítica o síndrome brown-sequariano inicia as desordens mórbidas (1), altera-se a breve trecho. Além disso não existia lues neste doente. A reacção de

(1) EGAS MONIZ—O síndrome de Brown-Séguard nas mielites sífilíticas—*Medicina Contemporânea*, 1915.

Wassermann foi negativa, não havia hiperlinfocitose no líquido raquídio, e o tratamento anti-sifilítico não produziu o menor benefício.

A prova lipiodolada fêz com que também pusessemos de parte a possibilidade de uma compressão extra-medular raquídia, ficando assim reduzidos a dois diagnósticos: tumor intra-medular pouco volumoso, incapaz de fazer a septação do canal raquídio e que, podendo ser um glioma, seria como que a guarda avançada dum futuro estado siringomiélico, ou uma forma anómala e invulgar de siringomielia.

Esta última hipótese poderia firmar-se na circunstância das perturbações da sensibilidade apresentarem a forma típica da dissociação siringomiélica; as atrofas musculares terem-se iniciado pelas extremidades dos membros superiores; a existência de contrações fibriliares e ainda a normalidade do líquido raquídio.

Mas a relativa subitaneidade de sintomatologia observada, a distribuição das perturbações da sensibilidade, desde o início bastante generalizadas, o esboço de um síndrome de Brown-Séquard, a própria tetraplegia, distanciam-nos da siringomielia, pelo menos do período de estado, isto é, da fase cavitária franca.

Firmámo-nos, por isso, no diagnóstico de uma neoplasia intra-medular assentando nos segmentos  $C_3$  —  $C_4$  da medula.

Sobre a natureza do tumor inclinamo-nos para uma neoformação gliomatosa. Os gliomas não são tumores raros na medula e particularmente nessa região. Iniciam-se na substância cinzenta, em torno do canal do ependimo, por vezes predominando sobre um dos lados da medula como sucedia neste doente. A parte direita foi a mais atingida. Daí provinha o síndrome cruzado das perturbações motoras e sensitivas, aquelas acentuando-se à direita, estas notando-se especialmente à esquerda.

Não ousámos propôr o tratamento cirúrgico.

Êstes gliomas são muitas vezes, como já dissemos, o início da siringomielia; mas o seu estudo anátomo-clínico ainda não está feito. Se há uns facilmente enucleáveis, outros há que o não podem ser, pelo menos completamente, seja qual fôr o ponto do neuraxe em que se instalem. Ignoramos, como dizem Cushing e Bailey, qual é a evolução destes tumôres. Uns infiltram-se na

# Preparados arsenicais "BAYER,,

a) para uso interno :

1. **Elarson** (1 comprimido contém  $\frac{1}{2}$  mgr. As).
2. **Ferro-Elarson** (1 comprimido contém  $\frac{1}{2}$  mgr. As e 3 cgr. ferro reduzido).

O Elarson é um preparado arsenical lipóidico, sal de estrôncio do ácido chloroarsinosobehenólico.

*Empacotamento comercial:* Vidros com 60 comprimidos. Empacotamento original BAYER.

b) para injeções :

1. **Solarson** (heptinchloroarsonato de amónio).

*Vantagens:* Aproveitamento completo da acção arsenical. Óptima tolerância. Injecção indolor. Não produz máo hálito.

*Empacotamento comercial:* Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. Empacotamento original BAYER.

2. **Optarson** (Combinação de Solarson estriénina).

**Tónico dos nervos e vasos.**

O Optarson possui o mesmo efeito arsenical do Solarson, mais a acção rápida e estimulante da estriénina.

*Empacotamento comercial:* Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. Empacotamento original BAYER.

## JUVENINA

(Combinação de methylarsonato de yohimbina com methylarsonato de estriénina.)

**Poderoso tónico nas depressões físicas e psíquicas,  
e especialmente nas da esfera sexual.**

*Prescreva-se :*

Drageas de 0,1 gr. L

Ampolas de 1,2 c. c. X

Empacotamento original "BAYER,,

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius ,,

....

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



# SANATÓRIO MARÍTIMO DE CARCAVELOS

(Assistência Nacional aos Tuberculosos)

Para tratamento de crianças escrofulosas, raquíticas  
e com tuberculose óssea, ganglionar e peritoneal  
Admite crianças do sexo feminino desde os 3 aos 7 anos  
e do sexo masculino dos 3 aos 12 anos de idade,  
como pensionistas  
em camarata ou em sala especial

Pedir tabela de preços das diárias e condições de admissão ao:

Dr. ANTÓNIO DE MENESES

CHEFE DO SERVIÇO CLÍNICO  
SANATORIO MARÍTIMO  
CARCAVELOS

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração devem ser dirigidos ao Dr. Almeida Dias, Secretário da Redacção e Administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

substância nervosa, outros, pelo contrário, enquistam-se, sendo então facilmente operáveis. O problema dos gliomas é mais importante pelo que respeita ao cérebro, mas, mesmo na medula podem tomar aspectos muito diferentes. Ora são o início da siringomielia formando cavidades pela sua fusão, ora crescem sem tendência alguma a dar origem a cavidades.

Como diz Cushing, é possível que se confundam sob a designação genérica de gliomas, tumores muito diferentes, mas apesar dos trabalhos realizados pelos anátomo-patologistas, o problema está longe de solução definitiva. Até a sua consistência é variável. Ora são duros, ora, pelo contrário, são moles e gelatinosos.

Deixemos, porém, este assunto para voltar ao nosso doente.

Já dissemos o motivo por que não julgámos aconselhável a operação, pelo menos sem experimentar a radioterapia que o dr. Benard Guedes tomou a seu cargo com o sucesso da restituição do doente à sua actividade e que o confronto dos exames da sensibilidade acima apresentados (figs. 3 e 4), antes e depois de uma série de *sessenta aplicações de raios X*, põem em evidência. É de notar que as próprias perturbações da sensibilidade, as mais difíceis de combater, conseguiram atenuar-se com a radioterapia e contamos que as melhoras ainda mais se acentuem com a continuação do tratamento.

O exame neurológico marcou a zona em que os raios deviam particularmente incidir e os resultados obtidos vêm mostrar que o diagnóstico da lesão e, especialmente da sua localização, não podem oferecer dúvidas.

\*  
\*   \*  
\*

O terceiro caso não apresenta menor interesse.

A. S. gosou de excelente saúde até 3 de maio de 1924. Era um robusto rapaz de 31 anos que se vangloriava da sua força fazendo, por vezes, a admiração dos companheiros suportando grandes pesos. Fazia ultimamente vida de trabalhador do campo, mas antes disso empregava-se num armazem de Lisboa, em transporte de mercadorias.

Pais sadios.

Veio consultar-nos em 8 de dezembro de 1924. Esteve em África como

soldado expedicionário no período da guerra, desde junho de 1916 até fevereiro de 1917. Teve febres que não mais voltaram.

Súbitamente, em 3 de maio, ao começar a sua faina no campo, verificou que lhe faltava a força nas mãos, mais à esquerda do que à direita. Pôde ainda fazer algum trabalho, embora com muito custo, nos mezes de maio e junho, sendo em seguida forçado a abandoná-lo. A fraqueza que, a princípio, só sentia nas mãos passou-lhe aos braços (19 de junho) e dias depois aos membros inferiores.

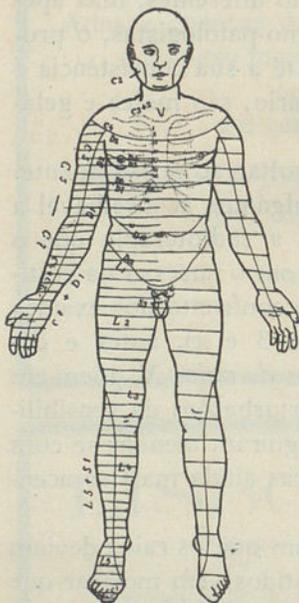


Fig. 5

Nunca teve dores até julho. Desde então começou a senti-las em cintura na região pélvica. Ao levantar-se, antes de principiar a marcha, tinha de endireitar-se bem, afim de poder andar. Piorou sempre, desde essa época, acabando por ter a maior dificuldade em caminhar, especialmente em descer rampas ou escadas.

Alimentava-se regularmente.

Dificuldade em urinar em julho. Melhorou em seguida. Nunca teve incontinência. Falta de erecção desde agosto em diante, impossibilitando-lhe as relações sexuais.

Não teve constipação; mas as dejeções eram, por vezes, pouco abundantes.

OBSERVAÇÃO.—Marcha difícil e incerta. Acentuada diminuição de força nos membros inferiores.

Os membros superiores apresentavam um certo grau de atrofia mais marcada nas eminências tenar e hipotenar.

Força muito reduzida nas mãos e bastante comprometida no ante-braço e braço. Não conseguia abotoar-se nem podia vestir-se. Em 12 de dezembro a circunferência

escapular era de 108 cm. No braço (parte média) 28 cm. à direita e 27 cm. à esquerda, e na mão, a altura da eminência tenar e hipotenar, 23 cm. à direita e 22 cm. à esquerda.

Notavam-se contrações fibrilares, especialmente nos músculos da cintura escapular e do pescoço.

REFLEXOS.—Radiais, cubitais e tricipitais muito vivos de ambos os lados. Reflexos olecranianos em esboço; mais nítidos à esquerda.

Nos membros inferiores, os reflexos patelares e aquilianos exageradas. Clono do pé e da rotula de ambos os lados. Babinski, Oppenheim, Gordon e da flexão plantar passiva do pé, mais notados à esquerda.

Não havia reflexos abdominais nem cremasterianos.

Sudação abundantíssima a altura das axilas. Mesmo de inverno o suor escorria em fio dos dois lados do tronco.

Reflexos pilo-motores abolidos.

SENSIBILIDADES profundas normais. As superficiais perturbadas. Ao tacto: hipostesia à direita. As sensibilidades à dor e especialmente à temperatura estão profundamente atingidas e apresentam uma distribuição mais ou menos concordante, mais notadas à direita, representada no esquema junto (fig. 5).

O doente apresenta um síndrome de Claude Bernard-Horner à esquerda.

PUNÇÃO CISTERNAL em 29 de dezembro. Saída do líquido em jacto. Nem hiperalbuminose, nem hiperlinfocitose.

MILOGRAFIA.—Injecção de 1 cc. de lipiodol. Radiografia uma hora depois. Uma pequena porção do lipiodol fica suspensa principalmente a altura de C<sub>4</sub> (Fig. 6). Nova radiografia 24 horas depois não mostra vestígio algum da paragem do lipiodol que se acumulou completamente no saco dural.

Tratamento pelos raios X incidindo na região cervical de C<sub>3</sub> a C<sub>6</sub>. Fez 110 tratamentos durante 13 mezes (dois por semana).

Nova observação em fevereiro de 1926. Verifica-se que o doente experimentou acentuadas melhoras. Anda com facilidade. Pode correr, subir e descer escadas com relativa rapidez.

A força nas mãos e braço está restituída *ad integrum*. Desapareceram as atrofia. Não se observaram mais as contrações fibrilares. A circunferência escapular passou de 108 para 113 cm.; do braço aumentou à direita de 28 para 29,5 cm. e à esquerda de

27 para 28 cm.; da mão passou a 24 cm. de ambos os lados quando era de 23 cm. à direita e de 22 cm. à esquerda. A força ao dinamometro é superior a 40. Pode executar todos os movimentos como antes da doença. Regressou ao trabalho e consegue executar os serviços agrícolas com bastante facilidade.

O síndrome de Claude Bernard-Horner atenuou-se notavelmente.

As perturbações de sensibilidade é que em pouco melhoraram, pelo menos até à data da sua saída do Hospital.

Os reflexos estão ainda bastante vivos, especialmente os dos membros inferiores. Ainha há clono do pé, embora menos vivo, de ambos os lados e o da rotula apenas à esquerda. Não mais voltou ao Hospital, mas tem escrito a dizer que continua a trabalhar e que as melhoras se têm mantido.

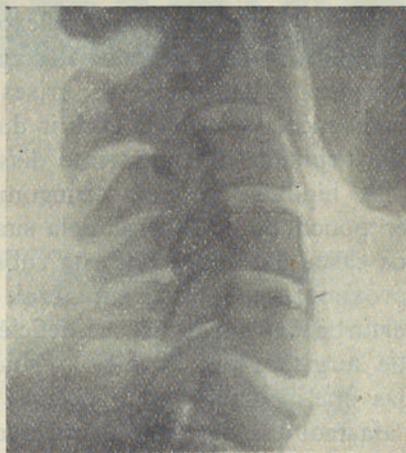


Fig. 6

Há algumas particularidades a notar neste doente, mas entre todas avulta o início brusco da sintomatologia que nos fez pensar

numa possível hematomielia sem causa (traumatismo, esforço violento, etc.) que a justificasse. Ora as hematomielias espontâneas são raríssimas. Aos 31 anos, e com a saúde de que este homem gosava, é difícil aceitar a sua eclosão sem que uma causa inicial, de evolução silenciosa, a facilitasse.

Uma neoplasia apenas esboçada, um glioma em especial, podia favorecer o aparecimento da hemorragia medular que nos explicaria a sintomatologia do início. O tumor deve ter continuado a desenvolver-se. A evolução da doença, o seu agravamento constante até começar com o tratamento radioterápico, as atrofias musculares, os exageros dos reflexos, as extensas perturbações da sensibilidade com tendência a agravarem-se, as alterações esfinterianas e genésicas, as crises dolorosas, documentam-nos o diagnóstico de forma a excluir dúvidas. E, se existissem, o resultado brilhante do tratamento dissipá-las-hia por completo.

A hipótese de uma siringomielia de forma súbita, além de ser pouco de considerar pela sua raridade, não havendo mesmo nos casos descritos com esta rubrica (1) nenhum que se lhe possa aproximar, não vem, em geral, acompanhada de tão intensas perturbações paréticas. As deficiências genésicas e esfinterianas, que surgiram logo de início, o síndrome de Brown-Séguard, as algias que incomodaram o doente, ajustam-se à hipótese neoplásica e afastam-nos da diagnose siringomiélica.

Por outro lado, o não haver dissociação albumino-citológica no líquido raquídeo e a prova lipiodolada negativa (pois não ligamos importância decisiva à prisão passageira de lipiodol em C<sub>4</sub> que aliás poderia ter uma justificação na dilatação da medula atingindo a largura do canal) faz com que punhamos de parte a hipótese de uma compressão extramedular.

Não encontramos explicação razoável para as dores em cintura pélvica neste doente. Devem, porém, estar ligadas, por qualquer mecanismo, à lesão fundamental, visto terem desaparecido com o tratamento o que coincidiu com as outras melhoras constatadas.

Reportando-nos ao início das perturbações motoras, mais

---

(1) DR. HERMANN SCHLESINGER — Die Syringomyelie. Leipzig und Wien, 1902.

# Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIO

# IODARSOLO

O PRODUCTO QUE CONTEM MAIS ELEVADAS  
DOSES DE IODO METALLICO E ACIDO ARSENIOSO

**PUROS — INTEGROS**

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado á molécula proteica, mantido estavel e em quantidade fixa: unicamente a acção, ao calor, do acido sulfurico concentrado, é capaz de pol-o em liberdade; por isso explica-se toda

## CARENCIA DE FENOMENOS DE IODISMO

Não pode assim produzir sensação desagradavel ao paladar, inconveniente muito marcado de numerosos preparados iodicos, cujo gosto é acre e parecido ao da tinta; antes resulta de

## SABOR EXCELLENTE

Desejado pelas creanças e bem recebido pelas pessoas de paladar delicado.

