

Ano V

N.º 12

Dezembro de 1928



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

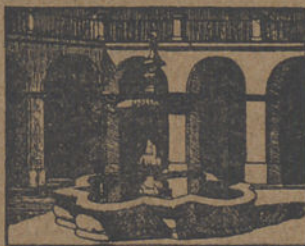
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,  
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, 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**

Leça-se literatura dos agentes para Portugal e Colonias

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

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

## Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CRYST.

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 — PHARMACIES.

# 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, Tuberculoses e convalescenças —

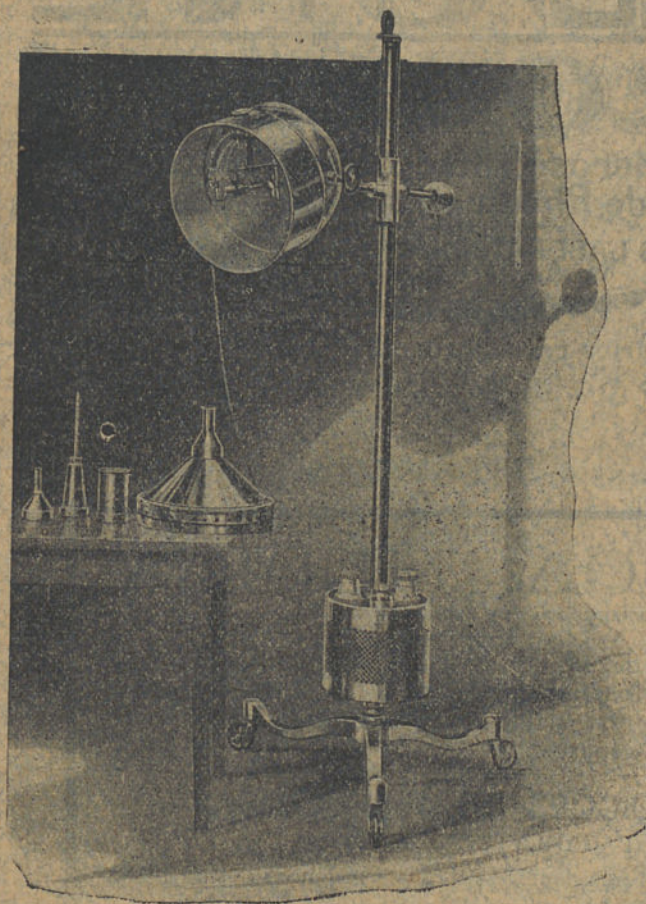
Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

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

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

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

LYON



CONSTRUCTORES  
de:

Aparelhos de

## Raios Ultra Violeta

a vapor de mercúrio  
de «alumage» auto-  
matica, e de arco  
polimetálico.

●  
Aparelhos de

## Raios Infra Vermelhos

●  
ELECTRODOS em  
quartzo para radiações  
ULTRA VIOLETA,  
com correntes de alta  
frequência.

●  
Não deixe hoje mesmo  
de pedir esclarecimentos e a  
indicação dos possuidores de  
aparelhos «GALLOIS»,  
no país, aos

REPRESENTANTES

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

RUA EUGENIO DOS SANTOS, 81  
LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# IODOINE

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Depositários para Portugal e Colónias:

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

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

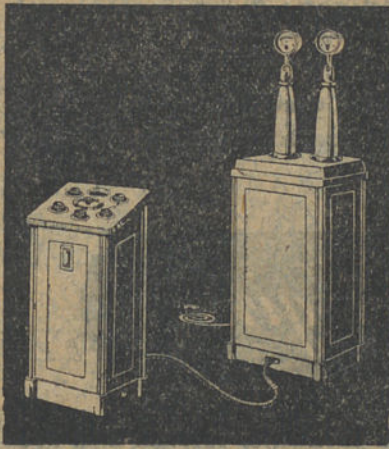
Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



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

Os melhores  
aparelhos de  
**RAIOS X**

E  
**Electromedicina**

são os da

**SIEMENS REINIGER VEIFA**

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

Material para

**Raios ultravioletas**

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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

## Opinião de alguns médicos: N.º 5

O meu doente, um dentista, queimado no rosto numa explosão de um frasco de vulcanização, sofria horrivelmente. Apliquei-lhe imediatamente a



a unica cousa eficaz naquele momento, fazendo uma ligadura provisória até se obter as substancias empregadas em tais casos.

O alívio foi tão grande e instantaneo que preferi deixar ficar tal como estava até à próxima visita.

Nessa ocasião, ao ser removida doze horas depois a ligadura, a pele estava branca e livre de toda a inflamação.

Fez-se outra aplicação durante 24 horas e ao ser retirada não existia vermelhidão, nem signal algum de queimaduras excepto nas palpebras e em volta dos olhos onde a ANTI-PHILOGISTINE não fôra aplicada. Tenho usado este preparado inúmeras vezes em queimaduras de gravidade, obtendo invariavelmente os melhores resultados.

**The Denver Chemical MFG, Co., New-York**

LABORATORIOS :

Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos  
Aires, Sydney, Montreal, Mexico City,  
Florence, Rio de Janeiro.

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.**

**8, Caes de Sodré — LISBOA**

# Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

*Depositários:*

**Henrique Linker, L.da**—LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

## HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

### RICO EM VITAMINAS

simplex e composto com arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

**Resultados excelentes!**

**Sabor agradável**

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

## ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

**92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

**Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

# Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

**cientificamente adaptados a cada idade**

**N.º 1** — lácteo, para recém-nascidos.

**N.º 2** — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

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

**DIET** — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

**BISCOITOS** — para o período 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

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

## Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

**A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ**

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

# INSULINA "A.B."



Brand

## SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR

**ESTA** 1 — Rapidez e exactidão na dose.

**MARCA** 2 — Completa actividade e estabilidade.

**ASSEGURA:** 3 — Ausencia de reacção e dôr na injeção.

20 unidades por c. c. em frasquinhos de:

**EM DUAS** 5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

**FORÇAS:** 25 c. c. = 500 » ( » 50 » )

40 unidades por c. c. em frasquinhos de:

5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA** — **Á VENDA NAS FARMÁCIAS**

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd.—LONDRES

Representante em Portugal:

**COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386**



# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Elect-Hg (mercúrio) - Electrocpról (cobre) - Electrorhodól (rhodio) - Electroselenium (selénio) - Electromartíol (ferro), Arrhenomartíol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothíol (enzofre) Ioglysol (todo-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

Doses : I (0 gr. 05) a X (0 gr. 60)

Crianças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

## NEO-TREPARSEAN

Syphille — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

Empólas de 2 e de 5 c. c. a 0 gr. 03 par c. c.

Injecções intramusculares e intravenozas.

## ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000. Granulos a 1/4 milligr. — Suppositórios a 1/2 milligr. Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzyl-cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thyminteo)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzóico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

## TANACETYL

(Acetylтанin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.

3 vezes por dia.

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 706).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE do AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1651

COMAR & C<sup>ia</sup> — PARIS

# Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## ARHÉOL

C<sup>15</sup> H<sup>26</sup> O

Princípio activo da Essência de Sândalo  
Blenorragia. Cistite. Piéllite. Piélonefrite.  
Catarro vesical

## KOLA ASTIER

GRANULADA

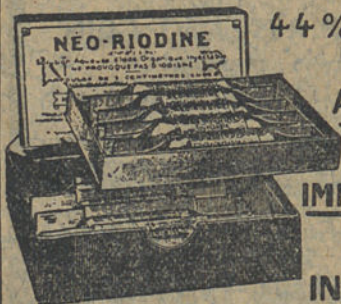


Antineurasténico. Regulador do ccrção  
Gripe. Astenia Surmenage.  
Convalescência das doenças infecciosas

## NÉO-RIODINE

C<sup>3</sup> H<sup>6</sup> O<sup>4</sup> I<sup>5</sup> Na

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃOIMEDIATAINTENSA

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

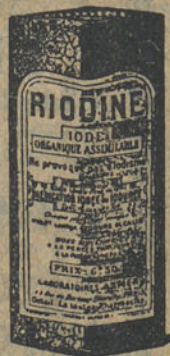
### NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sup>3</sup> (IH)<sup>2</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

Derivado organico iodado  
Ether glycerico  
iodado do acido  
ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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

## SUMÁRIO

### Artigos originaes

|   |          |
|---|----------|
| <i>Contribuição para o estudo da acção da Ergotamina sobre o sistema nervoso vegetativo</i> , por Eduardo Coelho..... | pág. 823 |
| <i>Um caso de elefantíase congénita numa criança de 4 anos</i> , por Sara Benoliel.....                               | » 836    |
| <i>Fractura da falangeta por arrancamento do tendão do extensor na sua inserção</i> , por António de Menezes.....     | » 843    |
| Notas clínicas  |          |
| <i>A acetilcolina no síndrome de Raynaud</i> , por J. de Almeida Braga...   | » 848    |
| Bibliografia  |          |
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....  | » 851    |
| <i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....  | » 870    |
| <i>Notícias &amp; Informações</i> .....   | » XCVII  |

## ERRATAS DESTE NÚMERO:

- Pág. 824, linha 17, onde está adrenalina, leia-se ergotamina.
- » 829-833, nas legendas das figs., onde está T  $\frac{1}{50}$ <sup>I</sup>, leia-se T  $\frac{1}{50}$ <sup>II</sup>.
- » 833, linha 39, onde está — possui, também das fibras, leia-se — possui também fibras.

POR

EDUARDO COELHO

Em 1918, Stoll (1), extraiu da cravagem do centeio um novo alcalóide cristalizado, ao qual deu o nome de ergotamina, cuja fórmula é C<sub>33</sub> H<sub>35</sub> N<sub>5</sub> O<sub>5</sub>, e que devemos chamar, segundo outros autores (2), tiramina (paraoxilfeniletilamina). O emprêgo dêste produto ficou limitado durante alguns anos a trabalhos de laboratório, tendo sido há pouco tempo introduzido no comércio, sob o nome de *Ginergen*, um fármaco, cujo princípio activo é representado pelo tartarato de ergotamina.

A eficácia terapêutica dêste medicamento foi últimamente demonstrada em muitas doenças, nas quais parecia existir uma hipertonia do simpático. Desta arte foi empregada por Porges e Adlersberg (3), Stähelin (4), Hotz (5), Merke (6), Rütz (7), Bouckaert (8), e Halder (9), no tratamento da doença de Basedow;



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

# Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## ARHÉOL

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


## KOLA ASTIER

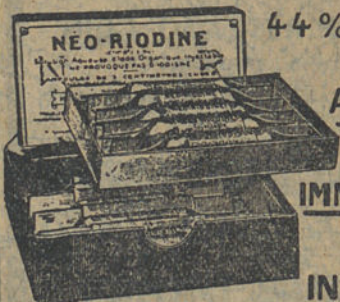
GRANULADA



## NEO-RIODINE

 $C^3 H^6 O^4 I S Na$ 

Solução Aquosa de Iodo  
Orgânico Injectável



44 % de Iodo

ACÇÃO
IMEDIATA
INTENSA

Em injeções intramusculares e intravenosas.