## NÃO IRRITA AS MUCOSAS

O acido arsenioso está combinado em forma organica segundo um metodo especial:

## NÃO PRODUZ INTOLERANCIA ARSENICAL

### INJECTAVEIS

Uma ampola cada dia. Injecções intra-musculares profundas nas nadeegas.

Para amostras e prospectos dirigir-se ao Agente para a Península Iberica:

MARIO VIALE

Provenza 427

BARCELONA (ESPAÑHA)

Concessionario exclusivo para a venda:

Sociedade Industrial Farmaceutica

Rua do Mundo, 42—LISBOA

## ELIXIR

Duas ou tres colheres diarias para os adultos e duas ou tres colheres pequenas para as creanças. . . . .



OUTROS PRODUCTOS DO LABORATORIO CHIMICO  
FARMACEUTICO V. BALDACCI—PISA (ITALIA)

## ZIMEMA

### HEMOSTATICO FISIOLÓGICO

Solução obtida pelo fermento ou enzima coagulante do sangue (trombina, fibroenzima, fibrinof fermento) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

Em qualquer hemorragia a hemostase definitiva não se obtém senão com um só meio: a formação do coágulo do sangue. É coisa sabida que a coagulação é obtida por meio da reacção do fermento coagulante do sangue (fibroenzima) com o fibrinogeno, cujo producto é a fibrina.

É assim racional a ideia de aproveitar o enzima coagulante em questão na therapeutica com fim hemostatico. Porém, se foi intentada a opherapia hemathica, nunca existiu até hoje um producto que, para cohibir as hemorragias, utilisasse o fibroenzima.

Tal producto tem sido estudado e apresentado ao Medico pelo nosso Laboratorio sob o nome de **ZIMEMA**.

**Absolutamente innocuo em qualquer periodo e idade**

**NÃO EXISTEM CONTRA-INDICAÇÕES**

**INJEÇÕES** — Em ampolas de 3 cc.. São ministradas uma diariamente, e nas hemorragias insistentes e graves, duas ou trez ampolas diarias, a juizo do Medico.

**INDICAÇÕES** — Todas as hemorragias.

## LEJOMALTO

### ASSUCAR ALIMENTICIO

Composição: Mistura especial de DEXTRINA e MALTOSE com amylase inactiva.

#### Acção do Lejomalto

**Alimentação Artificial, Mixta** — *Ajuntado ao leite de vaca, confire a este as características do leite materno.* No estomago do lactante a mistura de leite de vaca, agua, e Lejomalto, coagula em grumos pequenos, friaveis, gelatinosos. No leite de vaca diluido, o Lejomalto ministrado nas proporções devidas cobre totalmente o deficit de lactose e gordura sem produzir fermentações intestinaes.

**Perturbações Gastro-Intestinaes do Lactante — Volta á alimentação depois da dieta hydrica — Desmamamento** — Tem uma acção preventiva e curativa, pois que impede a putrefação azoada dos germens e das toxinas intestinaes, accionando mecanica e quimicamente contra os germens e contra os seus productos.

**Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento**

**NÃO É FERMENTESCIVEL**

marcadas à esquerda, e às alterações de sensibilidade à direita, podemos dizer que neste doente se esboçou um síndrome de Brown-Séquard.

O predomínio das lesões assentou à esquerda. Foi desse lado que se deu a provável hemorragia mudular inicial e que o desenvolvimento da neoplasia mais se acentuou.

Há uma observação de Dejerine e Gauckler (1) de uma doente com hemiplegia espinhal de topografia radicular no membro superior e anestesia cruzada consecutiva a uma hematomielia espontânea, que, sob vários aspectos, recorda este nosso último caso.

A afecção tomou a princípio a forma quadriplégica, que retrocedeu parcialmente.

\*

\* \*

Os três casos que juntamos dão-nos a prova das vantagens do tratamento radioterápico. A primeira doente, que não pudemos convencer a ficar no serviço e que não fez, por isso, a aplicação dos raios X, representa um caso testemunha a pôr em realce o resultado brilhante da radioterapia nos outros dois doentes. Chamamos a atenção para a circunstância do *número elevado de tratamentos* a que sujeitámos os doentes e que foram indispensáveis ao sucesso obtido.

¿ Qual é o processo de restauração de lesões tão graves e importantes? Não é muito crível que a regeneração de elementos tão diferenciados possa fazer-se. Nos casos de siringomielia em que se realiza a hipótese anatómica que levou Olivier d'Angers a etiquetar a doença de *σύνριξ* — flauta, isto é, naquelas medulas em que a cavidade central se alarga por forma a reduzi-las a uma delgada camada periférica, as perturbações motoras, tróficas e sensitivas contradizem as noções anátomo-fisiológicas que temos dos diversos componentes medulares, quasi todos destruídos.

---

(1) J. DEJERINE E E. GAUCKLER — Contribution à l'étude des localisations motrices dans la moelle épinière — *Revue Neurologique* — Março de 1905, pág. 313, n.º 6.

Com efeito, estes doentes dispõem ainda de músculos, de funções motoras, esfinterianas e até sensitivas que excedem, em muito, as previsões que poderiam fazer-se em presença de tão graves descalabros. Ou por substituição (1) ou por qualquer outro mecanismo, devem manter-se os indispensáveis elementos celulares e fibras nervosas, pois existindo as funções, devem subsistir os órgãos primitivos ou sucedâneos de que elas derivam.

Nos nossos doentes as melhoras verificadas levam-nos a supor que, com a paragem ou destruição do processo neoplásico, se deram substituições nervosas que produziram, no campo funcional, uma quási *restitutio ad integrum*.

### RÉSUMÉ

L'A étudie trois cas de néoplasie de la moelle cervicale. Deux de ces malades ont été traités par la radiothérapie avec succès. L'autre malade, qui n'a pas fait les applications des rayons X, est décédé deux années après avoir quitté l'Hôpital.

La symptomatologie des trois malades est entièrement semblable. Les atrophies musculaires, différentes d'un cas à l'autre, ont atteint tantôt les muscles des extrémités des membres supérieurs, tantôt les muscles des bras, du tronc et du domaine du nerf spinal. Contractions fibrillaires dans les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> cas.

La première malade présentait une hémiparésie spinale gauche, le deuxième une tétraparésie plus accentuée à droite et le troisième une tétraparésie plus intense à gauche. Tous les trois malades avaient des signes de lésion de la voie pyramidale (réflexes très vifs, Babinski, clonus, etc.)

Deux de ces malades (I<sup>e</sup> et III<sup>e</sup>) présentaient un syndrome de Claude Bernard-Horner. Ebauche de Brown-Séquard dans les trois cas.

Douleurs du côté gauche, de la région cervicale et de la ceinture scapulaire dans le premier cas; de la ceinture scapulaire et, ensuite, de tout le côté gauche et sensation constrictive à la hauteur de la région lombaire chez le deuxième malade; de la

---

(1) EGAS MONIZ—As substituições no sistema nervoso. (Lição de abertura do Curso de Neurologia de 1919-1920) — *Medicina Contemporânea*, 1920.

ceinture pelvique, mais seulement deux mois et demi après l'installation des paralysies, dans le troisième cas.

Troubles des sensibilités superficielles surtout à la température et à la douleur, selon les schémas ci-joints.

Légères perturbations sphinctériennes dans deux cas.

Liquide rachidien normal chez les trois malades, ainsi que perméabilité du canal à l'épreuve lipiodolée de Sicard.

WR négatives.

Chez les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> malades les symptômes ont apparu subitement et un peu progressivement dans le I<sup>e</sup> cas.

La maladie s'est toujours aggravée chez les trois sujets.

L'A. a l'impression que le troisième malade — un homme très fort, de 35 ans — a fait une hématomyélie spontanée, probablement liée à un petit gliome initial de marche silencieuse.

L'A. soutient le diagnostic d'une néoplasie intra-médullaire dans les trois cas. La myélographie négative, le commencement plus ou moins subit de la maladie, les atrophies rapides des muscles, les syndromes de Brown Séquard et de Claude Bernard-Horner, la normalité du liquide rachidien (pas de dissociation albumino-cytologique), etc., écartent l'hypothèse d'une compression extra-médullaire.

L'évolution de la maladie, les perturbations parétiques (hémiplégie et tétraplégies) de forme progressive, le syndrome de Brown Séquard, les perturbations sphinctériennes initiales et même la forme assez généralisée des troubles de sensibilité, ont fait mettre un peu de côté la syringomyélie.

L'A. fait allusion à l'origine de la syringomyélie qu'il attribue toujours aux gliomes. C'est leur fusion qui produit les premières cavités. A ce propos, il montre la distinction entre les cavités syringomyéliques et celles rencontrées dans la pachyméningite fibroplastique. Cette maladie ne doit pas être considérée comme une complication syringomyélique, mais *une maladie à part*, comme l'A. a démontré dans un travail antérieur (1). Soit au point de vue anatomo-pathologique, soit sous l'aspect clinique, les deux maladies sont entièrement différentes.

---

(1) EGAS MONIZ — La Pachyméningite spinale hypertrophique et les cavités médullaires — *Revue Neurologique*, 1925, tom. II, n.º 4, pags. 433-463.

Dans la formation des cavités syringomyéliques entre toujours l'épendyme, ce qui n'arrive pas dans les cavités pachyméningitiques. Dans la syringomyélie il y a généralement une seule cavité; dans la pachyméningite fibroplastique elles sont multiples. Dans la syringomyélie les cavités sont d'origine endogène (fusion de gliomes), dans la pachyméningite elles ont une étiologie exogène (compression médullaire par les anneaux fibreux méningés).

On peut faire aujourd'hui le diagnostic entre les pachyméningites et les compressions médullaires par l'aspect du lipiodol intra-rachidien, le symptôme de la *dissociation sensitivo-lipiodolée*, c'est-à-dire l'arrêt du lipiodol deux ou trois segments au dessus de la zone indiquée par les perturbations de la sensibilité (1) etc.

Les gliomes, dont l'étude anatomo-pathologique est loin d'être faite, peuvent représenter la première phase de la syringomyélie. Dans ces cas on peut admettre cette évolution; mais on ne peut pas l'affirmer.

De ces malades (II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup>) l'un a fait 60 et l'autre 110 séances de rayons X sur la partie de la moelle compromise. Leur état, s'est tellement amélioré qu'ils ont repris leurs occupations. Avant les applications les malades s'immobilisaient progressivement.

Ces succès thérapeutiques qu'on n'observe que très rarement dans les cas de syringomyélie sont très encourageants. L'A. est d'avis qu'il vaut la peine d'appeler l'attention sur la symptomatologie de ces néoplasies de la moelle cervicale, néoplasies intramédullaires qui pourront ou non représenter la phase initiale gliomateuse de la syringomyélie, et dans lesquelles la radiothérapie rend les meilleurs services. Il faut seulement que les traitements soient répétés et la localisation bien faite pour préciser l'incidence des rayons.

---

(1) EGAS MONIZ, *travail cité*.

*Serviço de Patologia e Propedêutica Médicas*  
(Director: Prof. Adelino Padesca)

---

## A INSULINA NO TRATAMENTO DO HIPERTIROIDISMO E O ANTAGONISMO TIRO-PANCREÁTICO

POR

EDUARDO COELHO  
Assistente de Clínica Médica

Desde os trabalhos de Eppinger, Falta e Rudinger (1) que são conhecidas as relações do pâncreas com a tiroideia.

Estes autores, estudando a correlação fisiológica e patológica das glândulas de secreção interna, julgam poder afirmar, pelo que respeita a essas duas glândulas, que a um aumento da função da tiroideia corresponde uma diminuição da função do pâncreas endócrino. A acção recíproca das duas glândulas iria, no hipertiroidismo, até à suspensão da actividade pancreática.

Verificaram, ainda, que o poder de assimilação dos hidratos de carbónio aumentava nos animais desprovidos de tiroideia.

No seu conhecido tratado, afirma Falta (2) que :

«A extirpação da tiroideia aumenta o limite da assimilação para os hidratos de carbónio e reduz o metabolismo das proteínas durante o jejum. A extirpação do pâncreas reduz consideravelmente o limite de assimilação e aumenta o metabolismo das proteínas durante o jejum. A extirpação simultânea da tiroideia e do pâncreas produz, na verdade, diabetes; esta, contudo, tem uma evolução menos intensa, de sorte que o aumento da destrui-

ção proteica não é tão grande nem a diminuição de peso tão rápida.» (a).

Experiências realizadas nos últimos anos e algumas observações clínicas vieram depôr no mesmo sentido.

Com o fim de apreciarem a acção recíproca das duas glândulas, alguns investigadores estudaram os efeitos gerais provocados pelos extratos de tiroideia, em vários animais, tendo, no entanto, ligado pouca atenção às modificações pancreáticas.

Herring (3), que procedeu a várias experiências em ratos brancos, cuidadosamente controladas, observou sobre um aumento da extensão do número de alvéolos, uma proeminência dos ilheus de Langerhans.

G. R. Cameron (4) alimentou cobaias com tiroideia (preparação da casa Burroughs Wellcome e Co., contendo, pelo menos, 0,05 % de iodo), e verificou um aumento do peso do pâncreas com *modificações quantitativas no pâncreas endócrino*. Produziam-se tôdas as perturbações descritas por outros observadores: diminuição do peso, taquicárdia, exoftalmos, etc.

¿ Como devemos interpretar os resultados das experiências de Cameron ?

Mostraram Cramer e Krause (5) que a adição de tiroideia nos alimentos de certos animais produz uma diminuição ou até um completo esgotamento das reservas glicogénicas. Isto é devido, segundo Cramer, a uma acção directa da tiroideia sobre a função glicogénica do fígado, oposta à acção da hormona pancreática.

Por outro lado, Burn e Marks (6), adoptando a hipótese de Macleod — que considera a hipoglicémia insular combatida por um aumento da função glicogénica do fígado — mostraram que, quando o fígado está desprovido de glicogénio, por efeito de uma alimentação prolongada com tiroideia, a hormona pancreática não

---

(a) «Extirpation der Schidddrüse erhöt die Assimilationsgrenze für Kohlehydrate und setzt den Hungereiweissumsatz herab. Extirpation des Pankreas reduziert die Assimilationsgrenze hochgradig und steigert den Hungereiweissumsatz. Gleichzeitige Extirpation von Schilddrüse und Pankreas erzeugt zwar einen Diabetes; dieser verläuft aber insofern milder, als die Steigerung der Eiweisszersetzung nicht so hochgradig ist und die Gewichtsabnahme nicht so rapid vor sich geht.»

actua de uma maneira evidente, e que os animais assim alimentados morrem, em regra, em estado de hipoglicémia. Quere dizer, o aumento da função tiroideia, teria, assim, inibido a função do pâncreas endócrino.

As experiências de Parhon (7) põem também em evidência a acção da tiroideia sobre o glicogénio hepático: este diminue nos animais submetidos ao tratamento tiroideu.

Estas experiências apresentam-se-nos aparentemente contraditórias. As últimas mostram-nos um antagonismo evidente da função tiroideia e da função endócrina do pâncreas. Mas, se tomarmos as modificações quantitativas desta glândula, provocadas por uma alimentação tiroideia, como expressão anatómica de uma hiperfunção, o antagonismo não existe; pelo contrário, um hipertiroidismo daria origem a um hiperinsulinismo, sem que, entretanto, os animais apresentassem modificações no metabolismo correspondentes a um aumento da função insular. Não é assim. Aquele acréscimo de peso do pâncreas, que os experimentadores relatam, pode ser devido a um aumento do seu conteúdo em água. E as modificações morfológicas dos ilhéus de Langerhans—como acentua o próprio Cameron—*não devem indicar um aumento da função insular*. «By analogy with the external secretory tissue it seems on the whole most probable that the process is a true compensatory hypertrophy...» O aumento do tecido insular «is partly determined by the excessive glycogenolysis of hypertyroidism» (8).