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

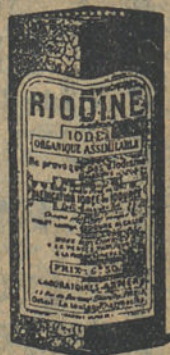
### NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Afecções 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 glicericico  
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.ª — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA**

## SUMÁRIO

### Artigos originaes

|   |          |
|---|----------|
| <i>Contribuição para o estudo da acção da Ergotamina sobre o sistema nervoso vegetativo</i> , por Eduardo Coelho..... | pág. 823 |
| <i>Um caso de elefantíase congénita numa criança de 4 anos</i> , por Sara Benoiel.....                                | » 836    |
| <i>Fractura da falangeta por arrancamento do tendão do extensor na sua inserção</i> , por António de Meneses.....     | » 843    |

### Notas clínicas

|  |       |
|--|-------|
| <i>A acetilcolina no síndrome de Raynaud</i> , por J. de Almeida Braga ... | » 848 |
|--|-------|

### Bibliografia

|  |         |
|--|---------|
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> ..... | » 851   |
| <i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....   | » 870   |
| <i>Notícias &amp; Informações</i> .....      | » XCVII |

*Serviço de Patologia Médica*

(Prof. A. Padesca)

e

*Laboratório de Fisiologia Patológica da Cadeira de Propedêutica Médica*

(Prof. Lopo de Carvalho)

## CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ACÇÃO DA ERGOTAMINA SOBRE O SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO

POR

EDUARDO COELHO

Em 1918, Stoll (1), extraiu da cravagem do centeio um novo alcalóide cristalizado, ao qual deu o nome de ergotamina, cuja fórmula é  $C_{33} H_{35} N_5 O_5$ , e que devemos chamar, segundo outros autores (2), tiramina (paraoxilfeniletilamina). O emprego deste produto ficou limitado durante alguns anos a trabalhos de laboratório, tendo sido há pouco tempo introduzido no comércio, sob o nome de *Ginergen*, um fármaco, cujo princípio activo é representado pelo tartarato de ergotamina.

A eficácia terapêutica deste medicamento foi ultimamente demonstrada em muitas doenças, nas quais parecia existir uma hipertonia do simpático. Desta arte foi empregada por Porges e Adlersberg (3), Stähelin (4), Hotz (5), Merke (6), Rütz (7), Bouckaert (8), e Halder (9), no tratamento da doença de Basedow;



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

por Maier (10), e Tzanck (11), na enxaqueca oftálmica e na urticária; por Brack (12), no prurido, e por outros autores no glaucoma (13), e em alguns casos de diabetes (14, 15, 16).

Os bons efeitos da ergotamina foram verificados por nós em dois casos de taquicárdia paroxística que resistiram a quinidina, e num caso de enxaqueca oftálmica rebelde a todos os tratamentos ensaiados (carbonato de cálcio intravenoso, injeccção de peptonas antes das refeições, autohemoterápia, choque peptónico, etc.).

A prova farmacológica demonstrativa de que a ergotamina possui a propriedade específica de paralisante do simpático, encontrou um certo apoio nesses dados terapêuticos.

O estudo farmacodinâmico deste medicamento foi feito principalmente por Rothlin (17), o qual observou os fenómenos seguintes: a acção vaso-constritora obtida pela excitação do simpático (cervical ou esplâncnico), ou pela adrenalina é paralisada e até invertida quando se administra previamente adrenalina; a acção aceleradora da adrenalina sobre o coração é inibida pela ergotamina, que no animal normal provoca uma diminuição do número de pulsações; a hiperglicémia adrenalínica pode ser inibida pela ergotamina.

No presente estudo, que resume alguns dos nossos trabalhos apresentados à *Société de Biologie (a)*, relatamos o resultado das nossas investigações relativas à acção da ergotamina sobre a glicémia, o aparelho cárdio-vascular e ainda sobre a secreccção gástrica. No comportamento duma função dominada essencialmente pelo vago — como o demonstram as provas farmacológicas e a experimentação fisiológica — pareceu-nos interessante observar também como actua a ergotamina.

### I - *Influência da ergotamina sobre a glicémia.*

Burn (18), Magent e Biasotti (19), observaram que a acção do extrato de hipófise sobre a hipoglicémia insulínica, no coelho, é anulada pela ergotamina. Rothlin estudou a acção da ergota-

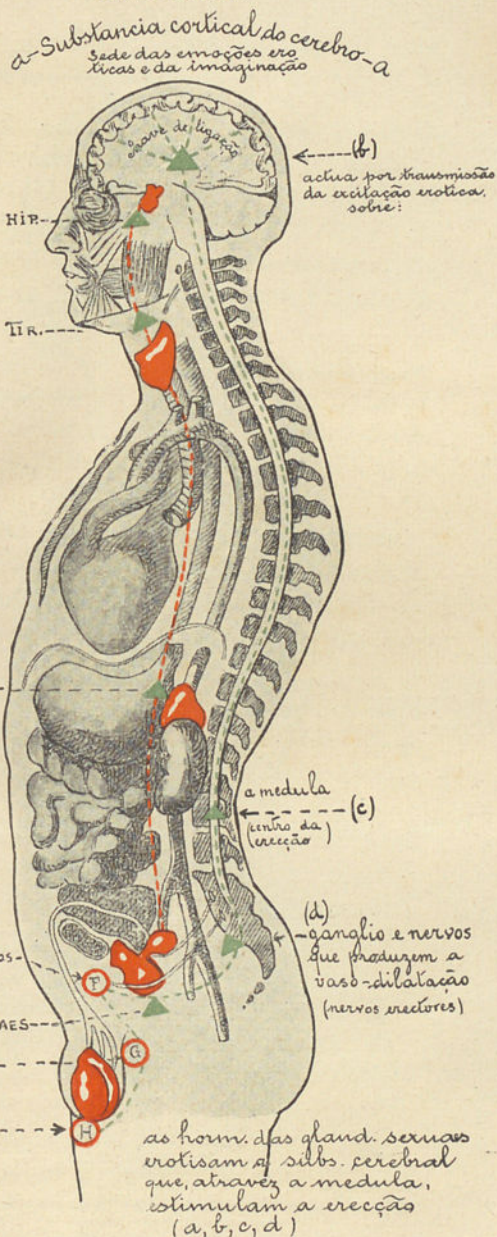
---

(a) Algumas destas investigações foram feitas em colaboração com J. Cândido de Oliveira.

# VÍRILINA

HORMONAS COMPL.

HORM. SEXUAES MASC.



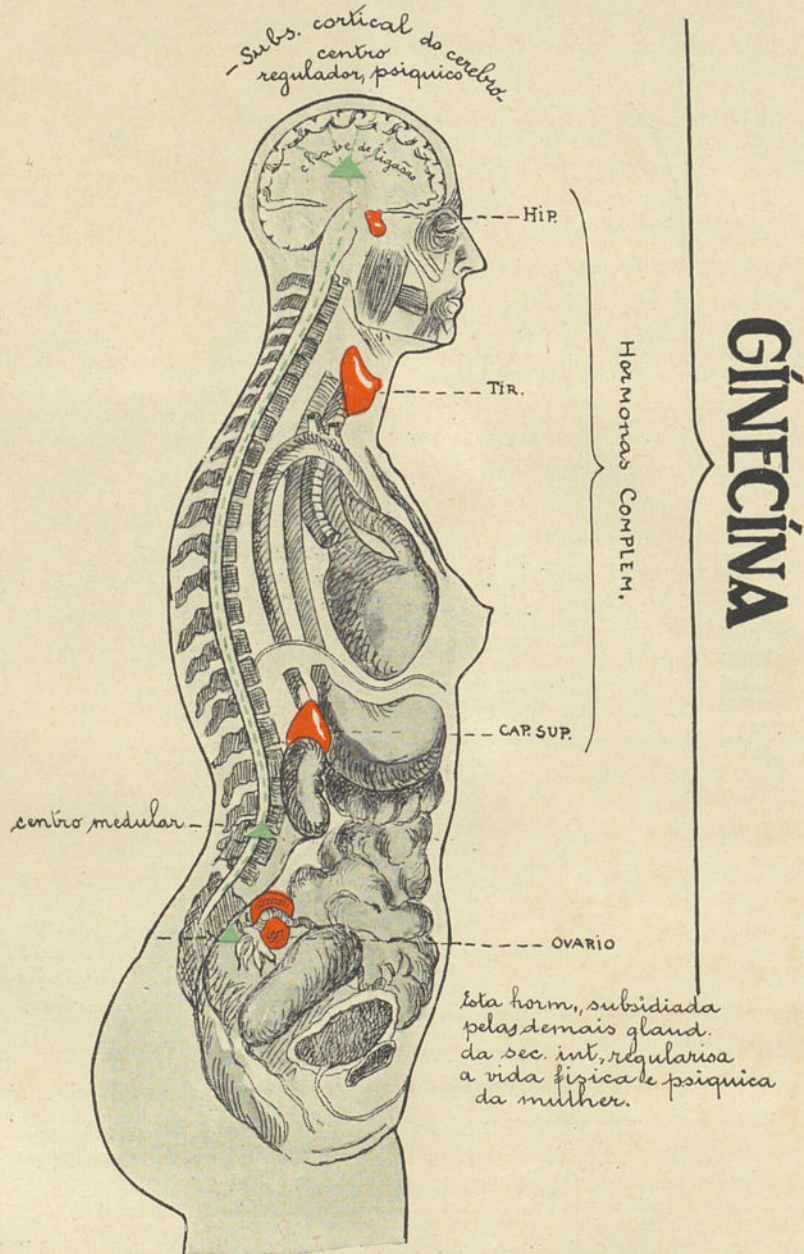
**VÍRILINA**, TONICO NATURAL, contendo a seiva das glandulas masculinas. A sua acção opera-se por influencia directa na nutrição por meio das seivas vitais dos animais e não por excitação medular ou espinhal do organismo, como fazem os afrodisiacos, os preparados farmacologicos e as preparações secretas.

O QUE A **VÍRILINA** CURA

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

Todos os clinicos podem requisitar amostras aos nossos depositarios

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



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

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

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos:

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antiamenorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

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



mina sobre a glicémia do mesmo animal e concluiu que esta substância não exerce influência sobre a glicémia em jejum nem sobre a glicémia alimentar, anulando, entretanto, a hiperglicémia adrenalínica. Lesser e Ziff (20), observaram, pelo contrário, um abaixamento da glicémia. Esta mesma acção paralisante da ergotamina, no animal e no homem, foi observada por Hetenyi e Pogány (21).