As experiências de Lorand (9) e Konevskaja (10) mostram um aumento do número dos ilhéus de Langerhans no cão, após a extirpação da tiroideia.

Os casos clínicos publicados, nos quais foi observada, no mesmo doente, a existência de diabetes e de hipertiroidismo, vieram trazer de novo à discussão o estudo das relações da diabetes com as perturbações da função tiroideia, o da intervenção desta última no metabolismo dos hidratos de carbónio, e, finalmente, a questão das relações tiro-pâncreáticas.

Von Norden, Beclere, Bruns, Dale, Dennig, Ewald, Natthaft, Senator e Stobel observaram a glicosúria em obesos submetidos ao tratamento tiroideu.

A hiperglicémia que, por vezes, se observa na doença de

Basedow, mostra que existe um parentesco entre a glândula tiroideia e o metabolismo dos hidratos de carbónio.

Para Marañon a alteração do metabolismo dos hidratos de carbónio é devida à existência concomitante da insuficiência funcional do pâncreas endócrino, preexistente ou consecutiva ao hipertiroidismo.

Erwin von Graff observou a glicosúria alimentar em 38 % das mulheres grávidas com papeira, enquanto que a glicosúria das mulheres grávidas sem papeira foi apenas de 4 %.

Rodhenberg (11) relata o desaparecimento espontâneo da diabetes num doente cuja necrópsia revelou alterações esclerósicas acentuadas da tiroideia.

Êste achado clínico corrobora as investigações experimentais de Falta que já tinha mostrado que a extirpação da tiroideia produz o desaparecimento da glicosúria em animais privados do pâncreas.

As recentes experiências de Fiedmann e Gottesmann (12), e de Allen são a confirmação das conclusões de Falta e da observação de Rodhenberg. De feito, aqueles autores observaram também a diminuição ou desaparecimento de glicosúria em animais privados de pâncreas, nos quais se praticara a laqueação das artérias tiroideias ou a extirpação da glândula. Allen chegou a empregar, na clínica, a acção frenadôra da tiroidectomia parcial como tratamento da diabetes.

No hipertiroidismo, os factos passam-se de modo idêntico ao que as experiências de Burn e Parhon, acima relatadas, denunciam. É o que nos mostram os trabalhos de Sanger, e G. Hun (13), segundo os quais doentes com hipertiroidismo não são capazes de fixar o assucar, mas queimam-no melhor que os indivíduos normais, o que explica o maior aumento de Q. R.  $\left(\frac{CO_2}{O_2}\right)$  nos hipertiroideus do que nos normais, após a ingestão de glucose.

No caso de C. Y. Parhon (14), a entrada na circulação de productos resultantes da desintegração do corpo tiroideu teve uma parte importante no aparecimento da diabetes.

A descoberta da insulina veio tornar mais fácil a demonstração do antagonismo — pâncreas-tiroideia. Bodansky (15) injectou, por via intravenosa, insulina e tiroxina (Kendall) em pequenas

doses, verificando modificações antagónicas na curva da glicémia. Mostrou, além disso, que a tiroidectomia aumenta a duração e a intensidade da acção da insulina (16). Duchenu (17), como Bodansky, observou que, 2-5 semanas depois de extirpar a tiroideia, os coelhos se tornam muito mais sensíveis para a insulina. Houssay e Busso (18) retomaram estas experiências em diferentes espécies animais e observaram que a extirpação da tiroideia aumenta a sensibilidade para os efeitos tóxicos da insulina.

Burn e Marks não só confirmam estes factos experimentais, como verificaram (19) que os coelhos tiroidectomizados se tornam, pelo contrário, *menos sensíveis* à insulina, quando alimentados com tiroideia. A maior ou menor actividade da tiroideia é uma das causas da variação individual da reacção dos coelhos à insulina.

Algumas observações clínicas põem em realce o poder inibidor do hipertiroidismo sobre a insulina. Pollak (20) relata um caso de diabetes e hipertiroidismo completamente refratário à acção da insulina (insulino-resistente), e que se tornou sensível depois da radiação da papeira. Casos idênticos foram observados por Richter e Falta (21).

Embora não seja conhecida qualquer condição orgânica patológica de excessiva produção de insulina (hiperinsulinismo) há vários factos demonstrativos de que os efeitos desta são também opostos aos da tiroxina. O hiper-insulinismo pôde, entretanto, realizar-se. Num estudo sobre o mecanismo da engorda, admitia Falta (22), em 1913, a existência de estados mórbidos em relação com o exagêro da função endocrínica do pâncreas, tendo como consequência uma acumulação de reservas gordurosas, isto é, uma «obesidade insular». E não só acentua que «*durch eine primär verstärkte Funktion des Inselapparates der Entstehung einer Fettsucht Vorschub geleistet wird*», como, ao descrever as diferentes formas de obesidade endógena, põe em primeiro lugar a «obesidade insular».

A cura de engorda pela insulina, praticada pelos pediatras americanos em 1923, por Charvat em 1924 e 1925 (52) por Falta (23), Bauer e Nyiri (24), em 1925, e o aumento de peso observado por Goffin (31) e Lawrence (32) em 1924, em doentes não

diabéticos submetidos ao tratamento pela insulina, vieram dar consistência à hipótese de Falta e realizar durante a cura de hiper-alimentação um estado de *hiper-insulinismo*. A acção da insulina sobre o peso dos indivíduos não diabéticos é portanto antagonista da acção da tiroxina.

O seu efeito sobre o metabolismo basal não está ainda definitivamente julgado, a não ser nos diabéticos. Todavia, parece diminuir o metabolismo, enquanto a tiroxina o aumenta consideravelmente e de tal sorte que os investigadores americanos atribuem ao acrescimo do metabolismo basal a causa de muitos sintomas do hipertiroidismo (25).

Emquanto a hormona tiroideia tem uma acção simpácticotónica manifestada principalmente pelos tremores, taquicárdia, exoftalmos, sintomas de nervosismo, mostraram Garrelon e Santenoise (26 e 27) que a insulina é um enérgico excitante do vago. Esta hipertonia do vago é devida à acção própria da insulina, não sendo consecutiva à hipoglicémia; é imediata e mantém-se mesmo que se eleve a glicémia com uma injeção de glucose.

A insulina restaura ainda a função glicogénica do figado, contrariamente ao que faz a tiroxina, segundo as experiências de Cramer, acima citadas.

Todo este conjunto de factos clínicos e experimentais — que põe em realce a influência da glândula tiroideia na diabetes humana e experimental, as consequências morfológicas da supressão de uma glândula sobre a outra, a acção da insulina sobre os animais sem tiroideia, e a influência dos extratos tiroideus sobre a acção dos extratos pancreáticos — embora não dê uma prova definitiva, tende a demonstrar a hipótese de Falta, do antagonismo da hormona pâncreática e da hormona tiroideia.

Foi a ideia do antagonismo entre a hormona pancreática e a hormona tiroideia que levou alguns investigadores a empregar a insulina no tratamento da doença de Basedow. Ao passo que a aplicação da insulina nos «insuficientes celulares» — no emagrecimento e na magreza — se filiou na importante acção trófica que ela exerce nos diabéticos (28) e no emmagrecimento dos hipertiroideus (Charvat) (52); nas toxémias hepáticas, por comparação com o seu efeito sobre o metabolismo das gorduras, nos diabéticos; nas acloridrias gástricas, por se ter verificado que

em alguns diabéticos aquílicos, elas se modificavam com a insulina (29); na doença de Basedow o uso da insulina não resultou de conceitos empíricos, antes assenta nas correlações fisiopatológicas da hormona pâncreática e da hormona tiroideia.

Iniciando este processo terapêutico, observaram Lépine e Parturier (30) acentuadas melhoras clínicas no tratamento da doença de Basedow pela insulina. Os sintomas subjectivos atenuaram-se ao fim de dez dias, e ao fim de dezoito a papeira diminuiu de volume e o exoftalmos era menos pronunciado. A determinação do metabolismo basal veio também corroborar as melhoras clínicas.

Em quatro casos de Goffin (31), três apresentavam notáveis melhoras, tendo falhado a outros métodos de tratamento. Dois dos casos de Lawrence (32) foram praticamente curados, e tudo fazia acreditar que essas melhoras não eram espontâneas nem causadas por outro factor que não fôsse a insulina.

Richter (33) apresentou o caso de uma senhora que sofria de doença de Basedow e que melhorou extraordinariamente apoz o tratamento pela insulina.

Puchulu (34) obteve nos seus doentes diminuição da excitação psíquica, aumento de pêsso, mas sem modificações do pulso, da pressão, da glicémia, das perturbações menstruais e do metabolismo basal.

Merklen, Wolf e Kayser (35) observaram o desaparecimento da diabetes e dos sintomas de hipertiroidismo num basedowiano diabético. Com efeito, a *facies* perdeu o seu aspecto característico, as pulsações diminuíram, as palpitações, os suores e as baforadas de calor desapareceram, o psiquismo tornou-se normal.

Senga (36), O. Klein (37), Hans Meyer (38) e Lundberg (39) verificaram modificações muito importantes, especialmente a diminuição do metabolismo.

Uma notável acção da insulina sobre os sintomas da doença de Basedow foi observada também por R. Jacksch-Wartenhorst (40), Charvat (41) e Pirchan (42).

No último congresso da *Gesellschaft für Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten*, anunciou Br. Mendel (43) a proxima publicação das suas observações iniciadas há 1 1/2 anos «über günstige Erfolge der Insulinbehandlung beim Basedow.»

Numerosos investigadores continuam a estudar o tratamento do bócio exoftálmico pela insulina, advogando-o Brown, até no hipertiroidismo agudo, a seguir às operações da glândula (a).

Foi o conhecimento dos primeiros trabalhos alemães que nos decidiu neste estudo. A dificuldade de reunirmos um apreciável número de casos, faz com que a nossa casuística seja pequena para tirarmos conclusões definitivas sôbre êste método de tratamento. Porém, aqui, como noutras comarcas da medicina, não é a estatística que tem valor. Uma vez mais e sempre se verifica a exatidão do aforismo, há poucos anos recordado por Sahli: «la statistique c'est le mensonge en chiffres». O que se impõe é a investigação das possibilidades deste método de tratamento, que paira ainda na sua etapa experimental, para que as suas vantagens—se as tem—possam ser indicadas e aconselhadas ao prático; e ainda destringar os casos de doença de Basedow em que esta terapêutica deve ser praticada.

Três dos nossos doentes estiveram hospitalizados; o quarto era da consulta externa.

Submetêmo-los a uma dieta rica em hidratos de carbónio, e administrámos-lhes a insulina todos os dias, 20 minutos a  $\frac{1}{4}$  de hora antes de cada uma das duas principais refeições. Começamos por 20 U. por dia e elevamos a dose até 80 ou 100 U. Observamos, por vezes, sintomas de hipoglicemia, que o doente combatia imediatamente com chocolate, compota de fruta ou laranjadas, que tinha sempre à mão.

Emfim, na conduta do tratamento, observaram-se sempre as regras gerais do tratamento insulínico dos diabéticos.

Controlamos a evolução do tratamento pela determinação da glicémia em jejum e da reserva alcalina.

Publicamos, a seguir, o resumo das histórias clínicas dos nossos doentes.

---

(a) Depois de composto êste trabalho, ao revermos as provas, encontramos na 2.<sup>a</sup> edição do livro de Zondek, *Die Erkrankungen der endocrinen Drüsen* (Nov. de 1926, pág. 97) a afirmação de que, em alguns casos de doença de Basedow, pequenas doses de insulina dão bons resultados. De modo idêntico se exprime também Saxl em *Fortschritte und Probleme in der Therapie innerer Krankheiten* (Wiena, 1926, pág. 48).

I CASO — Enf. P. B., cama 19, C. D. S., 45 anos, casada. Entrada em 20-XI-1925.

*Sintomas que determinam o internamento:* palpitações, tremores, vômitos e diarreia. O diagnóstico de entrada foi de doença de Basedow.

#### ANAMNESE

*Doença actual* — Há três anos começou por ter cefaleias intensas e vômitos. Desde essa data que tem emagrecido. Apareceram-lhe tremores, principalmente nas mãos. Tem tido vertigens, palpitações, suores e diarreia intercalada de obstipação. Queixa-se de dores de estômago. Conta que o pescoço lhe aumentára de volume e que os globos oculares se tornaram mais salientes.

A doente, que freqüentava a consulta externa do Hospital, fez radioterapia à tiroideia desde 15-VIII de 1925 até à entrada no serviço (3 meses). Não obteve melhoras com esta terapêutica.

Os vômitos e a diarreia resistem ao ácido clorídrico e à pepsina que lhe é ministrada durante alguns dias.

*História progressa* — Escarlatina e icterícia em criança, mastite no seio direito, quando aleitou dois filhos.

*Funções genitais* — Irregularidade nas menstruações (Klimaterium?).

*Antecedentes familiares* — s. i.

#### STATUS PRAESENS

Mau estado de nutrição. Constituição regular. Pulso rítmico e freqüente — 110 pulsações por m.

*Peso de entrada* — 42,200 kilog. Temp. 36,4.

*Cabeça* — Exoftalmos ligeiro. Sinais de Gräfe e de Möbius negativos.

*Pescoço* — Abaulado. Corpo tiroideu aumentado de volume.

*Torax* — Normal.

*Coração e vasos* — Sons cardiacos normais. Diagrama da percussão: 2,5 — 3,5 — 10. Tensão arterial —  $\frac{18}{9}$  (Pachon).

*Abdomen* — Normal.

*Membros* — Reflexos tendinosos vivos.

*Sistema nervoso* — Tremores muito acentuados nos membros superiores.

Continua com a radioterapia até 29-XII, e como os resultados não sejam animadores, o Dr. Bénard Guedes concorda que se ponha termo a esta terapêutica.

Tentámos ainda o iodo (sol. de Lugol) e as correntes galvânicas, sem resultados.

Em Fevereiro, começámos com a insulina.

Como a doente apresentava sintomas gástricos, requisitámos um exame radioscópico e a análise do suco gástrico após a refeição de prova.

*Radioscopia:*

«Em um exame radioscópico 6 horas depois de uma refeição de bário, não se produziu estase gástrica. Após uma segunda refeição, desenhou-se

um estômago de polo inferior ao nível da linha inter-iliaca. Contornos regulares. Contrações peristálticas lentas e pouco profundas. Bulbo duodenal dilatado e de contornos regulares. Dôr no ponto solhar. Estômago sem sinais de lesões orgânicas». — a) *Aleu Saldanha*.

Análise de suco gástrico depois da refeição Ewalds-Boas:

«Vol. 80 cc.

Ácido láctico — tem.

Sangue — não tem.

HCl. livre — não tem.

Acidez total — 12.

Muitos grãos de amido. Raríssimas gôtas de gordura». — a) *Adelino Costa*.

Não se conseguiu extrair o suco gástrico em jejum.

Como as análises de urinas e de sangue nada apresentam de anormal, não as transcrevemos.

A doente fica com a dieta geral e mais duas laranjas, 1 lata de compota e salada de batatas. Demos-lhe, primeiro insulina duas vezes por dia; depois três vezes, e elevamos a dose conforme está indicado na tabela I.

Nesta tabela estão representadas as variações da glicémia, da reserva alcalina do pulso, da tensão arterial, e as dozes sucessivas de insulina nos diferentes dias de tratamento.