Os autores italianos recomendam a ergotaminoterápia na diabetes; todavia, reconhecem alguns (Moretti, etc.), que a droga aumenta a tolerância para os hidratos de carbónio desses doentes mas não exerce qualquer influência sobre a glicémia dos indivíduos normais (22).

As nossas experiências visaram a mostrar como se comporta a hiperglicémia alimentar nos indivíduos normais e nos diabéticos submetidos à acção da ergotamina. As modificações da tolerância para os hidratos de carbónio foram estudadas em três indivíduos normais e em dois diabéticos (23).

Durante os dois dias que precediam as experiências, os indivíduos tinham um regime alimentar fixo, ficando em jejum (14 horas), no dia da experiência. A refeição de prova era composta de 50 gr. de glucose.

Determinámos primeiramente a curva da glicémia alimentar, e, nos dias seguintes, esta mesma curva depois de submetidos os indivíduos em experiência a acção da droga, dando simultaneamente com a refeição 1 c. c. de ergotamina (1 c. c. = 0,0005 gr. Ginerger «Sandoz»), em injeção sub-cutânea. As dosagens da glicémia foram realizadas pelo método de Follin e Wu.

Obtivemos os seguintes resultados:

I (indivíduo normal)

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose . . . . .                | 1,01  | 1,68   | 1,70 | 1,64     | 1,60 |
| 50 grs. de glucose + 1 c. c. de ergotamina. | 1,00  | 1,20   | 1,20 | 1,40     | 1,17 |

## II (indivíduo normal)

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose.....                     | 0,96  | 1,41   | 1,60 | 1,68     | 1,45 |
| 50 grs. de glucose + 1 c. c. de ergotamina. | 0,98  | 1,30   | 1,41 | 1,41     | —    |

## III (indivíduo normal)

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose.....                     | 1,00  | 1,37   | 1,52 | 1,11     | 1,11 |
| 50 grs. de glucose + 1 c. c. de ergotamina. | 0,97  | 1,06   | 1,30 | 1,10     | 1,00 |

## IV (diabético)

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose.....                     | 2,08  | 2,66   | 3,03 | 3,27     | 3,41 |
| 50 grs. de glucose + 1 c. c. de ergotamina. | 2,07  | 2,81   | 2,60 | 2,40     | 2,40 |

## V (diabético)

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose.....                     | 2,60  | 2,75   | 3,63 | 3,63     | 3,70 |
| 50 grs. de glucose + 1 c. c. de ergotamina. | 2,62  | 2,80   | 3,20 | 2,85     | 2,80 |



# HEXETONA

(Metilisopropilciclohexenon em solução de salicilato de sodio)

## Preparado de cânfora solúvel na agua

Medicamento indispensável como auxiliar  
primordial em tôdas as moléstias infecciosas,  
envenenamentos, accidentes, etc.

### Forma comercial

Ampola *escura* (2,2 c. c.) para injeção intra-muscular.  
Ampola *azul* (1,2 c. c.) para emprêgo endovenoso.  
Pérolas de Hexetona para a administração pela via oral.

*Empacotamento original «Bayer».*



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico 'Bayer-Meister-Lucius' Leverkus n

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradoures, 150, 3.º — LISBOA



Mostram-nos estas experiências que a ergotamina modifica a hiperglicémia alimentar não só nos indivíduos normais como nos diabéticos, tendo a propriedade de elevar a tolerância para os hidratos de carbónio.

A ergotamina actua ainda sôbre a hiperglicémia adrenalínica, como nos mostra a seguinte tabela com os resultados das experiências feitas nos três primeiros indivíduos:

## I

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose + 0,5 c. c. de adrenalina 1 0/00 . . . . .                         | 1,00  | 1,81   | 2,1  | 2,70     | 2,80 |
| 50 grs. de glucose + 0,5 c. c. de adrenalina 1 0/00 + 1 c. c. de ergotamina . . . . . | 0,98  | 1,62   | 1,80 | 1,50     | 1,60 |

## II

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose + 0,5 c. c. de adrenalina 1 0/00 . . . . .                         | 0,98  | 1,60   | 1,83 | 2,05     | 1,72 |
| 50 grs. de glucose + 0,5 c. c. de adrenalina 1 0/00 + 1 c. c. de ergotamina . . . . . | 0,95  | 1,30   | 1,40 | 1,55     | —    |

## III

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose + 0,5 c. c. de adrenalina 1 0/00 . . . . .                         | 1,00  | 1,92   | 3,80 | 2,92     | 1,86 |
| 50 grs. de glucose + 0,5 c. c. de adrenalina 1 0/00 + 1 c. c. de ergotamina . . . . . | 0,90  | 2,01   | 2,00 | 1,33     | 0,90 |

Associámos ainda 10 U. de insulina Lilly a 50 gramas de glucose e injectámos simultâneamente 1 c. c. de ergotamina num diabético e observámos que as curvas da glicémia apresentam uma baixa um pouco mais acentuada do que as que obtemos quando injectámos só a insulina :

|   | Jejum | 1/2 h. | 1 h. | 1 1/2 h. | 2 h. |
|---|-------|--------|------|----------|------|
| 50 grs. de glucose + 10 U. de insulina . . . .                              | 2,66  | 2,76   | 3,33 | 3,68     | 3,84 |
| 50 grs. de glucose + 10 U. de insulina<br>+ 1 c. c. de ergotamina . . . . . | 2,66  | 2,70   | 3,20 | 3,20     | 3,40 |

Num outro diabético, as modificações glicémicas da ergotamina não foram sensíveis. Demais, não é possível estabelecer a equivalência das doses de ergotamina — insulina, porque variam consoante a constituição individual e a gravidade da diabetes.

Devemos acentuar que as acções acessórias da ergotamina sôbre os sistemas digestivo e circulatório (náuseas, vômitos, etc.), bem conhecidas de todos os clínicos que teem empregado a ergotamina, e a habituação dos doentes à droga não permitem o emprêgo durante muito dias dêste fármaco que não metaboliza directamente a glucose, mas que actua — pendemos a crer — consoante o estado de excitabilidade do sistema nervoso simpático.

## II — Acção da ergotamina sobre o aparelho cárdio-vascular.

Os fenómenos relatados por Rothlin sugeriram-nos a idéa de, antes de estudarmos as modificações circulatórias provocadas pela ergotamina no homem, observar as alterações electrocardiográficas produzidas por êste alcalóide no cão, e verificar se a acção da adrenalina sôbre o coração é inibida pela ergotamina (24).

Os cães eram previamente anestesiados com uma injeção intravenosa de cloralose (0,10 grs. de cloralose por quilo de peso, a 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub> em soro fisiológico), e os electrocardiogramas tirados na 2.<sup>a</sup> derivação. A ergotamina foi dada em injeção intravenosa.

As nossas experiências, três das quais estão representadas nos electrocardiogramas que publicamos, permitem-nos as seguintes conclusões: A ergotamina actua sobre o coração como antagonista da adrenalina; provoca bradicardia, aumento de P-R, e pode inverter a onda T. Não inibe a acção da adrenalina sobre o electrocardiograma, mas anula as perturbações de excitabilidade que a adrenalina provoca em grandes doses.

O estudo da acção cárdio-vascular da ergotamina, no homem, incidiu sobre as modificações do pulso e da pressão arterial.

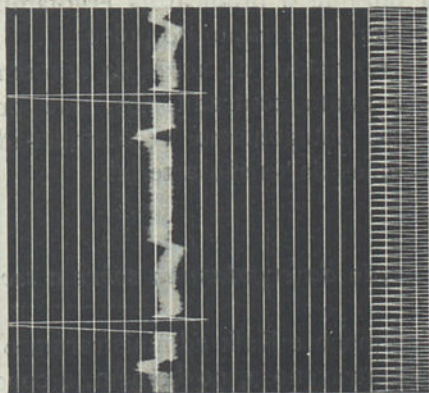
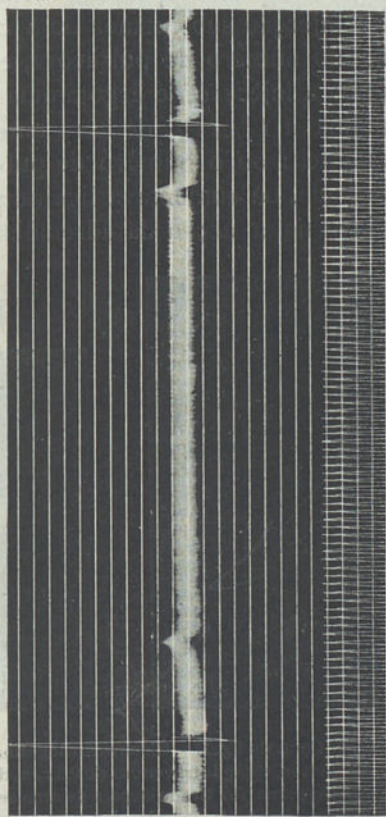


Fig. 1 — Electrocardiograma normal e depois de 1 mgr. de ergotamina por quilo de animal (1.<sup>a</sup> exp.)  
T 1/50

Procedemos a experiências em dez doentes mantidos no leito, no mais completo repouso. Verificámos em todos os doentes, após a injeção sub-cutânea de 1 c. c. de ergotamina, uma diminuição do número de pulsações, em média de 12. Quando precedíamos a injeção de ergotamina de uma injeção de 1 c. c. de adrenalina a 1  $\frac{0}{100}$  ( $\frac{1}{4}$  de hora antes), os resultados eram muito inconstantes: ou o número de pulsações se mantinha invariável, ou diminuía, ou aumentava ligeiramente. A ergotamina não abolia nem invertia a acção da adrenalina. Quando injectavamos adre-

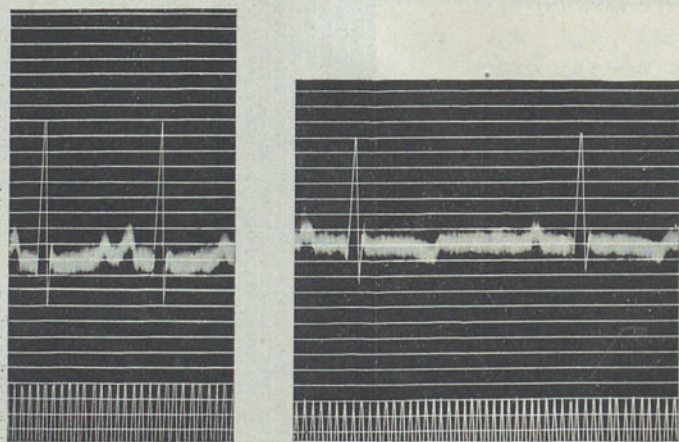


Fig. 2 (Cont. da fig. 1) — Electrocardiograma do cão ergotaminizado e depois de uma injeção intravenosa de 0,5 c. c. de adrenalina a 1  $\frac{0}{100}$ . O 2.º electrocardiograma foi tirado depois de uma segunda injeção de ergotamina — 0,5 mgr. por quilo de animal (1.ª exp.)  
T 1/50'

nalina durante a bradicardia ergotamínica, em 30  $\frac{0}{100}$  dos casos observámos aceleração do pulso.