TABELA I

Mes	Dia	Glicémia em jejum	Reserva alcalina	Pulso	Tensão art.	Insulina injectada
—	—	—	—	—	—	—
Fevereiro	16	1,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	58 <sup>0</sup> / <sub>10</sub>	110	18/9	15 U. Lilly
»	19	0,9 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	—	»
»	24	1,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	62 <sup>0</sup> / <sub>10</sub>	—	18/9	»
»	26	0,9 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	—	»
»	28	0,8 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	112	—	»
Março	2	1,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	—	30 U.
»	5	1,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	61 <sup>0</sup> / <sub>10</sub>	—	—	»
»	7	0,9 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	16/8	»
»	9	1,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	108	—	40 U.
»	12	0,9 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	—	»
»	14	1,3 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	61 <sup>0</sup> / <sub>10</sub>	—	16/8	60 U.
»	17	0,9 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	90	—	»
»	23	1,1 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	—	80 U.
»	26	0,9 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	—	—	—	—
»	30	—	62 <sup>0</sup> / <sub>10</sub>	90	16/8	—

As urinas foram medidas, bem como a água que a doente bebia, não se encontrando diferenças apreciáveis com as medições feitas antes do tratamento pela insulina.

Por mais de uma vez teve a doente sintomas de hipoglicémia.

Depois da primeira semana de tratamento começou a sentir melhoras. E ao fim da 5.<sup>a</sup> semana, o número de pulsações é de 90, não tem tremores nos membros superiores, os tremores no corpo são muito diminuídos, desaparecem as perturbações gastro-intestinais e as menstruações tornam-se regulares. Aumenta o apetite, e o peso que, à entrada era de 42,200 kgr., apresenta as seguintes modificações :

Semanas	Peso
—	—
1. <sup>a</sup>	43 kgr.
2. <sup>a</sup>	43,200 »
3. <sup>a</sup>	43,700 »
4. <sup>a</sup>	44,500 »
5. <sup>a</sup>	46,500 »

Uma análise do suco gástrico, após a refeição de prova dá o seguinte resultado :

«Vol. 30 cc.

Ácido láctico — tem.

Sangue — não há.

HCl. — 18.

Acidez total — 40.» — a) *Adelino Costa*.

A doente tem alta. Quinze dias depois vem ao serviço e apresenta o mesmo estado que à saída, e 46,800 kgr. de peso.

II CASO — Enf. P. B., cama 20, J. E., 21 anos, solteira.

*Sintomas que determinam o internamento:* Entra com o diagnóstico de doença de Basedow.

#### ANAMNESE

*Doença actual* — Já sofre há muito, mas principalmente de há um ano é que os seus padecimentos se acentuaram. Tem dores de cabeça, tremores, grande nervosismo, palpitações, suores, sensação de calor na cabeça, muita fraqueza, grande impressão na vista, e insónias frequentes vezes. Diz que já há muito tempo que tem o pescoço abaúlado.

*História pregressa* — Doenças anteriores s. i.

*Antecedentes familiares* — S. i.

#### STATUS PRAESENS

Constituição e estado de nutrição regulares. Grande nervosismo e depressão psíquica. Pulso rítmico e freqüente — 120 pulsações p. m.

*Peso de entrada* — 60 kgr. Apiretica.

*Cabeça* — Exoftalmos acentuado. Sinais de Möbius e de Stellwag positivos.

*Pescoço* — Adenoma cervical mole, simétrico, pulsátil. Perímetro cervical 34 cm.

*Tórax* — Nada de anormal.

*Pulmões* — Ibidem.

*Coração e vasos* — Sons cardiacos bem batidos. Diagrama de percussão dentro dos limites normais. Tensão. —  $18/9$  (Pachon).

*Abdomen* — Normal.

*Membros* — Tremores muito acentuados nos membros superiores.

A dieta era idêntica à do I caso.

A tabela III representa as variações da glicémia em jejum, da reserva alcalina do pulso, da tensão arterial, e do número de unidades de insulina empregado.

TABELA II

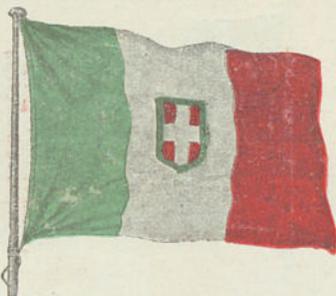
Mês	Dia	Glicémia	Reserva alcalina	Pulso	Tensão art.	Insulina injectada
—	—	—	—	—	—	—
Março	29	0,9 $^{0}/_{00}$	62 $^{0}/_{0}$	120	$18/9$	20 U. Lilly
»	31	1 $^{0}/_{00}$	—	—	—	»
Abril	2	1 $^{0}/_{00}$	—	—	—	30 U.
»	5	0,8 $^{0}/_{00}$	—	—	—	»
»	7	0,9 $^{0}/_{00}$	60 $^{0}/_{0}$	124	—	40 U.
»	9	0,8 $^{0}/_{00}$	—	—	—	»
»	12	0,9 $^{0}/_{00}$	—	—	$16/9$	60 U.
»	14	0,7 $^{0}/_{00}$	—	118	—	»
»	16	1,1 $^{0}/_{00}$	68 $^{0}/_{0}$	—	—	»
»	19	0,9 $^{0}/_{00}$	—	—	$17/10$	80 U.
»	21	0,8 $^{0}/_{00}$	—	120	—	»
»	23	1 $^{0}/_{00}$	70 $^{0}/_{0}$	—	—	»
»	26	1 $^{0}/_{00}$	—	122	$18/10$	»
»	30	0,9 $^{0}/_{00}$	—	—	—	»
Maio	12	0,7 $^{0}/_{00}$	—	120	—	»
»	14	0,8 $^{0}/_{00}$	—	»	—	»

Observaram-se sintomas de hipoglicémia.

O peso, que à entrada era de 60 kgr., sofre o seguinte aumento :

Semanas	Peso
—	—
1. <sup>a</sup>	62,500
2. <sup>a</sup>	63,600
3. <sup>a</sup>	64,70
4. <sup>a</sup>	65,600
5. <sup>a</sup>	»
6. <sup>a</sup>	»

ISTITUTO NAZIONALE  
MEDICO  
FARMACOLÓGICO  
DE ROMA  
(PROF. SERONO)



Produtos  
SERONO e ERGON

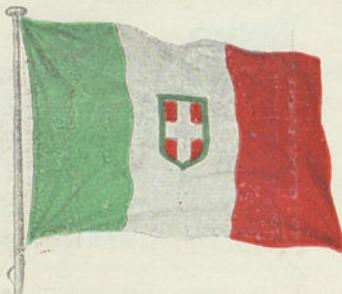
- BIOPLASTINA SERONO** — Lecitina e luteína para uso hipodermico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1 1/2.
- METRANODINA SERONO** — Antidismenorreico e anti-hemorragico, a gotas.
- IPO TENINA SERONO** — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.
- CARDIOLO SERONO** — Cardiocinetico nas formas crônicas e miocardites, a gotas.
- VIOSAN SERONO** — Antiluetico por via bucal, com base de mercúrio em combinação orgânica, em pilulas.
- UROLITINA ERGON** — Antiurico, diuretico desinfectante das vias urinárias; granulada efervescente, em frascos.
- ALUMNOSE ERGON** — Descongestionante. Antiséptico para uso externo. Não tóxico. Tubos de comprimidos.

Opoterapicos SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS, preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca.  
Por via hipodermica, são levados à dose conveniente diluindo-os, de preferencia a glicerina, com soro fisiologico para evitar a acção irritante da glicerina.

- PEPTOPANCREASI SERONO** — Poderoso digestivo com base de enzimas; antidiabético — frascos.
- OVARASI SERONO** — Estimulante e regulador da função ovarica — frascos e caixas.
- ORCHITASI SERONO para cicatrização** — caixas.
- SURRENASI SERONO** — Adinamia. Tosse convulsa. Asma — f<sup>s</sup> e c<sup>s</sup>.
- TIROIDASI SERONO** — Antimixedematoso. Antigotoso, acelera o metabolismo. Não tóxico — frascos e caixas.
- RENASI SERONO** — Contra a insuficiencia renal, nefrite etc. — f<sup>s</sup> e c<sup>s</sup>
- IPOFISASI SERONO** — Na insuficiencia ipofisaria, diabetes insipida, etc. — frascos e caixas.
- LIENASI SERONO** — Contra a prisão de ventre de causa nervosa, paludismo, etc. — frascos e caixas.
- EPATASI SERONO** — Na insuficiencia hepatica; diabetes assucarada, etc. — frascos.
- MASTASI SERONO** — Descongestionante. Contra os fibrômas e fibromiomas uterinos — frascos.
- BILEASI SERONO** — Na insuficiencia biliar, prisão de ventre habitual, diabetes, etc. — frascos de pilulas.
- EUGOZIMASE FEMININA SERONO** — Pluriglandular: ovarios, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.
- EUGOZIMASE MASCULINA SERONO** — Pluriglandular: testiculos, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterapicos, devem considerar-se como a indicação do maximo; em opoterapia só o Medico assistente pode estabelecer as doses conforme a tolerancia do doente e o caso que está tratando.



**LABORATORIO DI TERAPIA SPERIMENTALE**

**Dott. Prof. A. BRUSCHETTINI de Genova**

Estes produtos levam entre parentesis depois do nome uma palavra que será suficiente indicar nos pedidos telegraficos em vez do nome completo.

**VACINA ANTIPIOGENICA POLIVALENTE BRUSCHETTINI** (Antipio) — Estreptococica, estafilococica, etc.

**VACINA ANTIGONOCOCICA BRUSCHETTINI** (Antigono) — Nas formas agudas e nas cronicas. Polivalente.

**POLIVACINA ANTIPIOGENICA BRUSCHETTINI** (Tubpio) — Associações microbianas da tuberculose.

**SORO-VACINA BRUSCHETTINI** (Bistubsiero) — Antitubercular — Acção profilatica e curativa.

**VACINA CURATIVA BRUSCHETTINI** (Tubvaccino) — Antitubercular — Acção curativa.

**VACINA CURATIVA 2.º GRAU — VC-AC, BRUSCHETTINI** (Bistubvaccino) — Antitubercular — Nas formas graves.

**Dr. L.º ZAMBELETTI S. A. de Milano**

**ARSENIATO DE FERRO SOLUVEL ZAMBELETTI**— Ferro electro-negativo organico alimentar, simples e com estricina, quer em caixas de 1.º e 2.º grau, quer em frascos; reconstituente.

**IODOSAN ZAMBELETTI**— Iodo soluvel atomico nascente, aromatizado, em frascos.

**ARSENOBROMOTONICAS ZAMBELETTI**— Fosforo, ferro, arsenio, bromo e valeriana fresca; sedativo e reconstituente: no histerismo, neurastenia, nas varias nevroses, etc., em caixas.

**BISMARSOL ZAMBELETTI**— Solução esteril injectavel de arsenobismutato de sodio. Sifilis, tabes dorsal, sifilis hereditaria, paralisia, lesões, malaria.

**CALOMELANOS ELECTROLITICO AQUOSO ZAMBELETTI** — Em soro leucocitogenio. Sifilis, framboesia.

**SORO IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL**— Na tuberculose ossea, glandular e peritoneal— caixas de 1.º e 2.º grau.

**TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI**— Arteriosclerose, angina pectoris. Frascos de comprimidos.

**INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI**— Suprarenopituitaria. Asma bronquial, acesso.

Amostras á disposição dos Srs. Medicos.

**ITALO-PORTUGUEZA, L.<sup>DA</sup>**  
**APARTADO 214 — LISBOA**

Telefone C. 3096

FERREGIAL BAIXO 33, 1.º

Teleg.: ITALPORTUGUEZA

Os tremores diminuem um pouco, a taquicárdia conserva-se no estado de entrada, a astenia é menos acentuada, mas continua o mesmo nervosismo, a mesma depressão psíquica, o exoftalmos e a papeira mantêm-se no estado da entrada no Serviço.

III CASO — Enf. P. B., cama 17, H. C. S., de 31 anos, casada.

*Sintomas que determinam o internamento* — Entra com o diagnóstico de hipertiroidismo.

#### ANAMNESE

*Doença actual* — Há já muito tempo que sofre de astenia. Há uns quatro meses que sente o pescoço aumentado de volume, as órbitas mais salientes, suores, palpitações, tremores e diarreia. Tem emmagrecido. Vômitos em jejum, uma ou outra vez.

*História pregressa* — Sarampo em criança.

*Pêso* — 60 kgr. há cinco meses.

*Antecedentes familiares* — Pai tuberculoso.

#### STATUS PRAESENS

Constituição regular, grande nervosismo. Estado de nutrição diminuído. Pulso rítmico e freqüente — 110 pulsações p. m.

*Pêso* — 56,600 kgr..

*Cabeça* — Exoftalmos acentuado. Sinal de Möbius positivo.

*Pescoço* — Abaulamento pouco notável.

*Tórax* — Krönigs diminuídos.

*Pulmões* — Diminuição da sonoridade no vértice direito.

*Coração e vasos* — Nada de importante.

*Tensão* —  $17/9$ . (Pachon).

*Membros* — Tremores nos membros superiores.

Uma análise do suco gástrico após a refeição de prova dá números normais de HCl livre e da acidez total. Uma radiografia pulmonar nada apresentou de anormal.

A glicémia, a reserva alcalina, o pulso e a tensão arterial apresentaram durante o tratamento os seguintes valores :

TABELA III

Mês	Dia	Glicémia em jejum	Reserva alcalina	Pulso	Tensão arterial	Insulina injectada
—	—	—	—	—	—	—
Abril	23	1 $\frac{0}{100}$	56 $\frac{0}{10}$	110	$17/9$	20 U.
»	26	0,9 $\frac{0}{100}$	—	—	—	»
»	29	—	—	112	—	»
Maio	5	1,1 $\frac{0}{100}$	60 $\frac{0}{10}$	—	$17/10$	»
»	7	0,9 $\frac{0}{100}$	62 $\frac{0}{10}$	108	$16/10$	40 U.
»	12	0,8 $\frac{0}{100}$	58 $\frac{0}{10}$	—	—	»

Mês	Dia	Glicémia em jejum	Reserva alcalina	Pulso	Tensão arterial	Insulina injectada
—	—	—	—	—	—	—
Maio	14	0,7 0/100	—	—	17/9	80 U.
»	17	0,6 0/100	—	98	—	»
»	20	0,9	—	—	—	100 U.

O HCl livre e a acidez total do suco gástrico não sofreram modificações. Sai do serviço e continua em casa com o tratamento insulínico durante um mez, baixando a dose para 80 U.

O exoftalmos diminuiu. Não tem tremores. Pulso 80. Não se queixa de astenia. Tem muito apetite.

O pêso apresenta as seguintes modificações :

Semanas	Pêso
—	—
1. <sup>a</sup>	58,400
2. <sup>a</sup>	58,600
3. <sup>a</sup>	60
4. <sup>a</sup>	62,800

Em 6 de julho vem à consulta externa. Mantem o mesmo estado e tem de pêso 65 kgr.

IV caso — Consulta externa. B. P., de 44 anos de idade, solteira.

*Sintomas que determinaram a vinda à consulta* : Veio, aconselhada por um colega, com o diagnóstico de doença de Basedow.

#### ANAMNESE

*Doença actual* — A sua doença começou há quatro anos por fortes dores de cabeça, vertigens e sensação de mal estar. Os globos oculares tornaram-se muito salientes. O pescoço começou a engrossar. Muitos tremores nos membros superiores e inferiores. Suores profusos. De vez em quando tinha muito calor ; muito frio, depois, e grandes afrontamentos.

Tem quasi sempre diarreia. Ultimamente, nervosismo, insónias, palpitações e muita fraqueza. Tem emmagrecido bastante. A radioterapia (durante 3 anos), as correntes galvânicas (44 sessões) e o iodo pouco a têm melhorado.

*Historia progressa* — Doenças anteriores sem importancia.

*Funções genitais* — Menstruações dolorosas e irregulares. (Klimaterium?)

#### STATUS PRAESENS

Constituição regular. Mau estado de nutrição. *Facies* exoftalmico. Grande nervosismo. Muito emotiva. Pulso rítmico e frequente. Número de pulsações, p. m. 130. Pesc 58,500 kgr.

*Cabeça* — Exoftalmos muito acentuado. Sinais de Stellvag positivo ; de Möbius negativo ; de Gräfe francamente positivo. Tremôres.

*Pescoço* — Papeira simétrica, mole, pulsatil.

Pulsações intensas cervicais e supraclaviculares.

Perímetro cervical 34 cm.

*Tórax* — Normal.

*Pulmões* — Normais.

*Coração e vasos* — Sons cardiacos bem batidos. Diagrama da percussão, 2, 5, 4, 10. Tensão  $17/10$ . (Pachon).

*Abdomen* — Normal.

*Membros* — Tremores muito pronunciados nos membros superiores.

A doente começa a tomar insulina. Como não está internada, tornou-se difícil a determinação de todos os exames. As variações da glicemia, as modificações do pulso, da tensão arterial e as doses de insulina sucessivamente empregadas são as seguintes :

TABELA IV

Mês	Dia	Glicemia em jejum	Pulso	Tensão arterial	Insulina
—	—	—	—	—	—
Maio	11	1,1 $0/00$	130	$17/10$	20 U.
»	14	0,9 $0/00$	130	—	—
»	16	0,7 $0/00$	—	—	40 U.
»	19	0,8 $0/00$	120	—	—
»	21	0,7 $0/00$	—	$16/9$	—
»	24	0,9 $0/00$	130	—	—
»	27	1 $0/00$	—	—	—
»	28	0,9 $0/00$	120	—	60 U.
»	31	1 $0/00$	—	$17/10$	—
Junho	2	0,8 $0/00$	110	—	—
»	4	0,9 $0/00$	104	—	80 U.
»	11	0,8 $0/00$	—	—	—
»	15	0,9 $0/00$	110	$17/10$	—

O HCl livre e a acidez total do suco gástrico não apresentaram alterações durante o tratamento.

O pêso sofreu as seguintes modificações :

Semanas	Pêso
—	—
1. <sup>a</sup>	60,200
2. <sup>a</sup>	61
3. <sup>a</sup>	62
4. <sup>a</sup>	62
5. <sup>a</sup>	63,100

O pêso estaciona. O exoftalmos parece manter-se no mesmo estado, embora a doente afirme que tem diminuído. A taquicardia continua à volta de 110. Mas diminui notavelmente o estado emotivo, desapareceram-lhe as vertigens e as impressões que a doente sentia na cabeça, regularisa-se-lhe a menstruação, os intestinos normalizam-se, os tremores são muito menos acentuados, e a canceira de que a doente se queixava desapareceu, de modo a poder trabalhar, coisa que a doente não fazia quando nos appareceu na consulta. O perimetro cervical mede 33 centímetros; a papeira diminuiu, portanto um centimetro.

Em Outubro, aparece no Serviço. Mantem-se no mesmo estado. Como os aparelhos do metabolismo já estejam montados nas clínicas médicas, estabelecemos-lhe a dieta basal durante três dias, e determinamos-lhe o metabolismo basal pelo aparelho de Krogh.

$$M. B. = + 6 \%$$

Como consideramos normais os valores dados pelo aparelho de Krogh, compreendidos entre + 10 e - 10, devemos concluir que esta doente apresenta o metabolismo basal normal.

O principal defeito dêste trabalho — já assacado por Lawrence ao estudo de Goffin — e sôbre que a crítica poderá debicar, está na ausência das determinações do metabolismo basal, nas quais assentasse o diagnóstico de hipertiroidismo definitivamente estabelecido.

Com efeito, desde os estudos de Müller em 1893 (44) e os de Magnus Levy em 1895 (45), confirmados pelos investigadores americanos no *Russel Sage Institute of Pathology*, sabe-se que nos casos graves da doença de Basedow há um aumento do metabolismo basal superior a 75 %, e nos casos médios, superior a 50 % (a). Para muitos investigadores americanos o aumento do metabolismo constitui a causa de alguns dos sintomas do hipertiroidismo. A prova do metabolismo basal, quando correctamente determinada, oferece-nos, portanto, o melhor meio de chegarmos a um diagnóstico exacto de hipertiroidismo. A sua determinação dá-nos o melhor guia para o estudo da actividade da glândula tiroidea.

Nem sempre, porém, a prova do metabolismo basal corres-

---

(a) Supoz se que o aumento do M. B. na doença de Basedow fôsse devido aos tremores musculares. Magnus Levy fez algumas experiências no tremor da paralisia agitante e notou apenas um aumento de 5 a 20 %.

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

(LEITE DE CONFIANÇA)

Um permanente aliado da medicina preventiva

«Nenhum caso de mortalidade pode ser imputado, segundo supomos à intolerância pelo leite em pó (DRYCO).»

«Conforme as nossas curvas regularmente ascendentes o demonstram, podemos afirmar que os resultados têm sido excelentes em 75 0/0 dos casos. No referente a débeis e prematuros tivemos ocasião de assistir a verdadeiras ressurreições.»

Dr. MULS — BRUXELAS.

*O Leite em Pó na Alimentação das Crianças.*

O DRYCO foi reconhecido sempre, desde a sua aparição, como o leite STANDARD para a

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL**

The Dry Milk Company, 15 Park Row, New York

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

DEPOSITÁRIOS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS :

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

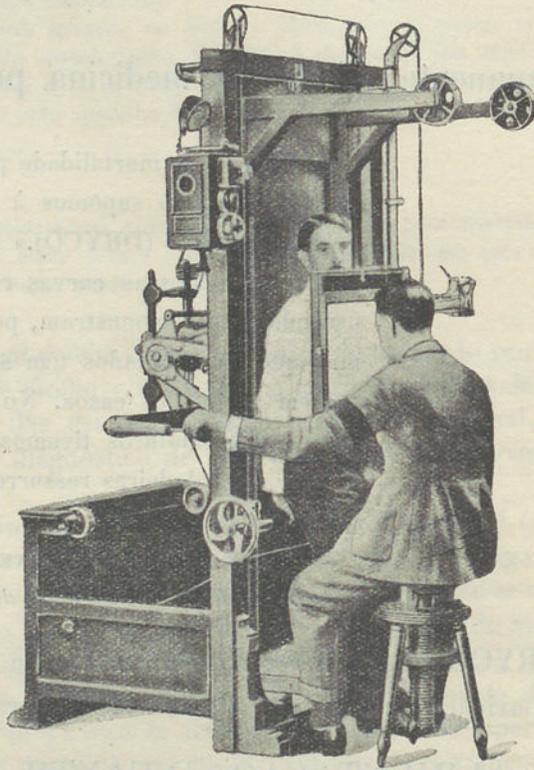
Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Etabts Gaiffe-Gallot & Pilon de Paris

Victor X Ray Corporation CHICAGO

Radium Belge—Bruxelas



Mesa oscilante em posição vertical para radioscopia ou radiografia

REPRESENTANTE EM PORTUGAL

Sociedade Ibérica de Construções Eléctricas, L.<sup>da</sup>

**S I C E**

Praça dos Restauradores, 78-1.º—LISBOA

ponde ao diagnóstico clínico. Vários casos diagnosticados de bócio exoftálmico por Magnus Levy e Falta não tinham o metabolismo aumentado, o que levou Crile (46) a não considerar o M. B. como uma prova específica para o diagnóstico do hipertiroidismo. É que casos atípicos existem, embora muito raros, nos quais o M. B. se mantém dentro dos limites normais (25).

Todos os nossos casos, admitidos no Serviço com o diagnóstico de doença de Basedow ou de hipertiroidismo pelos colegas que no-los enviaram, eram inconfundíveis com outros estados patológicos — hiperexcitabilidade nervosa, anorexia mental, acesso evolutivo de tuberculose, etc. — nos quais a presença de síndromas cárdiovasculares com taquicárdia e palpitações, ou de emagrecimento, um pouco de tumefacção do corpo tiroideu, nos pode deixar em sérios embarços levando-nos, por vezes, a vêr influências endocrínicas onde elas não existem. Clinicamente eram casos típicos de hipertiroidismo. Todavia, não se averiguou a prova do metabolismo basal, com o fim diagnóstico, pela razão simples de que, nessa data, ainda não existiam no Hospital Escolar os aparelhos para a sua determinação. Êste estudo — mórmente nos casos de hipertiroidismo cujo diagnóstico demanda a confirmação metabolimétrica — faz parte de outro trabalho. (a).

Esta mesma e poderosa razão impediu que completassemos o nosso estudo, verificando se o metabolismo basal sofria uma baixa sob a acção da insulina, correspondente ao desaparecimento dos outros sintomas do hipertiroidismo, como observaram Lépine e Parturier, Puchulu, Klein, Meyer, Lawrence e Lundberg.

Em dois doentes de Lawrence, o metabolismo baixou, respectivamente de + 61 % para + 24 %, e de + 66 % para + 13 %; nos de Lundberg, de + 46 % para 28 %, e de + 57 para + 22 % (No aparelho de Krogh). Mas numa das nossas doentes (caso IV), exemplar dos mais típicos de hipertiroidismo, conseguimos determinar o M. B., três mezes depois do início do tratamento e encontramos um número normal, que supômos ser devido à acção da insulina.

---

(a) No próximo artigo, já entregue na redacção desta Revista: Eduardo Coelho, *O metabolismo basal — sua importância no diagnóstico do hipertiroidismo*, damos os resultados de alguns exames do metabolismo basal no hipertiroidismo fruste, as suas bases fisiológicas e a técnica da sua determinação.

Dos nossos quatro casos, o II nada lucrou com o tratamento. A doente sai no mesmo estado, com idêntica sintomatologia, tendo tido, entretanto, um aumento de pêso de 5,600 kgr. Os casos I e III apresentam melhoras acentuadas. No I o pulso e a pressão diminuem, os tremores desaparecem, sai sem as perturbações gastro-intestinais, com a menstruação regularizada e o exoftalmos diminuído; 4,300 kgr. aumenta de pêso. Devemos acentuar que o caso I experimentára outros tratamentos médicos sem resultado.

Na 3.<sup>a</sup> doente diminuem o número de pulsações e o exoftalmos, desaparecem os tremores e aumenta de pêso 8,400 kgr.

Vemos, portanto, dois casos em que êste método de tratamento foi feliz, um caso com muitas melhoras, e outro absolutamente negativo.

As nossas observações confirmam os trabalhos aparecidos sôbre a influência da insulina na doença de Basedow, tendo nós notado, ainda, a sua notável acção sôbre as perturbações da menstruação (dores, menstruações irregulares), sôbre a diarreia em dois casos, e sôbre a hipochloridria e os vômitos num caso.

Esta influência da insulina sôbre as perturbações gastro-intestinais já tinha sido observada em doentes diabéticos por Allen, e por Byron Bowven e Aaron (47). Foi verificada a sua sensibilidade mesmo para as pequenas doses.

Porque o suco gástrico da mór parte dos basedowianos se tem apresentado normal ou com hiperacidez, discute-se ainda a gênese da diarreia da doença de Basedow. Ou resulta de uma acção directa sôbre o intestino (Möbius), ou sôbre o sistema nervoso vegetativo (Eppinger e Hess) (48).

Os vômitos, que existiam em duas doentes, e que na estatística de Sattlers (49) fôram observados em 15 % dos casos de Basedow, que umas vezes constituem um sintoma da doença, outras, uma dispepsia nervosa complicando o Basedow, desapareceram também com a insulina.

Todos os doentes aumentam de pêso. Notamos, porém, que, no caso III, enquanto lhe administramos 20 U., o aumento foi pouco sensível, só se tornando mais acentuado com o acréscimo da dose.

As doses que prescrevemos fôram, em geral, superiores ás até aqui empregadas.

Apenas num dos casos verificamos a diminuição da papeira, que alguns autores apontam nos seus doentes.

Observamos ainda um desvio do equilíbrio ácido-básico no sentido da alcalinidade, traduzindo-se pela elevação da reserva alcalina.

Sobre o mecanismo da acção da insulina no hipertiroidismo, tem-se aventado a hipótese de uma acção química directa, de um efeito primário sobre o metabolismo dos hidratos de carbónio, a de um antagonismo fisiológico, e, ainda, de uma acção vagotónica.

As experiências são ainda pouco numerosas para podermos estabelecer o seu mecanismo real. Todavia, a análise de alguns sintomas do hipertiroidismo nos nossos doentes, parece mostrar-nos que a insulina actua sobre eles por um antagonismo fisiológico e por uma acção vagotónica. O hipertiroidismo realiza um quadro bastante completo de simpaticotonia. Pelo contrário, no hiperinsulinismo, é a vagotonia que predomina.

Nos sintomas que resultam propriamente de uma excitabilidade do simpático (taquicárdia, tremores, exoftalmos, nervosismo, etc.) a insulina actua pela sua acção vagotónica, como mostraram Santenoise e Garrelon (50). Nos sintomas resultantes de um aumento excessivo dos processos de oxidação ou de perturbações gastro-intestinais provenientes da acção da hormona tiroideia, ou noutros sintomas que implicam a existência de um desequilíbrio endocrínico, a insulina actua por antagonismo fisiológico.

Isto explicaria, até certo ponto, a razão pela qual só em certos casos de Basedow tiramos resultados apreciáveis com o tratamento pela insulina. O caso II não constituia um exemplar de hipertiroidismo simples mas era, em nosso parecer, uma associação de doença de Basedow com adenoma tóxico da tiroideia.

Por isso, supomos, se tornou refractário à acção da insulina. Só em casos de hipertiroidismo — sem a existência de adenoma tóxico — podemos empregar a insulina, embora, para alguns autores, o Basedow não corresponda somente a um hipertiroidismo, mas, sobretudo a uma viciação qualitativa da secreção tiroideia (distiroidismo), hipótese que não assenta em suficientes bases químicas ou fisiológicas.

Pode ser outra a causa que condicione estas diferenças; para Kendall e Plumer (51) é devida a existência de dois tipos diferentes de doença de Basedow.

Não pensamos estar de posse do medicamento que vai *curar* a doença de Basedow. Todavia, os casos já publicados por outros autores e os que agora relatamos mostram que êste processo terapêutico pode prestar um valioso auxílio no tratamento de alguns doentes com hipertiroidismo.

Cabe às investigações experimentais e clínicas estabelecer definitivamente os doentes que podem aproveitar com a hormona pancreática, precioso meio anti-tiroideu, e marcar o seu lugar ao lado dos tratamentos cirúrgico, radioterápico e do tratamento pelo iodo.

As observações clínicas de doença de Basedow melhoradas consideravelmente pela insulina constituem também mais um argumento a favor do antagonismo tiro-pancreático. Antagonismo relativo, de natureza ainda um tanto confusa, e que já nos fôra mostrado, entretanto, pelos casos em que à diabetes se associam sintomas de Basedow, e nos doentes com a doença de Basedow que simultaneamente sofrem de diabetes.