Os resultados da acção da ergotamina sobre a pressão arterial são muito contraditórios, não podendo nós concluir que existe um antagonismo ergotamina-adrenalina em relação às modificações da tensão arterial.

### III — Acção da ergotamina sobre a secreção gástrica.

Kaufmann e Kalk administraram 0,5 c. c. de ergotamina em injeção intravenosa, no homem, e concluíram que a droga actua



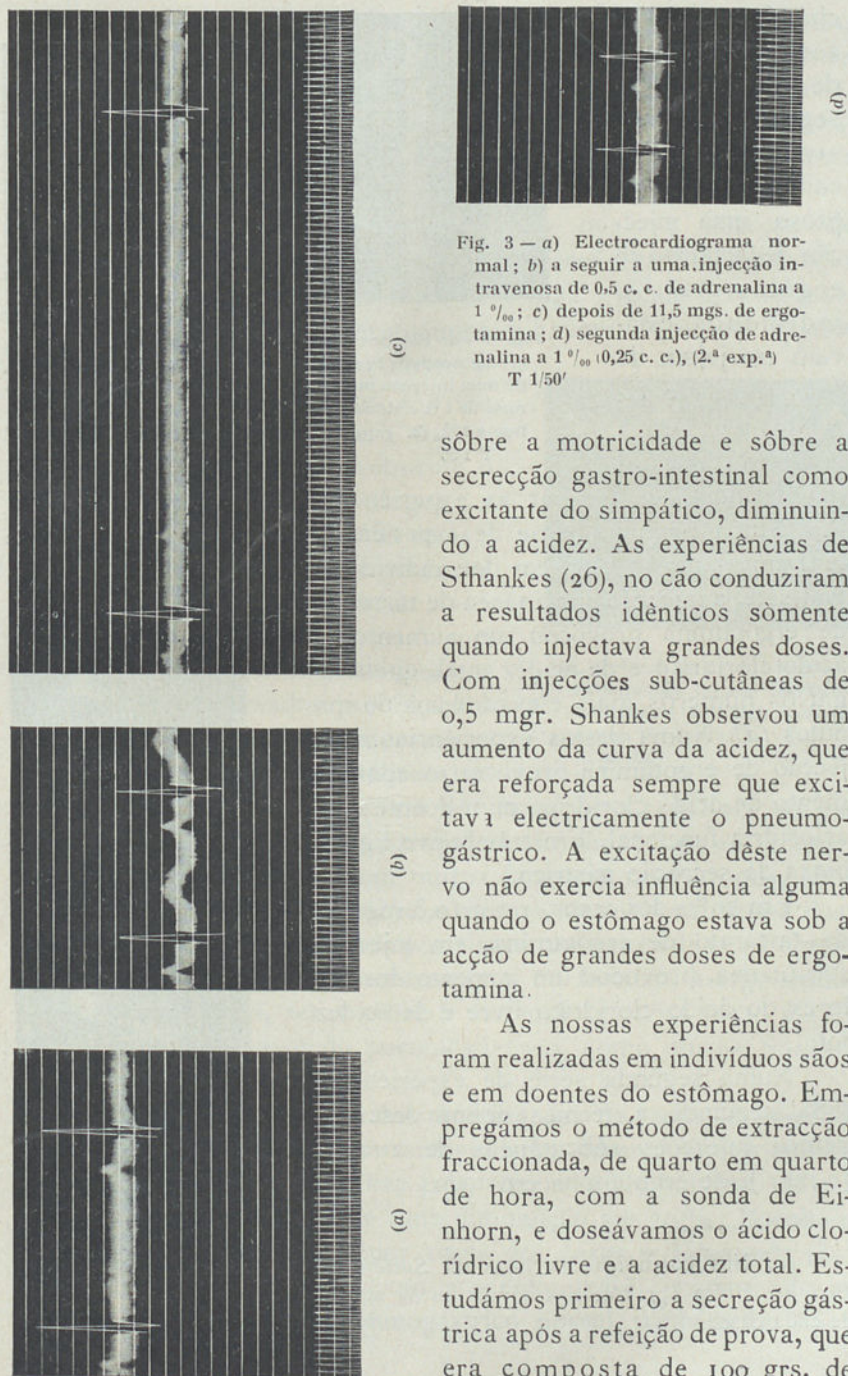


Fig. 3 — a) Electrocardiograma normal; b) a seguir a uma injeção intravenosa de 0,5 c. c. de adrenalina a 1 ‰; c) depois de 11,5 mgs. de ergotamina; d) segunda injeção de adrenalina a 1 ‰ (0,25 c. c.), (2.<sup>a</sup> exp.<sup>a</sup>)

T 1/50'

sobre a motricidade e sobre a secreção gastro-intestinal como excitante do simpático, diminuindo a acidez. As experiências de Sthankes (26), no cão conduziram a resultados idênticos somente quando injectava grandes doses. Com injeções sub-cutâneas de 0,5 mgr. Shankes observou um aumento da curva da acidez, que era reforçada sempre que excitava electricamente o pneumogástrico. A excitação deste nervo não exercia influência alguma quando o estômago estava sob a acção de grandes doses de ergotamina.

As nossas experiências foram realizadas em indivíduos sãos e em doentes do estômago. Empregámos o método de extracção fraccionada, de quarto em quarto de hora, com a sonda de Eihorn, e doseávamos o ácido clorídrico livre e a acidez total. Estudámos primeiro a secreção gástrica após a refeição de prova, que era composta de 100 grs. de

chá, 3 c. c. de álcool a 90° e 10 grs. de açúcar; no dia seguinte, dávamos simultâneamente com a refeição de prova uma injeção de tartarato de ergotamina. Os indivíduos estavam em jejum de 12-14 horas e faziamos-lhes uma lavagem do estômago antes de começar as experiências.

Numa primeira série de experiências (27), injectámos 1 c. c. em dez indivíduos. Em sete, a injeção subcutânea de tartarato de ergotamina provocou um aumento de ácido clorídrico e de acidez total, que atingiu os números mais elevados aos 60 minutos (a). Numa destas experiências a injeção de ergotamina provocou o aparecimento de ácido clorídrico num doente com acloridria funcional. Em três houve ligeira baixa da secreção gástrica.

Em 70% dos casos, 1 c. c. (0,5 mgrs.), de tartarato de ergotamina, em injeção subcutânea, provocou um aumento dos valores do ácido clorídrico livre e da acidez total.

Numa segunda série de experiências (28), seguindo a técnica acima descrita, demos injeções subcutâneas de 2 c. c. (1 mgr.), de ergotamina em todos os indi-

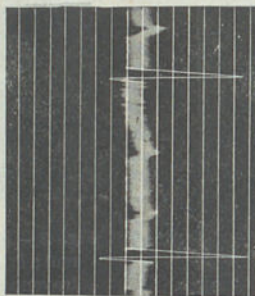


Fig. 4 — a. Electrocardiograma normal; b) depois de uma injeção intravenosa de 1 c. c. de adrenalina a 1<sup>o</sup>/100 (3.<sup>a</sup> exp.<sup>a</sup>)  
T 1/50'



(a) Nas comunicações lidas na *Société de Biologie* foram apresentadas as curvas da acidez de cada caso.

vídus cuja acidez aumentava com 1 c. c.; nos dias seguintes, êstes mesmos indivíduos foram submetidos à acção simultânea de 0,5 mgrs. de ergotamina e de 1 mgr. de sulfato de atropina, em soluto recentemente preparado, com o fim de frenar o pneumogástrico. As experiências foram executadas em oito doentes que não apresentavam desequilíbrio neurovegetativo.

Observámos em seis doentes, nos quais a injeccção de 0,5 mgrs. provocou um aumento dos valores da acidez, que êstes valores baixavam com a injeccção de 1 mgr. e ainda quando associávamos a 0,5 mgrs. de ergotamina, 0,5 mgrs. de sulfato de atropina. Em dois casos não observámos modificações sensíveis. Por outro lado, observámos que a ergotamina não modifica sensivelmente o equilíbrio ácido base do sangue; a reserva alcalina determinada antes e depois da injeccção de ergotamina apresenta diferenças mínimas.

Os resultados das nossas experiências no homem são idênticos aos fenómenos observados por Shankes no cão. Supomos que o mecanismo provável da ergotamina sôbre a secreção gástrica, na mor parte dos casos, é o seguinte: em pequenas doses actua como paralisante do simpático; em grandes doses como excitante. Com outros fármacos neurotropos, idêntica diferença de acção sôbre o mesmo nervo, consoante a dose empregada, foi já observada por alguns autores (Athias e Fontes).

E' muito difficil demonstrar que, no homem, a ergotamina, em grandes doses, actua sôbre a secreção gástrica como paralisante do simpático e do pneumogástrico, como afirma Shankes para o cão.

Sob o ponto de vista das modificações da secreção gástrica, não podemos falar de um antagonismo adrenalina-ergotamina. Com a adrenalina, Bodylkes (29), observou um aumento da acidez em 80% dos casos e uma diminuição em 20%; Boenheim (30), uma diminuição na mor parte dos casos e Hernando (31), encontrou, pelo centrário, um aumento quási constante da secreção. Sabe-se que o pneumogástrico possui, também das fibras

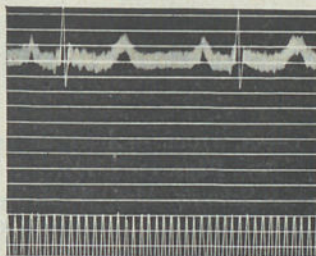


Fig. 5 (Cont. da fig. 4) — Electrocardiograma do cão adrenalizado depois de 7 mgr. de ergotamina (3.ª exp.ª)  
T 1/50'

moderadoras da secreção gástrica (Ushakow), e que o simpático possui igualmente fibras secretoras (Volborth e Kudryawyzew). Demais, o mecanismo íntimo da acção dos nervos secretores é ainda desconhecido.

Parece-nos, entretanto, que êste alcalóide actua diferentemente sôbre o sistema nervoso vegetativo, variando a sua acção com a dose empregada e com o estado neurotónico dos indivíduos em experiência.