#### BIBLIOGRAFIA CITADA E CONSULTADA

1. EPINGER, FALTA e RUDINGER — I und II Mit. — *Zeit. für klin. Med.* 1908 e 1909.
2. FALTA — *Die Erkrankungen der Blutdrüsen* — Wien, 1913, pag. 8.
3. CIT DE G. R. CAMERON.
4. G. R. CAMERON — *The Journ. of Pathology and Bact.*, n.º 2, 1926.
5. CRAMER e KRAUSE — *Proc. Roy. Soc. Biol.*, 557, 1913.
6. CIT. DE G. R. CAMERON.
7. PARHON. — *Journ. de Phys. et Path. gén.* n.º 1, 1913.
8. G. R. CAMERON — *Loc. cit.*
9. LORAND, C. R. — *C. R. Soc. Biol.*, pág. 1904.
10. KONEWSKAIA — Cit. DE PARHON.
11. RODHENBERG, G. L. — *Endocrinology*, n.º 3, II, 1922.
12. FRIEDMANN e GOTTESMANN — *Journ. Am. Med. Assoc.*, pag. 1228, Vol. 79, 1922.
13. SANGER, D. J. — *Arch. of int. Med.* n.º 9, 1922.
14. PARHON, C. J. et NITZULESCO, J — *Rev. fran. d'Endocr.* n.º 3, 1926.
15. BODANSKY — *Proc. of the Soc. of exp. biol. and med.* pag. 538, 1923.
16. — *Ibidem*, 46, 1923.
17. DUCHENAU — *Compt. Rend. des Scéances de la Soc. de Biol.* 248, 1924.
18. HOUSSAY, D. A. e BUSSO, R. R. — *C. R. Soc. Biol.*, pág. 1037, 1924.
19. BURN e MARKS — *Proc. of Phys. Soc.* 1924.
20. POLLAK — *W. Klin. Woch.*, 1924.

21. FALTA — *Klin. Woch.*, 1924.
22. — Livro cit.
23. — *W. Klin. Woch.* n.º 24, 1925.
24. BAUER, R. e NYIRI, W. — *Med. Klin.* n.º 39, 1925.
25. DU BOIS — *Basal Metabolism in Health and Disease*, New York, 1924.
26. GARRELON e D. SANTENOISE — *C. R. Soc. de Biologie*, pag. 470, 1924.
27. SANTENOISE, D. — *Revue Neurologique*, n.º 6, tomo I, 1926 (VIIª Réunion Neurologique internationale).
28. FLEISSLY — *Presse Med.*, n.º 13, 1926.
29. BYRON D. BOWVEN e AARON — *Arch. of int. Med.*, n.º 5, 1926.
30. LEPINE ET PARTURIER — *C. R. de la Soc. de Biologie*, pag. 269, 1924.
31. GOFFIN — *Le Scalpel*, 19 de Abril de 1924.
32. LAWRENCE — *The British medical Journal*, pág. 753, 1924.
33. RICHTER — *Med. Klinik*, n.º 39, 1925.
34. PUCHULU, F. — *Rev. Soc. med. int.* (Buenos Ayres) 6, 140-164, 1925. Analisado in *Endocrinology*, n.º 6 IX, pág. 530, 1925.
35. MERKLEN, WOLF, M. e KAYSER — *Bull. Soc. Med. Hóp.*, pág. 1394, 1924.
36. SENG, H. — *Journ. Orient. Med.*, 3 pág. 62, 1925. Analisado in *Endocrinology* n.º 6, IX, 1925.
37. KI EIN, O. — *Med. Klin.*, n.º 7, 1926.
38. MEYER, H. — *Zeit. f. Klin. med. cad.*, 2, vol. 102.
39. LUNDBERGE, — *In Physiological papers*, dedicated to A. Krogh. Copenhagen — Traitement antihormonal de la maladie de Basedow. *Acta Medica Scandinavica*, Suppl. XVI, 1926.
40. JACKSCH, R. WARTENHORST — *Verh. d. 36 Kong. f. inn. med.* pag. 134, 1924.
41. Cit. de KLEIN.
42. — *Ibidem.*
43. MENDEL, BR. — *Verhandlungen der Gessell. f. Verd. und Stoff.* V. Tagung, pág. 121, 1926.
44. MULLER, Fr., *Deutsche Arch. Klin. Med.*, pág. 335, 1893.
45. MAGNU LEVY — *Berlin. Klin. Woch.*, pág. 650, 1895.
46. CRILE — *The Thyroid Gland*, London, 1923.
47. BYRON D. BOUREN e AARON — *Arch. of int. med.* n.º 5, 1926.
48. CHVOSTEK, F. — *Morbus Basedowi und die Hyperthyreosen*, Berlin, 1917.
49. PINELES — *Endokrine Erkrankungen und Verdauungsapparat* — Wien, 1926.
50. D. SANTENOISE e GARRELON, — *C. R. de la Soc. Biologie*, 1924.
51. Cit. DE LAWRENCE.
52. CHARVAT — Trabalho da clinica interna do Prof. Pelnar, de Praga, ref. em *Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nut.*, n.º 10, 1926.

## Revista dos Jornais de Medicina

VI Reunião da Sociedade alemã das doenças do ap. digestivo e metabolismo. 13 a 16 de Out. de 1926. Presidente, V. BERGMANN (Frankfurt a. M.). Assuntos tratados: Gastritis, neurose gástrica, metabolismo aquoso e mineral e o problema do cancro.

KONJETZNY (Kiel) — Fala sobre gastrite nas suas relações patogénicas com a úlcera e o cancro. Baseado na experiência de muitos anos, o A. considera que a inflamação da mucosa constitui o terreno no qual mais tarde se desenvolvem as úlceras do estômago e duodeno. A úlcera do estômago nunca se desenvolve num estômago com mucosa sã. As erosões e ulcerações inflamatórias da mucosa sobrevividas no decurso duma gastrite grave curam-se em parte, excepto muitas vezes as que estão colocadas em zonas do órgão cuja função e mecânica dificulta a cicatrização e condiciona o desenvolvimento duma úlcera crónica. Assim, a úlcera do estômago é a complicação do catarro crónico. O melhor tratamento da úlcera e cancro do estômago consiste na profilaxia, isto é, na cuidadosa observação e combate da lesão que precede o desenvolvimento do cancro e que é o catarro gástrico.

BORGBJAERG (Copenhague) — Comunica algumas observações sobre a coexistência não rara de aquilia e anemia de tipo pernicioso. Em alguns casos a aquilia precede a anemia.

HOHLWEG — Fala do diagnóstico clínico da gastrite e das suas relações com a úlcera. O diagnóstico certo de gastrite pode ser feito com o auxílio dos modernos métodos de investigação e especialmente com a gastroscopia e o exame radiológico do relêvo gástrico. A gastroscopia, que dá indicações sobre o estado da mucosa, foi feita pelo A. em 600 casos sem qualquer inconveniente. O quadro clínico da gastrite pode ser muito semelhante ao da úlcera gástrica e em numerosos casos observa-se a existência simultânea de ambas as doenças. O diagnóstico diferencial só é possível com o auxílio do gastroscópio. Gastrite e úlcera não são doenças diferentes, mas sim diversos estados de desenvolvimento do mesmo mal. Sob o ponto de vista terapêutico, o mais importante é tratar a doença precocemente enquanto existe apenas um catarro simples. Estes casos precoces pertencem ao domínio da medicina interna e podem curar-se com tratamento dietético e repouso. O prognóstico é desfavorável quando se trata de casos recidivantes.

BERG (Frankfurt a. M.) — Fala do novo método de exame radiológico do estômago com relêvo da mucosa por meio da introdução duma refeição de contraste diluída. Este método permite tirar conclusões sobre o estado da mucosa gástrica e é importante auxiliar no diagnóstico das afecções malignas em início.

ZWEG (Viena) — Apresenta um novo método de tratamento da fissura ani com diatermia.

WEINBERG trata da necessidade da separação entre a aquilia constitucional (A. gástrica simplex) e a verdadeira gastrite, visto que a aquilia é frequentemente a predecessora da anemia perniciosa. A anemia que aparece no

decurso duma aquilia reveste o tipo pernicioso (qualitativo), comportando-se o quadro hematológico de forma diversa na gastrite. A anemia perniciosa latente com o tempo passa a perniciosa verdadeira.

LESCHKE — Usa como meio auxiliar para o diagnóstico das afecções gástricas a determinação do cloro neutro e total do suco gástrico, pois os valores do ácido clorídrico podem ser influenciados por uma eventual regurgitação de suco intestinal.

PONGES (Viena) — Julga que heterocolia e hiperacidez são também sintomas de gastrite. Considera a hiperacidez como a consequência de fortes irritações e a anacidez como devida à má mastigação. As perturbações da motilidade gástrica são também sintomas de gastrite (hiperperistaltismo e esvaziamento rápido). Haberer e Kuttner contra-indicam a operação na gastrite. Os casos próprios para a operação são os de úlcera antiga, calosa, muitas vezes acompanhada de estenose e retenção.

## SEGUNDO DIA

PICK (Viena) — Metabolismo mineral e aquoso nas suas relações com as doenças do aparelho digestivo e do metabolismo — O organismo possui uma série de reguladores que tratam da absorção, distribuição e eliminação da água. O primeiro regulador da absorção é a parede intestinal, onde actuam não só acções físico-químicas, como também influências hormonais e nervosas. A reabsorção de água ao nível do intestino pode ser influenciada pela insulina, extracto de suprarenal, vitamina e saponina. Além do intestino, são também reguladores o baço, fígado e os músculos, podendo estes últimos receber um a dois litros de água. É principalmente o fígado que desempenha um papel importante, retendo a água em excesso no sangue. Dêste modo é regulada a composição constante do sangue e evitada a sobrecarga da circulação e coração por uma quantidade excessiva de líquidos. O fígado doente perde a propriedade reguladora da água, a secreção renal diminui e dá-se a deposição anormal de água. Esta função hepática é influenciada por diversos factores e entre outros pelo estado da nutrição. Na eliminação de água que se faz pelos rins, pulmões e pele, actua como regulador o cérebro intermediário, que evita uma grande perda de líquido. Se há hiperexcitabilidade do centro da água situado no cérebro intermediário, dá-se uma mobilização e eliminação de líquidos, que conduz ao complexo sintomático da poliúria e polidipsia. A hormona hipofisária diminui a excitabilidade do centro da água e portanto a quantidade de líquidos eliminados. O cérebro actua também sobre o centro da água. É interessante a influência da sugestão sobre a diurese. A função do córtex cerebral deve ser tomada em consideração nos tratamentos com injeções de hipofisina e nos casos em que a acção da hipofisina falha nós podemos ainda obter o efeito da droga provocando o repouso do córtex com os narcóticos gerais.

LICHTWITZ (Altona) — Acentua a grande importância dos coloides no metabolismo da água e substâncias minerais. Por seu lado as qualidades físico-químicas dos coloides dependem dos iões que se encontram na solução e especialmente dos iões  $H^+$  e  $OH^-$ . A constância do sangue no que res-

peita o seu conteúdo em iões (isoionia e isoidria) é uma das condições mais importantes para o decurso normal de todos os processos vitais. Esta constância é garantida pela actividade de reguladores, principalmente os pulmões e o rins. Os produtos ácidos do metabolismo são eliminados pelo rim como valências ácidas e pelo pulmão como ácido carbónico. O excesso de iões é eliminado pelo rim. Em certos estados patológicos pode sobrevir uma perturbação do equilíbrio iónico  $H^+ - OH^-$ . Até um certo grau estas perturbações de equilíbrio são compensadas pela reserva alcalina. Em estados fisiológicos sobrevêm alterações leves e rapidamente compensadas do equilíbrio iónico. Assim a função gástrica, em virtude da secreção dum suco ácido, provoca um desvio da reacção do sangue para o lado alcalino, que é compensado pelo correspondente aumento da eliminação de anidrido carbónico. A reabsorção pelo intestino dos cloretos segregados pelo estômago repõe o equilíbrio iónico sanguíneo anterior. Se há uma perda de cloreto por vômitos ou diarreia, sobrevêm uma alcalose que se pode manifestar clinicamente por tetania. A administração de cloreto de sódio evita esta. Em outros estados patológicos (insuficiência hepática, diabetes mellitus) sobrevêm acidose por acumulação no sangue de produtos ácidos do metabolismo. O organismo opõe-se a esta acidose eliminando as substâncias ácidas pelo rim e neutralizando-as com amoníaco e alcalis mobilizados dos tecidos. No combate da acidose diabética com insulina é dispensável a administração de alcalinos e seria antes aconselhável o fornecimento de catiões (Ca, K, Na) na forma dum soluto semelhante ao de Ringer.

PULAY (Viena) — Fala da importância do metabolismo aquoso e mineral na patologia da pele. Nas dermatoses endógenas, como eczema, psoriasis e urticária, observa-se, pelo estudo do quimismo sanguíneo, uma alteração do metabolismo. Em muitos casos encontra-se uma grande retenção de água. As perturbações do metabolismo mineral podem traduzir-se por um desvio do equilíbrio iónico (transmineralização), por uma baixa das substâncias minerais do sangue (desmineralização) ou um aumento das mesmas (hipermineralização). As alterações do equilíbrio mineral estão quasi sempre ligadas a perturbações endocrinas. O tratamento feito em relação com a modificação do metabolismo mineral encontrada conduz em regra à cura da dermatose.

SCHÜCK (Berlim) — Fala no emprêgo prático da teoria electrolítica de Kraus-Zondek no tratamento das feridas e dos processos inflamatórios. A aplicação ou injeção de soluto de cloreto de potássio em feridas actua despertando a formação de tecido de granulação e ainda como agente inflamatório. Pelo contrário, o cálcio é paralisante dos processos inflamatórios. O A. julga que por meio do emprêgo de ambos estes electrolitos nós poderemos conseguir uma aceleração da cura com melhor cicatriz. Resultados favoráveis, embora não constantes, têm sido observados com o emprêgo de hormonas (pomada de adrenalina). Também a combinação da medicação tiroidea (para activação do processo mórbido) com o potássio actua favoravelmente na cura das feridas.

WIGAUD (Kœnigsberg) — A dieta de Gerson apenas provoca uma diminuição da quantidade de expectoração. Em certos casos diminui o apetite,

LISBOA MÉDICA

# INTERNATIONALE --- RADIOTHERAPIE

FUNDADO E PUBLICADO POR J. WETTERER,

DE MANNHEIM



VOLUME I

Com muitos milhares de aprecia-  
ções dos trabalhos originais de  
todos os países sôbre Roentgen,  
Curie, Foto e Electroterapia dos  
anos 1925-1926; com 20 artigos  
e um apêndice *A roentgenerapia*  
: : *dos dermatologistas* : :

Preço do Vol. I—64 Marcos



L. C. Wittich'schen Hofbuchdruckerei

DARMSTADT

# TONOFOSFAN



## NOVA COMBINAÇÃO DE FÓSFORO ORGÂNICO

com ligação directa ao carbono  
poderoso **estimulante do metabolismo** e **fortificante geral** para uso parenteral.

Especialmente recomendável para a continuação de uma cura arsenical (Solarson), nas neurastenias deprimentes, Basedow, e esgotamentos de várias naturezas, etc.

*No comércio:* Caixas com 20 ampolas de 1,1 c. c.  
(sol. esteril a 1 0/0).

**TONOFOSFAN fortius** (sol. esteril a 2 0/0) em caixas com 10 ampolas de 1,1 c. c.

Empacotamento original **Cassella**

\*\*\*\*  
J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius",

\*\*\*\*  
Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**  
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



noutros provoca um aumento do pêso, que entretanto não é tão notável como o obtido com dieta mixta.

GAGA — Chama a atenção para o facto de já há muito ter notado a importância da concentração iónica na cicatrização das feridas. A injeção de solutos de fosfatos ácidos em abcessos pode provocar a desapareição dos mesmos. A sensibilidade à dor é também influenciada pela concentração hidrogeniônica. As soluções ácidas exacerbam a dor, as alcalinas são analgésicas. A formação de tecido de granulação é activada com lavagens de solutos ácidos.