O emprêgo, de cada vez maior, da ergotamina na clínica justifica e exige o estudo do mecanismo da sua acção nos diferentes sistemas orgânicos.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — A. STOLL. — *Actes de la Soc. Helvétique des Sciences Naturelles*. 1920. Págs. 129 e 235.
- *Schweiz. Med. Woch.* 1921. N.º 23.
- 2 — J. J. BOUCKAERT e EDW. CZARNECKI. — *Journal de Phys. et de Path. Gen.* N.º 4. 1927.
- 3 — PORGES e ADLERSBERG. — *Wiener Kl. Woch.* N.º 13. 1924. N.º 41. 1924.
- PORGES. — *Med. Klin.* N.º 6. 1927.
- 4 — STHÄLIN. — *Schw. Med. Woch.* N.º 16. 1925.
- 5 — HOTZ. — *Deut. Med. Woch.* N.º 15. 1926.
- 6 — MERKE. — *Schw. Med. Woch.* N.º 22. 1925. N.º 35. 1927.
- 7 — RÜTZ. — *Med. Klin.* N.º 19. 1926.
- 8 — BOUCKAERT. — *Revue Med. de Louvain*. N.º 12. 1926.
- *Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 95. 1133. 1926.
- 9 — HALDER. — *Schw. Med. Woch.* N.º 18. 1927.
- 10 — MAIER. — *Der Kokainismus*. Leipzig. 1926.
- 11 — TZANCK. — *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp.* N.º 22. 1928.
- 12 — BRACK. — *Schw. Med. Woch.* N.º 48. 1925.
- *Ztschr. f. d. ges. exp. Med.* H. 3-4. 1926.
- 13 — THIEL. — *Klin. Woch.* N.º 20. 1926.
- 14 — LESSER e ZIPF. — *Bioch. Ztschr.* 140. N.º 4-6.
- 15 — MORETTI. — *La Riforma Medica*. N.º 41. 1927.
- 16 — BUFANO. — *La Riforma Medica*. N.º 38. 1927.
- 17 — ROTHLIN. — *Arch. int. de Pharmacodynamie et de Therapie*. XXVII. 459-79. 1923.
- 7.º Réunion. de Neurol. Juin. 1926. — *Revue Neurologique*. T. I. Pág. 1108.
- 18 — BURN. — *Journ. Physiol.* LV. 318. 1923.
- 19 — MAGENT e BIASOTTI. — *C. R. Soc. Biol.* 89. 1125. 1923.
- 20 — LESSER e ZIPF. — *Loc. cit.*
- 21 — HETNYI e POGANY. — *Klin. Woch.* 404. 1928.

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras  
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO  
— TORINO —



Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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

## IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

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

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

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

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

**VIGANTOL**

**Vitamina-D**

Ergosterina sujeita ás  
radiações ultravioletas,  
muito activa e de dosagem  
exacta, foi lançada no mercado!

*Algumas das principaes  
indicações:*

Rachitismo, osteomalacia, carie dos  
dentes, estados espasmodicos (espasmo-  
philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo  
da lactação,  
nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto  
oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. de Vigantol cada  
uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie  
Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico

"Bayer-Meister-Lucius"

LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.<sup>da</sup>

Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS

DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.

Rua 24 de Julho, 34

LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1 C.

PORTO

- 22 — MORETTI. — *C. R. Soc. Biol.* 97. 320. 1927.
- 23 — EDUARDO GOELHO e J. CANDIDO DE OLIVEIRA. — *C. R. Soc. de Biologie.* 1928.
- 24 — EDUARDO GOELHO. — *C. R. Soc. de Biol.* 1928.
- 25 — KAUFMANN e KALK. — *Zeitschr. f. d. g. exp. Med.* Vol. 36. 1923.
- 26 — STHANKES. — *Experimentelle Untersuchungen zur Frage der neurogenen Entstehung des Ulcus ventriculi.* Berlin, 1924.
- 27 — EDUARDO GOELHO e J. CANDIDO DE OLIVEIRA. — *C. R. Soc. de Biologie.* 1928.
- 28 — EDUARDO GOELHO e J. CANDIDO DE OLIVEIRA. — *C. R. Soc. de Biologie.* 1928.
- 29 — BADYLKES. — *Arch. f. Verd. Krank.* N.ºs 1 e 2. 1927.
- 30 — BOENHEIM. — *Arch. f. Verd. Krank.* N.ºs 3, 4, 5 e 6. 1925.
- 31 — HERNANDO. — *Presse. Med.* N.º 2. 1923.

## UM CASO DE ELEFANTÍASE CONGÊNITA NUMA CRIANÇA DE 4 ANOS

POR

SARA BENOLIEL

Assistente livre do Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

(Director : Prof. Dr. Salazar de Sousa)

Apresentamos o primeiro caso entre nós descrito, de elefantíase congénita ou de falsa hipertrofia, numa criança de quatro anos. A seguir damos a classificação das hipertrofias na infância por A. Stoesser, de Miniapolis, baseada num grande número de casos por elle observados; por nos parecer interessante para o prognóstico e tratamento, a transcrevêmos.

### ANAMNESE

Em 24 de Novembro de 1926 vem à nossa consulta a pequena I. T. de 4 anos, natural de Arganil. Conta-nos a mãe que tem tido há dois dias grande dificuldade em andar, devido a que a côxa e perna esquerda aumentaram consideravelmente de volume, com crises febris que coincidiram com o aumento de tumefacção. Esta crise de há dois dias, impediu-a, pela primeira vez, de andar, inchando por igual todo o membro inferior esquerdo, com excepção do pé, não tendo tido dôres.

Refere ainda, que só quando a pequena tinha um ano, é que notou que tinha a perna esquerda mais volumosa que a direita.

*Antecedentes Pessoais.* — Tem sido sempre saudável.

*Antecedentes Hereditários.* — Nada digno de nota.

*Estado actual.* — Criança bem desenvolvida, bom estado geral; pêso : 19,500 grs.

A côxa e perna esquerda apresentam-se muito mais volumosas do que a direita. Rêde venosa ligeiramente desenvolvida; não há angiomas superficiais, nem lesões cutâneas, nem acentuada hipertrofia ganglionar, nem diferença de temperatura local. A pele é dura e difficilmente pagueável, não forma *godet* à pressão; não há diferença de coloração dos tegumentos em qualquer dos dois membros inferiores. Palpam-se massas duras, tensas, não



reduzíveis no cavo poplíteo e face posterior da côxa, de consistência esponjosa, indolores, confundindo-se com os planos profundos. Anda bem, sem claudicação e sem dôres, não havendo encurtamento do membro inferior.

*Medições :*

|             |   |                           |          |
|-------------|---|---------------------------|----------|
| Diâmetro da | } | côxa esquerda             | 0,30 cm. |
|             |   | » direita                 | 0,29 cm. |
| Diâmetro da | } | barriga da perna esquerda | 0,25 cm. |
|             |   | » » » direita             | 0,21 cm. |

*Análise de urinas.* — Normal.

» » *fezes* — Revelou ascaris lumbricóides e tricocéfalos triquiuros.

*Análise de sangue :*

*Contagem globular :*

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Eritrócitos .....     | 3.860.000 |
| Leucócitos .....      | 10.600    |
| Hemogl. (Sahli) ..... | 88        |

*Formula leucocitária :*

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Basófilos .....      | 1   |
| Eosinófilos .....    | 10  |
| Mielócitos .....     | 0   |
| Metamielócitos ..... | 0   |
| Polinucleares .....  | 32  |
| Linfócitos .....     | 51  |
| Mono .....           | 6   |
|                      | 100 |

*Radiografia.* — Fizemos duas radiografias comparativas dos membros inferiores, que não revelaram qualquer alteração óssea (Benard Guedes). Também tirámos fotografias (vidê figura 1), que mostram a nítida diferença existente entre os dois membros.

Passados dezesseis meses, tornámos a observar a nossa doente. O estado geral é ótimo; está mais gorda e peza 21,500 gr. A sua lesão não progrediu; bem pelo contrário, vai-se compensando e não se repetiram as *poussées* febris. Anda e corre bem, sem o mais pequeno incômodo.

*Medições comparativas :*

|             |   |                           |          |
|-------------|---|---------------------------|----------|
| Diâmetro da | } | côxa esquerda             | 0,36 cm. |
|             |   | » direita                 | 0,35 cm. |
| Diâmetro da | } | barriga da perna esquerda | 0,26 cm. |
|             |   | » » » direita             | 0,24 cm. |

*Reflexos normais.*— Na fotografia n.º 2 tirada dezesseis meses depois da primeira observação, nota-se que a hipertrofia é menos marcada na barriga da perna esquerda aonde há apenas diferença de 2 cm., mantendo-se a diferença de 1 cm. na côxa.

O tratamento seguido foi repouso e aplicações quentes no período das crises.

O desenvolvimento ou engrossamento anormal de uma ou mais extremidades, ou de certas regiões do corpo ou mesmo duma

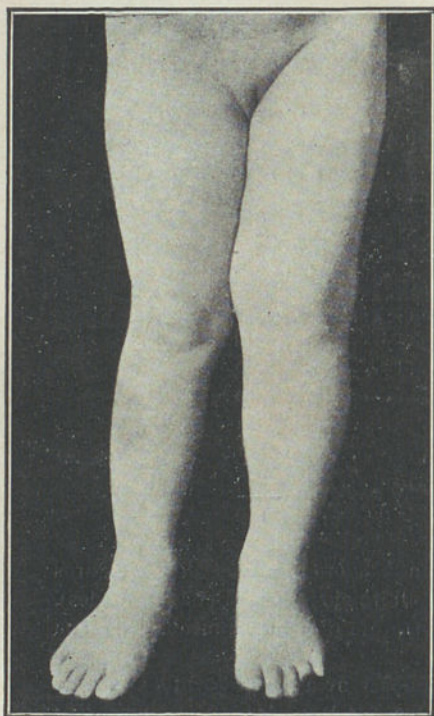


Fig. 1

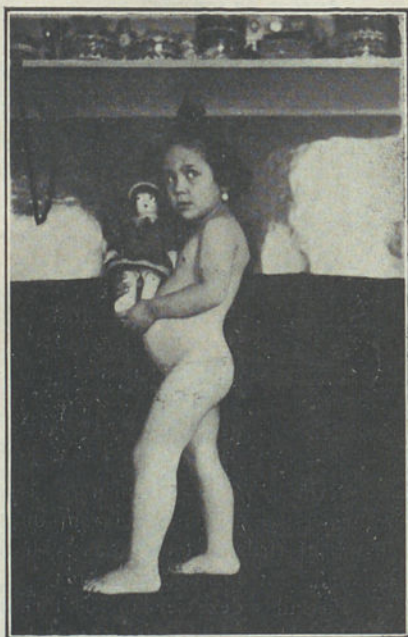


Fig. 2

metade, foi sempre considerado com grande interêsse, sendo muitas vezes difficil determinar-se a causa exacta da hipertrofia, especialmente nos primeiros anos da infância. O mesmo acontece quanto ao prognóstico e ao tratamento.

# BIOPLASTINA SERONO

Lecitina da gema de ovo e luteínas em sôro fisiológico

**NÃO DÁ DÓR NEM REACÇÃO**

Injecções diárias de 1 1/2 cc. a 10 cc. (2 ampolas de 5 cc. de uma só vez)

**RECONSTITUINTE EXCELENTE**



Caixas de 6 ampolas de 5 cc. e de 10 ampolas de 1 1/2 cc.

**NENHUMA INTOLERANCIA**

**EFEITOS MUITO RAPIDOS**

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

**L. LEPORI**

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 - LISBOA

# Productos SERONO (Roma)

do Istituto Nazionale Medico Farmacologico Serono

**Metranodina Serono** — Hidrastis, canadensis, vibornum pronifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

**Ipotenina Serono** — Á base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

**Virosan Serono** — Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina em pilulas para os casos em que não seja possível a aplicação de medicações similares por via hipodermica.

CARDIOLO SERONO — ALUMNOSE SERONO — UROLITINA SERONO

## OPOTERAPICOS SERONO

**Extractos 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 á dose conveniente, diluidos, de preferencia, com sôro fisiologico, para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO (Fracos)

EPATASI SERONO (Fracos)

BILEASI SERONO (Pilulas)

OVARASI SERONO (Fracos e caixas)

ORCHITASI SERONO (Fracos e caixas)

SURRENASI SERONO (Fracos e caixas)

TIROIDASI SERONO (Fracos e caixas)

RENASI SERONO (Fracos e caixas)

IPOFISASI SERONO (Fracos e caixas)

LIENASI SERONO (Fracos e caixas)

MASTASI SERONO (Fracos e caixas)

EUGOZIMASE SERONO — TIPO MASCULINO (1 frasco Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

EUGOZIMASE SERONO — TIPO FEMININO (1 frasco Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

## L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

## CLASSIFICAÇÃO

I — Verdadeira hipertrofia (macrosomiase ou gigantismo).

A. Congénita.

1. Hipertrofia parcial.

a) Hemihipertrofia.

b) Tipo de hipertrofia cruzada.

2. Hemihipertrofia total.

B. Adquirida.

II — Falsa hipertrofia.

A. Congénita.

1. Doença de Milroy (ou edema congénito ou hereditário).

2. Elefantíase.

3. Hemihipertrofia.

B. Adquirida (elefantíase).

Na verdadeira hipertrofia há um exagerado desenvolvimento do tecido conjuntivo e muscular, podendo também o tecido ósseo ser tocado, dando, segundo Von Ritter-Reuss, a forma bem conhecida de macrosomiase, de que há descritos na literatura médica portuguesa dois casos (1). A pele apresenta-se grossa, os vasos aumentados de volume, há pigmentação da pele, nevos e telangiectásias.

A causa da verdadeira hipertrofia não está definitivamente averiguada. Gessell, que conseguiu juntar quarenta casos de hemihipertrofia, dis o seguinte, quanto à sua etiologia: não tem um carácter hereditário e que é devido a uma anomalia morfogenética que data de um estado embrionário. Se, porém, se verifica este estado logo ou pouco depois do nascimento, é considerada congénita. O desenvolvimento anormal pode incidir sobre uma extremidade ou certas regiões do corpo, e, em qualquer dos casos, fica incluído na hipertrofia parcial verdadeira.

Outras vezes a hipertrofia não é unilateral, mas sim cruzada, como por exemplo, quando um braço dum lado e a perna do

---

(1) Prof. Pires de Lima, Pôrto e Dr. L. Castro Freire, Lisboa.

lado oposto estão tocados. Se a hipertrofia apanha metade do corpo, trata-se de hemihipertrofia congénita. A forma de hipertrofia adquirida é menos freqüente do que a congénita.

Na falsa hipertrofia há aumento de volume de um dos membros em que apenas é tocado o tecido conjuntivo, sem que os outros sistemas sejam modificados. Esta compreende vários tipos, entre outros a doença de Milroy ou edema congénito ou hereditário, que em 1892 Milroy descreveu pela primeira vez, apresentando vinte e dois casos observados por êle, em seis gerações de uma família composta por 97 pessoas.

Esta doença tem as seguintes características :

I — A doença é congénita, sendo familiar muitas vezes.

II — O edema não é devido a qualquer causa aparente, nem geral nem local.

III — O edema é limitado a uma ou ambas extremidades inferiores e em geral cresce bastante com o crescimento normal correspondente do corpo, até à puberdade.

IV — O edema é permanente e faz *godet*.

V — O membro hipertrofiado é indolor e não apparecem sintomas constitucionais.

A-pesar-de Milroy attribuir grande importância ao facto de que o edema apparece à nascença, Meige, que em 1898 descreveu oito casos muito semelhantes à doença de Milroy, em quatro gerações, verificou que se desenvolvia mais tarde num período constante após a nascença: a puberdade. Hope e French, que em 1908 descreveram treze casos, em quarenta e duas pessoas, durante cinco gerações, observaram que o edema se desenvolvia após o nascimento, num período variando da infância à puberdade.

Êstes últimos autores descreveram uma reacção constitucional que muitas vezes, periòdicamente, complica êste edema. Aparecem *poussées* febris, vômitos acompanhados de dôres nos membros hipertrofiados; estas crises duram 3 a 4 dias, e durante estas, o edema aumenta. Hamman, Greig e Painter e Bean, também descreveram formas semelhantes à doença de Milroy e, dos casos citados, depreende-se que a doença em questão não apresenta alterações características da pele; esta é dura, tensa,

# ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

LÁMINA XI

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

APARATO GENITAL MASCULINO

**IODARSOLO**

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

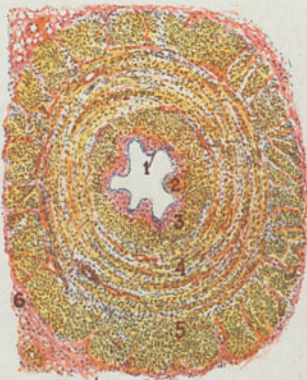


Fig. 1

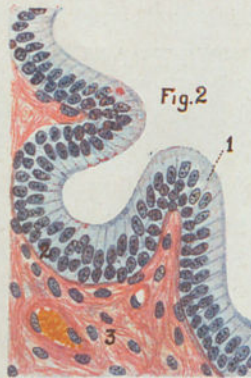


Fig. 2

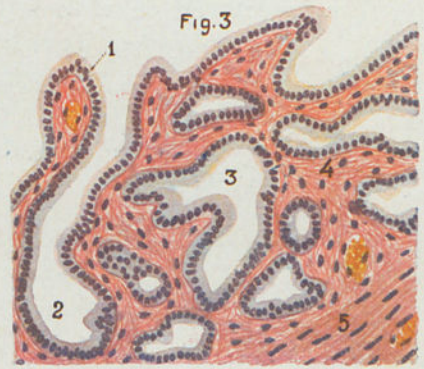


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

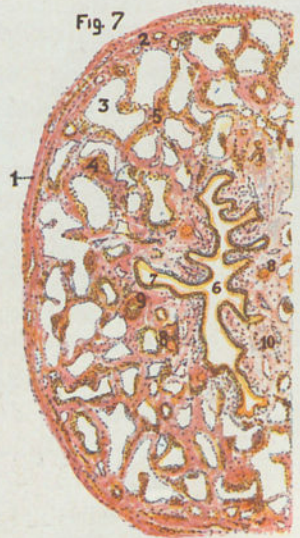


Fig. 7

Fig. 1. — CONDUCTO ESPERMÁTICO O DEFERENTE. Corte de través. Del Río rápido, van Gieson. 1. Epitelio. 2. Propia. 3. Musculatura longitudinal interna. 4. Musculatura circular. 5. Musculatura longitudinal externa. 6. Adventicia.

Fig. 2. — MUCOSA DEL CONDUCTO ESPERMÁTICO. Hematoxilina-eosina. 1. Capa de células prismáticas altas. 2. Capa de células basales. 3. Propia.

Fig. 3. — VESÍCULA SEMINAL. Hematoxilina-eosina. 1. Epitelio prismático desnudo. 2. Fondo de un divertículo. 3. Divertículo cortado de través. 4. Propia. 5. Musculatura.

Fig. 4. — PRÓSTATA. Del Río van Gieson. 1. Infundíbulo glandular terminal, con alveolos. 2. Tubo glandular. 3. Alveolo con una concreción prostática estratificada. 4. Granulaciones argentófilas. 5. Zona de epitelio de dos hileras. 6. Basal. 7. Musculatura lisa en el estroma.

Fig. 5. — CONDUCTO EYACULADOR. Hematoxilina-eosina. 1. Epitelio prismático desnudo. 2. Cripta. 3. Id. de través. 4. Túnica conjuntiva.

Fig. 6. — URETRA MEMBRANOSA. Corte longitudinal. Hematoxilina-eosina. 1. Epitelio prismático de dos hileras. 2. Laguna uretral. 3. Vasos. 4. Propia. 5. Túnica muscular longitudinal, interna. 6. Id. circular, externa.

Fig. 7. — URETRA CAVERNOSA. Del Río van Gieson. 1. Albugínea. 2. Vasos corticales. 3. Espacios cavernosos. 4. En amarillo, musculatura de las paredes de los espacios cavernosos, haciendo relieve en estos. 5. Tabiques conjuntivo-musculares. 6. URETRA. 7. Criptas o lagunas. 8. Glándulas tubulo-alveolares de Littre. 9. Arteria. 10. Propia con un plexo venoso.

O primeiro produto de iodo e arsenio

## IODARSOLO

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA  
ARSENICAL

## LEJOMALTO

Dextrina (70 %), Maltose (30 %), con Amylose inativa

ASSUCAR ALIMENTICIO

Alimentação artificial, mixta - Desmamamento, perturbações gastro-intestinaes do lactante.

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

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente para a Peninsula Iberica: M. VIALE - Provenza, 427 - Barcelona

Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: Sociedade Industrial Farmaceutica  
(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA

AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS



fazendo *godet* quando se deprime com o dedo. A par do edema há certo estado de fibrose do tecido celular sub-cutâneo. Os ossos nunca estão tocados, de sorte que nunca há encurtamento do membro afectado. A etiologia da doença de Milroy é por enquanto desconhecida.