SINGER (Viena)—Emprega aplicações KOH a  $\frac{1}{3}$  % nas feridas diabéticas de difícil cicatrização, nas quais o tratamento insulínico pouca influência teve.

FRANK (Breslau) — Apresenta um novo medicamento antidiabético que denominou Synthalin (V. referata na *Lisboa Médica*).

Richter, Ueber, H. Strauss e v. d. Velden confirmam as observações de Frank. Segundo as suas experiências, 50 mgr. de Synthalin correspondem a 30 gr. de hidratos de carbone, isto é, menos de 1 gr. de glicose para 1 mgr. de Syntalin. Por vezes observaram sinais de intolerância pelo lado do tubo digestivo.

G. Klemperer acentua a grande importância teórica da descoberta de Frank.

F. FONSECA.

---

Contribuição para o estudo clínico e radiológico dos divertículos do duodeno. (*Contribution a l'étude clinique et radiologique des diverticules du duodénum*), por ROBINEAU e GALLY — *Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutrition*, n.º 9, 1926.

Em 1922 estes AA. publicaram a primeira observação francesa de divertículo da 4.<sup>a</sup> porção do duodeno, diagnosticada pelo exame radiológico, e operada com vantagem a seguir a uma hemorragia considerável.

Reunem nesta memória 9 casos. O exame clínico dos doentes observados apresenta muitas lacunas, de sorte a alguns simularem úlceras duodenais: dores tardias; fome dolorosa acalmada pela ingestão de alimentos; vômitos em jejum; hemorragias evidentes ou ocultas.

Só o estudo radiológico pode demonstrar a presença de um divertículo duodenal. O cirurgião deve ainda pedir ao radiologista a indicação rigorosa do ponto exacto da implantação do divertículo no duodeno.

As radiografias em série, e em tôdas as posições, permitem fixar imagens diverticulares interessantes. Se o divertículo é muito volumoso, é preciso procurar, entre as diferentes posições do exame, as que fazem aparecer uma linha opaca horizontal característica do líquido contido numa bolsa em comunicação com o tubo digestivo.

É preciso ainda assegurarmo-nos, por um exame completo do estômago, do duodeno, da vesícula biliar e do pâncreas, que não existe qualquer lesão capaz de nos levar a êrro. Certas dilatações do ângulo inferior direito do

bólbo duodenal dão, em casos de estenose bulbar, uma imagem perfeita de divertículo. A 2.<sup>a</sup> parte do duodeno, especialmente nos ptosados, forma, muitas vezes, pregas de semelhança diverticular. As compressões das 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> partes do duodeno podem dar origem a verdadeiras bolsas de dilatação; as pancreatites crônicas são seguidas de retracção da parede duodenal, sendo muitas vezes difícil o diagnóstico diferencial com os verdadeiros divertículos congénitos.

E. COELHO.

---

O tratamento da diabetes pela sintalina. (*Die Synthalinbehandlung des Diabetes mellitus*), por FRANK, NOTHMANN e WAGNER — *Deut. Med. Woch.* n.º 49 e 50, 1926.

Os AA. expuseram já noutra memória (*Klin. Woch.* n.º 45, 1926) as bases químicas e experimentais dêste medicamento sintético, derivado da guanidina. Nesta revista expõem as regras do seu emprêgo, as indicações e contra-indicações no tratamento da diabetes.

A sintalina tem uma acção idêntica à insulina, mas mais morosa. Encontra-se no mercado nas doses de 10 e 25 mgrs. e é administrada *per os*.

Os AA. empregaram-na em mais de 100 diabéticos. Primeiramente davam-na aos doentes uma hora antes das refeições. A experiência mostrou, entretentes, que a sua acção é idêntica quando tomada no começo das refeições e com alguns líquidos (café, sopa, chá). Os AA. principiam com doses de 20 mgr., duas vezes por dia, dão depois 25 mgr., também duas vezes, e estabelecem uma pausa passadas 24 ou 36 horas, para que não haja uma acumulação medicamentosa.

Os casos utilizados para as suas experiências não tinham, em regra, mais de 40-50 gr. de glicosúria.

Nos casos em que a quantidade de açúcar na urina foi apenas de 10-20 gr. com alimentação livre, ou nos que apresentavam uma hiperglicemia sem glicosúria, as doses empregadas foram menores.

Se as doses recomendadas pelos AA. são ultrapassadas, sobrevém inapetência, pressão no epigastro, náuseas, vômitos, diarreia, etc. Há pessoas muito sensíveis à acção da sintalina e que apresentam alguns dêsses sintomas depois da primeira ou da segunda dose. Trata-se, por via de regra, de doentes com o sistema nervoso vegetativo anormalmente excitável, ou com afecções abdominais crônicas (colelitiase, gastrite crônica, perigastrite, periduodenite, colite espástica, etc.) ou que sofrem de *migraine*, ou que possuem perturbações motoras ou secretoras do tubo digestivo.

Nesses casos, devemos começar com a dose de 10 mgr., atingindo progressivamente 20 mgr.

Os AA. observaram que, nos casos de diabetes benigna e de média gravidade, o equivalente de glucose para 1 mgr. de sintalina é de 1,2 gr.

O efeito máximo é atingido após a terceira ou quarta pausa, e não só

sobre a glicosúria e a glicemia, mas sobre a acetonemia e sobre a acidose do sangue.

Em dois casos de diabetes grave observaram sintomas de hipoglicemia, rapidamente combatidos. A oligúria (140 cc. por dia) foi também observada. Os doentes aumentam de peso.

Só nos casos de pequena e de média gravidade é de recomendar este preparado. Nos casos de diabetes grave pode empregar-se a sintalina associada à insulina.

Nos casos de diabetes crónica grave o número de unidades de insulina pode ser reduzido se empregarmos a sintalina.

O cóma diabético constitui uma contra-indicação para a sintalina, ficando o seu tratamento reservado para a insulina.

E. COELHO.

---

O prognóstico da angina pectoris e da trombose coronária. (*The prognosis of angina pectoris and of coronary thrombosis*), por P. WHITE — *The Journ. of the Am. Med. Assoc.*, n.º 19, vol. 87, 1926.

O prognóstico da angina pectoris constitui ainda um dos mais importantes e difíceis problemas da medicina. O A. estuda neste artigo 200 casos de angina pectoris e analisa a série valiosa que Mackenzie publicou, em 1923, de oclusão das coronárias.

Pode dizer-se que a hipertensão, a trombose coronária, a sífilis, a arteriosclerose, os sons cardíacos apagados, a onda T do electrocardiograma anormal, e especialmente um alargamento da área cardíaca se encontram, as mais das vezes, nos doentes com angina pectoris que morrem num espaço de tempo de cinco anos.

A intensidade da dor agrava o prognóstico.

O prognóstico é benigno se os sinais físicos, a pressão arterial e o electrocardiograma são normais. Na maior parte dos casos a morte dá-se por obstrução aguda ou crónica das coronárias.

O sexo a profissão e a direcção da irradiação da dor não affectaram o prognóstico da série dos casos apresentados pelo autor.

Para White, há quatro factores que determinam, em regra, um bom prognóstico: bom estado do sistema nervoso sensitivo; ausência de perturbações cardíacas; dor causada, apenas, por exercícios (e não angina de decúbito); quando o doente pode receber tratamento adequado. A simpatectomia cervical no tratamento da angina pectoris, e principalmente, pelo que respeita à prognose, não passa, por enquanto, de uma tentativa. Dois doentes, um deles com aortite sífilítica, a-pesar deste tratamento cirúrgico, morreram no prazo de cinco anos (contados desde o começo da angina) sem nenhum alívio após a operação.

*Prognóstico da trombose coronária.*

Os doentes podem viver alguns anos em condições razoáveis. De facto,

a média da duração num grupo de 62 doentes, metade dos quais vivem ainda, é de perto de dois anos. A hipertensão, a sífilis e arteriosclerose pouco modificam o prognóstico. A sífilis é rara em qualquer dos grupos. O coração está aumentado em quasi todos os doentes. A fibrilação auricular paroxística, sobrevindo na ocasião do ataque, não modifica o prognóstico. A pericardite é freqüente nestes doentes. O electrocardiograma não trouxe auxílios ao prognóstico, observando o A. que o *bloco intraventricular* é mais freqüente nos doentes que ainda vivem.

E. COELHO.

Algumas fases novas da fisiologia do sistema biliar. (*Some new phases of the physiology of the biliary tract*), por W. COLE, G. COPHER e KODAM — *Annals of Surgery*, Setembro de 1926.

Da exposição, que os autores nos dão, sôbre os novos conhecimentos da fisiologia da vesícula biliar, devemos admitir, em resumo, que:

1.º A hipótese, de Meltzer, da inervação antagonica entre a vesícula biliar e o chamado esfíncter de Oddi, dando como consequência, uma contracção da vesícula sempre que o esfíncter se contrai, não é defensável.

Apoiando-se nesta hipótese, propôs Lyon o seu método de drenagem da vesícula por instilação de sulfato de magnésio no duodeno. As experiências de Copher e algumas observações feitas por um cirurgião japonês, Matsuo, mostram que a contracção muscular é de pouca importância para o esvaziamento da vesícula.

2.º A abertura e a oclusão da parte do duodeno comum ao sistema biliar depende da tonicidade do duodeno, e não é necessária a existência de um esfíncter separado para controlar êste mecanismo.

3.º A saída da bilis, ao nível da ampola de Vater, é devida à acção do peristaltismo duodenal sôbre o canal comum que atravessa obliquamente a parede do duodeno.

4.º O esvaziamento da vesícula biliar apresenta-se-nos como um fenómeno passivo. Os factores que o provocam são, principalmente, a entrada de bilis fresca e o aumento de pressão intra abdominal.

5.º Os métodos experimentais que provocam uma contracção violenta do intestino ou da bexiga não actuam sôbre a vesícula. A contracção muscular das suas paredes desempenha, portanto, um papel insignificante no seu esvaziamento.

6.º Os colagogos exercem a sua acção por um peristaltismo do duodeno. O ácido oleico parece ser o mais poderoso colagogo.

7.º A colecistografia constitui a única prova para o estudo das funções da vesícula biliar. Se se verifica que êste órgão funciona normalmente, é quasi certo que não existem sintomas, mesmo que na operação se encontrem sinais de doenças antigas, como aderências. Uma interpretação exacta desta prova, nos casos normais, demanda grande cuidado e muita experiência. A adminis-

tração intravenosa é de resultados mais seguros A colecistografia trouxe a maior contribuição para o conhecimento destes novos achados da fisiologia do sistema biliar.

E. COELHO.

**Artrite sífilítica.** (*Syphilitic arthritis*), por A. TODDO — *The British Journ. of Surgery*, Outubro de 1926.

O A. faz um estudo completo das artrites sífilíticas, que julga frequentes, e conclui que:

1.º A hidropsia indolor e bilateral do joelho, nas crianças, é devida à sífilis.

2.º A artrite monoarticular com deformação, e em qualquer idade, com ou sem febre, pode ser sífilítica.

3.º O reumatismo agudo que não reage ao salicilato é quasi sempre de origem sífilítica.

4.º A reacção de Wassermann deve entrar na rotina de qualquer caso de artrite.

E. COELHO.

**A possível relação da acromegalia com a diabetes.** (*The possible relation-sip between acromegaly and diabetes*), por HENRY JOHN — *Arch. of Int. Med.*, n.º 4, 1926.

O A. relata três casos, nos quais a acromegalia coincidiu com a diabetes. Segundo os diferentes autores, a diabetes aparece em 10 a 40 % dos casos de acromegalia. Na clinica de Cleveland, onde o A. trabalha, a percentagem é de 28,5 %.

Segundo o A.:

1.º Em geral, o hipopituitarismo é acompanhado de um aumento de tolerância para os hidratos de carbónio. A recíproca é, também, regra geral;

2.º Em dois dos seus casos, a acromegalia precedeu muitos anos a diabetes;

3.º O tratamento da diabetes associada com acromegalia não difere do tratamento dos casos ordinários.

4.º A hipersecreção da parte posterior da pituitária parece produzir hiperglicemia e glicosúria. Não está ainda estabelecido se este factor é predisponente.

Contudo, o factor primário da perturbação do metabolismo consiste na diminuição da secreção de insulina. Talvez que o factor que produz o hipopituitarismo tenha alguma influência na diminuição da função insulínica.

E. COELHO.

**Côma diabético e insulina.** (*Diabetic coma and insulin*), por J. HAJET — *Journ. of. Am. med. Asso.*, n.º 25, 1926.

Comparando a mortalidade dos diabéticos do período preinsulínico com a do período postinsulínico, o autor conclui que:

1.º A mortalidade devida ao côma diabético baixou de 12 0/0 para 0,7 0/0.

2.º A mortalidade geral diminuiu cêrca de 9 0/0.

3.º A infecção é a causa mais freqüente da morte nos diabéticos. Como ordinariamente não é influenciada pela insulina, convém preveni-la o mais possível.

E. COELHO.

**O estudo do quimismo gástrico pela histamina.** (*L'étude du chimisme gastrique par l'histamine*), por GILBERT, BÉNARD e BOUTIER — *Paris Médical*, n.º 9, 1926.

Tinham mostrado várias experiências que a histamina exercia uma acção directa sôbre a mucosa gástrica. Estes factos experimentais foram applicados à clínica por Carnot, Koskowski e Libert, em 1922, e numerosos trabalhos os vieram confirmar.

Os AA. retomaram êste estudo em 27 doentes e as suas conclusões em nada avançam sôbre os dados anteriormente colhidos.

Verificaram, como os outros investigadores, que a histamina exerce uma acção sôbre a secreção gástrica, 10 a 15 minutos após a injecção. Nos individuos normais, esta secreção atinge o seu máximo aos 40 a 60 minutos.

Os algarismos obtidos são superiores aos que se obtêm depois da refeição de prova, não só para o ácido clorídrico livre, como para a pepsina e para o lab fermento.

Nos casos de úlceras gástrica ou duodenal a secreção é abundante e prolongada. Nas variadas perturbações dispépticas, os números obtidos tendem para a hipocloridria ou para a hipercloridria, pouco se afastando do normal.

No carcinoma gástrico, o ácido clorídrico livre é, às vezes, quasi totalmente ausente, a acidez total apresenta um pequeno aumento, e é mínima a quantidade de suco segregado.

Estas variações foram estudadas pela sonda de Einhorn.

Sempre que foi possível comparar os resultados da prova da histamina com os da refeição de prova, verificou-se que os números obtidos eram sempre concordantes.

Concluem os AA. que a injecção de histamina deve ser empregada como processo de diagnóstico das doenças do estômago.

Além desta reacção gástrica, a histamina produz também uma reacção geral nitritoide, que se pode evitar ou atenuar acrescentando adrenalina à histamina.

E. COELHO.

O edema agudo do pulmão no apêrto mitral, fora da gravidez (*L'oedème aigu du poumon dans le rétrécissement mitral en dehors de la grossesse*), por DOUMER. — *Arch. des mal. du cœur*, n.º 12, 1926.

O edema agudo do pulmão, que ameaça particularmente os aórticos, os hipertensos e os brighticos, é também uma das complicações, às quais o estado de gravidez expõe os doentes que têm uma estenose mitral. Fora da gravidez, diz-se que êste acidente é excepcional.

O A. apresenta 3 novas observações, das quais se conclui que não é necessário responsabilizar o estado de gravidez por qualquer perturbação que favorece directamente o edema pulmonar, para explicar as crises edematosas de algumas doentes mitraes. Estas crises não têm uma patogenia diferente das que sobrevêm em outras condições. A gravidez só intervém como factor de insuficiência cardíaca, e uma das observações que o A. relata parece mostrar que as suas consequências, sob êste ponto de vista, variam consoante o estado anterior da musculatura do coração.