Hope, French e outros, afirmam que o edema é secundário, não devido à mudança na estrutura dos vasos sanguíneos ou nos linfáticos, mas a um defeito na função desses vasos, provavelmente resultado duma função defeituosa nos nervos que a elles se dirigem. Na totalidade pensam estes autores que as crises agudas que complicam este estado, não são devidas à septicémia, mas talvez a perturbações vaso-motoras. Tem bom prognóstico e quanto ao tratamento resume-se em descanso na cama e a aplicações quentes, localmente, para reduzir o edema, na fase aguda.

A elefantíase congénita é uma forma, interessante, de falsa hipertrofia que muitas vezes se torna difícil destrinçar do edema congénito ou hereditário.

Em 1898, Jopson, descreve dois casos em doentes de ano e meio e de quatro anos respectivamente. Havia nêstes um aumento de volume dos dois membros inferiores. O aumento de volume era devido ao espessamento ou à infiltração da pele e do tecido celular sub-cutâneo. Os ossos não estavam tocados. Elterich e Yount, citam dois casos de elefantíase congénita em crianças de sexo feminino, de seis semanas, e num rapaz de seis anos; a autópsia dêstes, revelou extensa fibrosa substituindo o tecido celular sub-cutâneo. Êstes autores atribuem a elefantíase na infância, a uma alteração congénita no sistema linfático e em consequência a designam por «edema linfangiectásico congénito», em vez de elefantíase congénita. O último termo é empregado em certos estados em que há: ou fibrose, ou aumento do tecido celular sub-cutâneo. (corium e tela sub-cutânea), da pele, associada a uma distensão variável dos vasos linfáticos e sanguíneos, observados logo à nascença ou depois, e atribuído a perturbações inflamatórias ou tróficas, provavelmente sofridas no período fetal da vida intra-uterina.

A hemihipertrofia congénita do falso tipo, pode apresentar semelhanças com a doença de Milroy ou edema congénito, e com a elefantíase congénita, quando se localiza num membro inferior revelando êste grande aumento de volume.

Dos oito doentes apresentados por Lenstrup, cinco tinham hemihipertrofia do falso tipo; neste caso havia uma hipertrofia variável do tecido celular sub-cutâneo bem como do tecido muscular não sendo tocados os ossos.

A elefantíase pode ser classificada como uma forma adquirida de falsa hipertrofia. É um estado patológico no qual se dá um espessamento de tôda a pele (epiderme e corium) e do tecido celular sub-cutâneo. Esta alteração é precedida e associada à estase linfática e venosa. Nas formas avançadas a pele é pigmentada e coberta por papilomas e fissuras, enquanto os músculos sofrem a degenerescência gorda.

Há numerosos casos de elefantíase congénita, descritos na literatura médica estrangeira por Miram, Spietschka, Moncôrvo e outros.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — A. V. STOESSER. — The hypertrophies of infancy and childhood. — *Am. J. of Diseases of Child.* May. Vol. 35. Nr. 5. 1928.
- 2 — COMBY. — *Tm.* 5.
- 3 — ELTERICH AND YOUNT. — Congenital elephantiasis. — *Am. J. Dis. Child.* 29:59. Jan. 1925.
- 4 — ESMARCK M. KALENKAMP, U. M. MAINER. — *O. m. W.* 1899. S. 437.
- 5 — FINKELSTEIN. — *Lehrbuch der Saueglings Krankheiten.* S. 782.
- 6 — GESELL. — Hemi-hypertrophy. — *Arch. Neurol. and Psychiat.* 6:400. Oct. 1921.
- 7 — GRUNBAUM. — *Br. J. of Child. Dis.* I. 1904. Nr. 12.
- 8 — JOPSON. — *A. P. Marz.* 1904.
- 9 — LENSTRUP. — Eight cases of hemihypertrophy. — *Acta Paediat.* 6:205. 1926.
- 10 — M. LANCE. — Sur les diverses variétés d'hypertrophie congénitale du membre inférieur. — *Bull. de la Soc. de Méd.* Nr. 89. 1927.
- 11 — MEIGE. — Dystrophie œdemateuse héréditaire. — *Press. Méd.* 102:341. 1898.
- 12 — MILROY. — *N. Y. Méd.* 1892. 56:505. Nov. 5.
- 13 — NONNE. — *V. A.* 1891. 125.
- 14 — NOEGGERATH. — *B. D. W.* 1908. Nr. 27.
- 15 — PAINTER AND BEAN. — Hereditary Edema (Milroy disease). — *Boston.* 184:479. May. 1921.
- 16 — ROLLESTON. — Persistent Hereditary Edema of Lower Limbs. — *Lancet.* 2:805. 1902.
- 17 — SCHWALBE. — *Die Missbildungslehre.* S. 688
- 18 — SPIESCHKA. — *A. D. S.* 1891. Bd. 23.

*Schering***A R C A N O L**

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 ATOPHAN com o antipirético do ácido acetil-salicílico



**SCHERING KAHLBAUM A. G.**  
**BERLIN**

Pedir amostras e literatura ao representante científico:  
*Schering, Limitada* — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

# GENATROPINA

(POLONVSKI & NITZBERG)

NOVO ALCALOIDE SUCCEDANEO DA ATROPINA

Toxicidade Mínima - Tolerancia Maxima

Dispepsia Hiperacida — Úlceras e Espasmos do Píloro — Dores Abdominaes — Cólicas — Enterocolites — Vagotonia

Granulos - Gotas - Empolas

LABORATORIOS AMIDO - 6, RUE DE LA BAIGNERIE - LILLE

AMOSTRAS E LITERATURA: ANTONIO SERRA, LTD.

Campo dos Martires da Patria, 96 - Telef. N. 3200 - LISBOA

## I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

Sucessor: JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRAFICOS  
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-  
LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-So, 24 - LISBOA - Tel. 3110 N.

# - TREPOSAN -

(Succinato de Bismuto em suspensão oleosa)

Espiraiicida não toxico - Não produz reacções locais, estomatites ou albuminuria

SIFILIS: PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

HEREDO SIFILIS

SIFILIS NERVOSA

Caixas de 6 e 12 empolas, com agulha

Caixas de 50 empolas, para uso de Clinica e Hospitais

AMOSTRAS E LITERATURA: ANTONIO SERRA, L<sup>DA</sup>

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96 - TELEF. N. 3200 - LISBOA

## FRACTURA DA FALANGETA POR ARRANCAMENTO DO TENDÃO DO EXTENSOR NA SUA INSERÇÃO

POR

ANTÔNIO DE MENESES

Um dos capítulos da Traumatologia que mais atenção vai ultimamente merecendo, em virtude da abundância extraordinária das lesões do *Sport* (Sportverletzungen), que aparecem nas consultas de cirurgia, é o dos traumatismos da mão.

Muitos dêles, não diagnosticados, são a causa de futuras deformidades. Tudo quanto seja feito para divulgar o seu conhecimento é louvável; por isso vimos apresentar um caso especial duma fractura que, muitas vezes, passa despercebida aos cirurgiões, e que deve ser diagnosticada de princípio para que lhe seja feito o tratamento imediato que evita a deformidade.

Uma das lesões que hoje temos por freqüente, embora em 1908, *Selberg*, a julgasse tão rara que entre o enorme material da policlínica de *Hoffa* apenas tivesse encontrado um caso com radiografia positiva, é o arrancamento sub-cutâneo do tendão do extensor comum dos dedos, que se insere na base da falangeta, e que, segundo *P. Delbet*, se pode dar dos três modos diferentes reproduzidos no esquema da Fig. 1, e que são:

- a) — fractura do bordo da falangeta.
- b) — arrancamento do tendão extensor da sua inserção na falangeta.
- c) — rasgamento do tendão extensor, a distância da sua inserção.

Mais raramente pode dar-se uma fractura transversal da base da falangeta, completa ou incompleta, destacando tôda a superfície articular por um traço de fractura transversal.

Nos tratados modernos de anatomia, em que estão bem estudadas as relações do tendão do músculo extensor no seu ponto de inserção na base da falangeta, podêmos verificar as condições

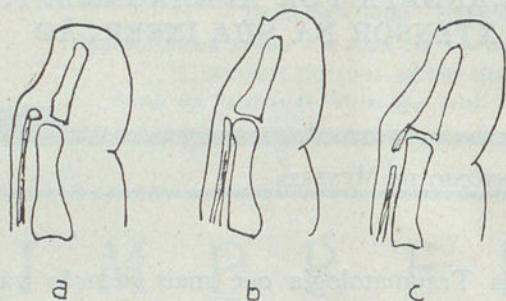


Fig. 1

anatômicas que favorecem, por um lado o arrancamento do tendão, que pode resultar dum esforço mínimo, e por outro, a facilidade da sua reimplantação nos casos recentes, e mesmo nos mais renitentes. Até parece estranho que, dada essa fragi-

lidade anatômica, estas lesões não sejam mais freqüentes.

As condições individuais de estructura e de morfologia óssea, é que devem permittir explicar, porque se produz uma ou outra destas lesões do esquema, cujo diagnóstico, diferencial entre si, só a radiografia ou a intervenção cirúrgica podem esclarecer.

Quási sempre resulta dum esforço brusco, e muitas vezes insignificante, de repelir um objecto qualquer com as extremidades dos dedos alongadas, ou duma queda sôbre as mesmas. Por isso é freqüentíssima em accidentes desportivos, nos guarda-rêdes, nos patinadores, nos cavaleiros, nos jogadores de box, etc.

O caso da nossa consulta particular que nos lembrou a publicação destas notas, refere-se a uma senhora sem qualquer actividade desportiva ou profissional, em relação directa com o traumatismo que, caindo desamparadamente, quis agarrar-se a uma parede, apoiando o corpo, na queda, sôbre uma das mãos com os dedos estendidos, fazendo, como mais tarde se viu, a fractura no dedo mínimo direito do tipo *a*) do nosso esquema.

No momento, os sintomas foram os que estas lesões dão sempre: tumefacção da articulação, dôres e impossibilidade de estender activamente a falangeta, que fica flectida num ângulo de cêrca de  $45^{\circ}$ ., sendo possível, mas muitas vezes dolorosa, a sua extensão passiva. Em face dêste conjunto de sintomas pouco típicos, a lesão é muitas vezes diagnosticada como simples entorse até que o doente, repugnando-lhe a posição do dedo em martelo,

que permanece, vem consultar, às vezes bem tardiamente, o cirurgião especializado ou o ortopedista.

Foi o que sucedeu no nosso caso: esteve perto de quinze dias com a sua «entorse», até que nos consultou por causa da deformidade, único sintoma que pudemos observar além do ponto doloroso característico, imediatamente abaixo da entrelinha articular. Não se recordava a doente de ter visto a equimose sub-ungueal freqüente nesta espécie de fracturas.