E. COELHO.

---

O síndrome tiorotóxico e as suas reacções com pequenas doses de iodo. (*Das thyreotoxikosesyndrom und seine Reaktion bei kleinen Iod Dosen*), de J. WAHLBERG — *Acta Medica Scandinavica*, XIV suplemento, 1926.

O A. reúne neste longo trabalho 20 casos agrupados em quatro séries: a primeira compreende os casos de bócio simples; a segunda, de Basedow ligeiro; a terceira, os casos de Basedow de média gravidade; e a quarta, os casos muito graves.

Nos primeiros, a sintomatologia apresentada simulava, até certo ponto, o hipertiroidismo, constituindo os casos limites ou fronteiras (*Grenzfal*).

Para o diagnóstico, o A. serviu-se, além dos sinais clínicos, da determinação da pressão arterial, da fórmula leucocitária do sangue, da glicemia e da glicosúria alimentar, do metabolismo basal, e observou ainda a existência da tetania latente.

A terapêutica foi controlada por determinações em série do metabolismo basal, pela frequência do pulso e pelo pêso.

A medicação empregada sob a forma de soluto de Lugol, é usada principalmente na América (sol. iod. compos. U. S. A. Pharmac.), que possui 5 % de iodo e 10 % de iodeto de potássio. A dose média aconselhada é de 10 gotas por dia (0,063 de iodo) e que correspondem às 33 gotas do soluto de iodeto de potássio empregado por Neisser (5 %).

O A. usou o soluto de iodeto de potássio, começando por 0,005 g. ou 0,0075 g. de IK, três vezes por dia, aumentando progressivamente até 0,01 gr.

É interessante observar as modificações do metabolismo basal com esta medicação.

Dois dos casos da primeira série tinham o metabolismo basal normal. No 1.º, o iodo aumentou o metabolismo de + 2 % para + 11 %. No 2.º a

acção do iodo foi pouco sensível, e no 3.º o metabolismo desceu de + 25 % para + 19 %.

Na segunda série de doentes (hipertiroidismo ligeiro), o metabolismo basal, que era de + 15 % a + 31 %, *baixou em dois casos*, não sofreu variações num caso, e *aumentou* em quatro doentes.

Na terceira série (de gravidade média), os doentes apresentavam antes do tratamento um aumento de metabolismo basal de + 16 % a + 40 %. Com esta medicação, o metabolismo *diminuiu em quatro doentes* e *aumentou* extraordinariamente num caso.

Na quarta série (Basedow grave), o metabolismo basal, que, antes do tratamento, apresentava números de + 40 % a + 92 %, *diminuiu em dois casos* e *aumentou em três*. Num destes, o metabolismo basal, que era de + 40 %, passou para + 96 %.

O autor conclui por afirmar que o iodo apenas dá uma remissão, no comêço, não passando de um paliativo no tratamento da doença de Basedow. A possibilidade de uma remissão pelo iodo parece indicar o seu emprêgo antes e depois da intervenção cirúrgica da tiroídea.

E. COELHO.

---

**Investigações pletismográficas sobre a acção vascular do benzoato e do acetato benzilo no homem** (*Recherches pléthysmographiques sur l'action vasculaire du benzoate et de l'acétate de benzyl chez l'homme*), por SIMICI e MARCU.. — *Arch. des maladies du cœur*, n.º 10-1926.

Depois de Macht ter verificado que a acção paralizante da papaverina era devida ao radical benzílico, que entra na sua composição química, o benzoato de benzilo foi introduzido na terapêutica, como substância de acção anti-espasmódica enérgica, num grande número de síndromas, nos quais existe uma contracção espástica da musculatura lisa. Foi, assim, empregado como hipotensor no tratamento da hipertensão arterial transitória (hipertonia), e mesmo na permanente, na *angor pectoris*, e na claudicação intermitente. Têm dado também bons resultados no tratamento da enterocolite muco membranosa, na obstipação espástica e na dismenorria.

Os A. — propuseram-se a empreender uma série de investigações pletismográficas para colherem dados objectivos da acção farmacodinâmica do benzoato e do acetato de benzilo sobre as fibras lisas das artérias.

Concluem do conjunto das suas investigações que :

1.º — O benzoato de benzilo ingerido na dose de 30 a 120 gotas numa solução alcoólica a 25 % produz, durante uma hora, uma modificação insignificante dos pletismogramas. Êste medicamento possui, por esta via de administração, uma acção muito fraca sobre a motricidade das artérias periféricas ;

2.º — Quando o benzoato de benzilo é injectado por via intra-muscular, na dose de 0,20, 0,40, 1,65 e 2 gramas, produz modificações vasodilatadoras acentuadas dos traçados pletismográficos ;

3.º—O acetato de benzilo possui uma acção farmacodinâmica semelhante à do benzoato de benzilo;

4.º—A vasodilatação dos vasos e a baixa de tensão arterial observa-se em indivíduos normais e nos doentes que sofrem de hipertensão arterial sem arteriosclerose.

E. COELHO.

---

Um estudo clinico e patológico da colecistite e da colelitiase. (*A clinical and pathologic study of cholecystitis and cholelithiasis*), por S. H. MENTZER — *Surg. Gyn. and Obst.*, Junho de 1926.

Em 612 necrópsias consecutivas da clínica de Mayo, constataram-se lesões macroscópicas da vesícula em 66 % dos casos e lesões microscópicas em 75 %.

Encontraram-se cálculos em 22 % dos adultos, 17 % homens e 28 % mulheres.

Hidropisia da vesícula apareceu em 7 % das autópsias.

As alterações inflamatórias da parede da vesícula e dos órgãos próximos eram mais vulgares nos casos de cálculos de pigmentos do que nos de colessterina.

O carcinoma primitivo das vias biliares apareceu em 1,63 % da totalidade dos casos

Em 68 % das autópsias com lesões vesiculares apresentavam-se também lesões do apêndice.

As alterações pancreáticas eram relativamente raras.

MORAIS DAVID.

---

O uso do soro de convalescentes na profilaxia das epidemias escolares de sarampo. (*Measles prophylaxis use of blood of convalescents in school epidemic*), por J. H. TOWNSEND — *Bost. Med. Surg. Jour.*, 13 de Maio de 1926.

Para êste estudo serviram 63 casos de sarampo, de uma epidemia escolar.

O sangue de um indivíduo que tinha contraído o sarampo 20 anos atrás, não revelou a mais pequena actividade profiláctica ou qualquer acção na evolução clínica dos casos em que foi usado.

O soro de convalescentes na dose de 9 cc. mostrou-se pouco ou nada activo como medida profiláctica, se bem que modificasse sensivelmente o decurso da doença quando a injecção se fêz antes da 1.ª semana do período de incubação. Em 32 doentes em que se empregou o soro de convalescentes

até 8 dias antes da eclosão do *rash* confirmou-se a actividade do sôro pelo encurtamento do período febril, que foi aproximadamente metade do de 21 casos em que, como contra-prova, se não fêz a injeção do sôro. Alem da redução da quadra febril, houve também um abaixamento importante da temperatura.

MORAIS DAVID.

---

## Biblioteca da "Lisboa Médica,"

### *Obras recebidas:*

- O momento cirúrgico e o ensino lisbonense** por SABINO COELHO. Lisboa, Tip. da Empresa Diário de Notícias, 1926.
- A Patologia e a Terapêutica Cirúrgicas** (1.<sup>a</sup> clínica cirúrgica), por FRANCISCO GENTIL. Lisboa, Tip. da Empresa Diário de Notícias, 1926.
- As modernas ideas na patologia da tuberculose pulmonar**, por PULIDO VALENTE. Lisboa, Oficinas Gráficas da Biblioteca Nacional, 1926.
- As bases fisiológicas da electrocardiografia e o seu valor clínico**, por EDUARDO COELHO. Lisboa, Oficinas Gráficas da Biblioteca Nacional, 1926.
- A Aquilla Gástrica**, por J. H. CASCÃO DE ANCIÃES. Lisboa, Oficinas Gráficas da Biblioteca Nacional, 1926.
- Estudo funcional do rim**, por FERNANDO FONSECA. Lisboa, Oficinas Gráficas da Biblioteca Nacional, 1926.
- Sobre o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis**, por MORAIS CARDOZO. Lisboa, Oficinas Gráficas da Biblioteca Nacional, 1926.
- Esboço do Estado actual dos nossos conhecimentos sobre a acondroplasia**, por A. DE BRITO FONTES. Lisboa, Tipografia da Livraria Ferin, 1926.
- Manuel Bento de Sousa** por LUIZ GUERREIRO. Lisboa, Tipografia da Livraria Ferin, 1926.
- Manuel Constâncio, a sua vida e a sua obra**, por M. B. BARBOSA SUEIRO. Lisboa, Tipografia da Livraria Ferin, 1926.

**O início da Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos os Santos**, por SEBASTIÃO COSTA SANTOS. Lisboa, Tipografia da Empresa Diário de Notícias, 1926.

**O tratamento do Coma Diabético** por ERNESTO ROMA. Lisboa, Oficinas Gráficas da Biblioteca Nacional, 1926.

(Publicações comemorativas do 1.º Centenário da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa).

---

**Le traitement du Diabète** por MARCEL LABBÉ, 2.ª Edição, 158 pag. (Masson et C.<sup>ie</sup>, Ed.) Paris, 1926. Preço 1 sh. 4 pen.

Pequena brochura útil, não só ao prático, como aos próprios doentes. Contém muitas indicações sobre terapêutica médica e regimen para os diabéticos. Regras para a observação metódica dos doentes. Noções de patologia alimentar. Uteis indicações de culinária.

Um capítulo é especialmente consagrado à *Insulina*.

A 1.ª edição deste livro esgotou-se rapidamente.

**Traitement des Maladiés Mentales par les Chocs** por C. PASCAL e JEAN DAVESNE. 184 pag. (Masson et C.<sup>ie</sup>, Ed.) Paris, 1926. Preço 2 sh. 6 pence.

Os AA. estudam as reacções do psiquismo mórbido às pirexias provocadas pela aplicação de albuminas heterogêneas e de cristalóides.

Consideram o choque um processo terapêutico de largo futuro em patologia mental.

Pensam que os síndromas constitucionais, as psicoses afectivas (ciclotimia, psicastemia, demências precoces, epilepsia, etc.) não são doenças, mas sim reacções e conseqüências de choques que traduzem uma aptidão fácil para o desequilíbrio mental e coloidal.

Na parte final do livro descrevem os diversos métodos de tratamento pelo choque.

**Technique des Prélèvements et des Biopsies** dans la pratique clinique por ROBER DUPONT, ROGER LEROUX, JEAN DALSACE. 142 pág. 50 figuras (Masson et C.<sup>ie</sup>, Ed.) Paris 1926. Preço 2 Sh.

Livro para o prático. A sua leitura e a observância das regras que indicam servirão de útil guia sempre que haja que colher um producto, ou parte de tecido para exame laboratorial, evitando erros que com frequência se veem praticar.

A primeira parte trata das colheitas destinadas a pesquisas hematológicas, bacteriológicas e químicas. A segunda parte ocupa-se de biopsias.

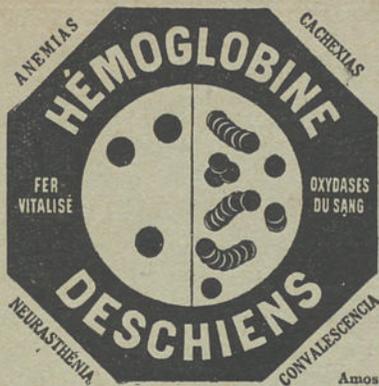


**Précis de Pathologie Médicale** (*Collection de Précis Médicaux*). Tome I: Maladies infectieuses, 1<sup>ère</sup> partie 540 pag., 75 fig. (Masson et C.<sup>ie</sup> Ed.) Paris, 1926. — Tome II: Maladies infectieuses (fin). Intoxications, 646 pag., 91 fig. (Masson et C.<sup>ie</sup> Ed.) Paris, 1926.

**Internationale Radiotherapie.** — O vol. I contém, além de 2.000 apreciações dos trabalhos originais mais importantes de todos os países sobre Röntgen, Curie, Foto e Electroterapia, os seguintes artigos:

A radioterapia na Turquia, desde 1923 a 1926, por CHILAUDITI, Constantinopla. — As teorias da acção dos raios de Röntgen sobre as células e os tecidos, por COHN, Glogau. — Os progressos da radioterapia em França, de 1924 a 1926, por COLIEZ, Paris. — As minas de rádio na Austrália, de 1923 a 1925, por FLECKER, Melbourne. — Os progressos da Curieterapia no Instituto Pasteur de Paris, de 1924 a 1926, por GAA, Mannheim. — A radioterapia nas doenças dos olhos, de 1924 a 1926, por HOFFMANN, Königsberg. — A distribuição da dose de Röntgen no meio exposto às radiações; o desenvolvimento da técnica da roentgenterapia na Alemanha, nos últimos anos; a significação da unidade de dose de Röntgen «R» em terapia, por JAGER, Berlim. — Problema da dosagem na Röntgen e Curieterapia internacional, de 1924 a 1926; radiação e biologia em 1925; aparelhos de raios X dos anos 1923 a 1926, por JONA, Dresden. — A radioterapia ginecológica na Alemanha, de 1924 a 1926, por LAHM, Dresden. — A minha experiência na helioterapia da tuberculose, por ROLLIER, Leysin. — As experiências com betaterapia no Instituto de Rádio de Bruxelas, de 1924 a 1926, por SLUYS, Bruxelas. — Métodos recentes de medida da quantidade e da qualidade dos raios de Röntgen, por SOLOMON, Paris. — A Röntgen e a Curieterapia nas doenças ginecológicas benignas, de 1924 a 1926, por SPINELLI, Nápoles. — O estado actual da Roentgenterapia na América, por SCHMIDT, Denver. — A radioterapia em medicina interna na Alemanha, de 1924 a 1926, por WEISS, Berlim. — Erkner. — O valor do intensímetro Fürstenau; o estado da radioterapia dos tumores malignos; os esforços de País na radioterapia da malária de 1923 a 1925, por WETTERER, Mannheim.





## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>l</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

# ADRENALINA BYLA

SOLUÇÃO A 1/1.000

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

**DOENÇA D'ADDISON — SINCOPEs CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.**

Agentes para Portugal: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

## Tratamento completo das doenças do fígado e dos syndromas derivativos

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia amillar, doenças dos paizes quentes, prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar  
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobrezeza de SOLUÇÃO

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
d'agua fervida  
quente.

Creações: 1/4 dose

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

# PRODUTOS “WANDER”

## **OVOMALTINE**

Super-alimento dos anémicos e dos convalescentes.  
Tratamento das afecções do estômago e dos intestinos.  
Galactogénio.

Alimento dos intelectuais e dos desportistas.

## **MALTOSAN (Sôpa de malte)**

Dispepsias e toxi-infecções das crianças.  
Permite observar um regime de dieta sem consequências debilitantes.

De seguros efeitos nos casos mais rebeldes.

## **NUTROMALT**

Açúcar nutritivo não fermentando no intestino.  
Complemento indispensável ao leite de vaca no aleitamento artificial.

Combate a diarreia infantil e os perigos do desmamar.

## **ALUCOL**

Tratamento dos estados hiperclorídricos.

## **CRISTOLAX**

Laxativo não irritante. Específico da prisão de ventre habitual, das crianças e das pessoas fracas.

## **JEMALT**

Combinação saborosa de extracto de malte seco com óleo de fígado de bacalhau.

*Amostras grátis para os médicos*

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

*Únicos concessionários para Portugal:*

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correeiros, 41, 2.<sup>o</sup> — LISBOA