Suspeitando a lesão, fizemos radiografar o dedo da doente (Fig. 2), firmando então o diagnóstico.

Vários modos de tratamento tem sido empregados nêstes casos, uns unicamente ortopédicos e conservadores, outros puramente cirúrgicos e intervencionistas. *Zuppinger* e *Cramer* empregaram umas talas especiais, de sua invenção. *Schum*, que observou bastantes casos no hospital da Polícia de Berlim, imaginou uma extensão contínua para os grandes afastamentos. *Schwartz* usou uma extensão continua fixa a um dedal e à raiz do dedo e punho. *Bonneau* é apolo-gista dos aparelhos gessados, immobilizando durante três semanas, apenas o dedo ou dedos onde existe a lesão, e deixando livre a

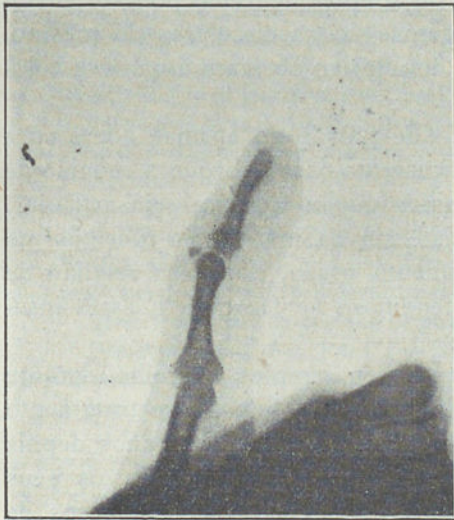


Fig. 2

articulação metacarpo-falângica. *Klapp* e *Manasse* intervêm, extraem o fragmento e suturam ou reínserem o tendão.

Todos êstes processos microcirúrgicos (*Matti*) são, porém, quasi sempre desnecessários nos casos bem tratados desde principio.

O processo de tratamento ortopédico por nós empregado, foi o descrito por *Ziemacki*, baseado na hiper-extensão. Segundo *Bonneau*, a hiper-extensão tem o inconveniente de levar a faceta da falangeta donde se desligou o fragmento, a entrar na entre-

linha articular. Tal não nos sucedeu, e uma radiografia feita à mão da doente, após a aplicação do aparelho de *Ziemacki*, mostrou uma coaptação quasi perfeita.

Essa aparelhagem (Fig. 3), consiste na colocação duma tira de adesivo fixando a falange em hiper-extensão extrema. Esta tira

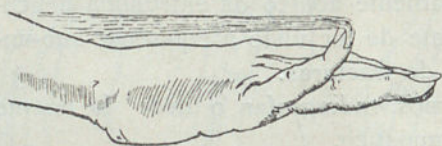


Fig. 3

de adesivo, deve ser fixada, primeiro na face palmar da última falange, passando em seguida para a face dorsal onde também se fixa, seguindo depois, na má-

xima tensão possível, até à base da 1.<sup>a</sup> falange do mesmo dedo.

Para tornar mais sólido este simples aparelho pode-se envolver a tira de adesivo com algumas voltas circulares do mesmo. Toda a diminuição de tensão do adesivo obriga a uma nova colocação do aparelho.

Com *Bonnieau* estamos nós de acôrdo ao afirmar que a cura se dá apenas quando há arrancamento ósseo porque a reunião de osso com osso se faz bem, ainda que a fractura seja articular. Deve, no entanto, haver persistência da impotência funcional no caso em que não há arrancamento ósseo, porque a reunião de tecido tendinoso com tecido tendinoso se faz mal. E estes insucessos, opera-os êle.

A nossa doente conservou o seu simples aparelho durante três semanas, ao fim das quais lhe fizemos um breve tratamento com mobilização e massagem. Cura completa. Três anos depois voltámos a ver a doente: a falangeta mantém todos os seus movimentos e não há deformação do dedo. Nos seis casos de *Ziemacki*, deu também excelente resultado este método.

Do expôsto tiramos, pois, as seguintes conclusões:

I—O nosso caso confirma a existência do tipo de fractura da falangeta por arrancamento feito pelo tendão do extensor comum dos dedos.

II—Mostra a importância extraordinária da radiografia no diagnóstico das lesões dos dedos, tantas vezes levadas à conta de simples traumatismos.

III—A cura exemplifica a eficácia do tratamento empregado.

(Ao artista J. Martins Barata agradecemos os seus bons desenhos)



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — BONNEAU. — Désinsertion phalangetienne du tendon extenseur. — *Presse Médicale*. 1910. N.º 3. Págs. 19-20
- 2 — BONNEAU et PEROL. — Fracture de la phalange par flexion. — *Presse Médicale*. 1910. N.º 21. Págs. 182-183.
- 3 — DAVIDSOHN, (F.) — Die Fraktur der distalen Fingerphalanx infolge Abriss der Strecksehne. — *Berliner klin. Wochens.* Nr. 23-1908. Pág. 1097.
- 4 — JUDET, (H.) — Traité des fractures des membres. Paris. 1913.
- 5 — KLAPP, (R.) — in Lehrbuch der Chirurgie von Wullstein und Küttner. II Band. Jena. 1923.
- 6 — MATTI, (H.) — Die Knochenbrüche und ihre Behandlung. II Band. Berlin. 1922.
- 7 — MOUCHET, (A.) — in Chirurgie Réparatrice et Orthopédique. Tome II. Paris. 1920.
- 8 — REDI, (R.) — Frattura della I.ª falange del 2.º, 3.º, 4.º dito e della IIª del 5.º dito della mano sinistra. — *Annali Italiani di Chirurgia*. Ano IV. Fasc. 7. Págs. 677-684 (Bibliog.).
- 9 — REHN, (ED.) — in Handbuch der praktischen Chirurgie von Garré, Küttner und Lexer. V Band. Stuttgart. 1922.
- 10 — V. SAAR. — Die Sportverletzungen. — *Neue Deutsche Chirurgie*. 13 Band. Stuttgart. 1914.
- 11 — SCHUM, (H.) — Einiges über die Frakturen der Phalangen und Metakarpalien. — *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. Bd. 188. (1924). H. 3/4. Pág. 234.
- 12 — SCHWARTZ. — De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalange. — *Archives Générales de Médecine*. Mai, 1891. Págs. 513-522.
- 13 — ZIEMACKI, (J. DE) — Arrachement du tendon extenseur du médius de son insertion à la base de la phalange. — *Revue d'Orthopédie*. 31.º Ano. Tome XI. N.º 3. Págs. 221-226.

## NOTAS CLÍNICAS

### A ACETILCOLINA NO SINDROMA DE RAYNAUD

Há cerca de dois anos, uma doente iniciou um síndrome de Raynaud, por assim dizer debaixo dos nossos olhos.

É uma senhora de setenta anos, idade em que é raro observar este síndrome, a qual, anteriormente, tratávamos duma enterocolite antiga.

A asfixia local das suas extremidades teve início no dedo anelar direito; depois estendeu-se ao dedo mínimo e logo passou ao lado esquerdo numa simetria precisa.

Pouco a pouco, os outros dedos foram tomando parte no processo, mas o fenómeno era sempre mais intenso nos dedos que primeiro foram atingidos.

O mal, porém, revelou-se por dores agudas, que a doente dizia sentir em guinadas e, às vezes, fulgurantes como relâmpagos. Apareciam por crises, que o frio agravava e prolongava, e tinham como sede o braço, a espádua e os flancos. Ao mesmo tempo, sentia formigueiros, mais ou menos fugazes, nos dedos, com sensação de entorpecimento, de menor mobilidade e frio.

Alguns meses depois de manifestado o síndrome nas mãos, é que os pés iniciaram a asfixia, tornando a marcha difícil, dolorosa e, por fim, impossível.

Quando surgia a asfixia local, os dedos tornavam-se lívidos, azulados, violáceos e as dores eram mais fortes. Outras vezes era a síncope local, com os dedos brancos de mármore, frios, insensíveis à picada, e o mais frequente, era vêr-se nuns dedos a síncope e noutros a asfixia violácea.

No fim dum tempo mais ou menos longo e depois de a doente recorrer a um banho de água quente, a cor rósea reaparecia e, com ela, a sensibilidade. Não teve esta doente placas de esfacelo, a-pesar-de ter feito crises de asfixia intensa, que nos fizeram temer o aparecimento da gangrena.

O frio agravava consideravelmente os sofrimentos da doente. O estado geral ressentiu-se. Não apresentou temperatura, nem acusou outro mal estar, durante este período, se não tomarmos em conta a sua enterocolite. A R. W. é negativa, o líquido cefalo-raquídeo bastante tenso e as urinas mostram apenas vestígios de indican. As tensões são ao Pachon M-17; m-10; d-7.

A esclerodactília é, a nosso vêr, a única enfermidade que podia confundir-se com o síndrome que apresenta a doente. E, se é quasi sempre impossível, a princípio, fazer um diagnóstico exacto entre estas duas afecções, a falta de tumefacção da pele, que é característica da esclerodermia no início, a falta de diminuição de volume dos dedos e de alterações ósteo-articulares das falanges, a ausência de perturbações pigmentares, de aritmia, de albuminúria, excluem, no caso presente, a hipótese da esclerodactília.

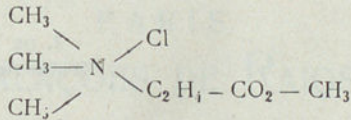
A terapêutica a opôr a este síndrome de etiologia pouco esclarecida e que tem por mecanismo um espasmo, mais ou menos persistente, das pequenas arteriolas, era, ainda há pouco, de bem fraca eficácia.

Não é nosso intento fazer aqui a história terapêutica deste síndrome,

mas não queremos deixar de dizer que se chegou até a propôr a ressecção do simpático vascular, agora tanto em moda, e a suprarrenalectomia.

Em 1926, o professor Villaret e o seu interno Bensaçon trouxeram, para a terapêutica, um novo produto.

Foi, porém, em maio dêste ano que novamente chamaram a atenção dos práticos para o referido produto — a acetilcolina — a cujo cloridrato corresponde a fórmula química seguinte:



É um pó branco, muito solúvel na água e duma actividade farmacodinâmica, que, sobre o coração produz efeitos comparáveis à faradização do pneumogástrico, o que levou Gautrelet e Loewi a considerá-la como hormona vagal.

A acção da acetilcolina sobre a tensão arterial é devida, segundo Dale e Richard, a uma dilatação das arteriolas e das artérias.

Além de outras propriedades, que o professor Villaret descreveu com os seus colaboradores, é notável a sua acção sobre o equilíbrio humoral, impedindo certos choques coloidoclásicos.

O fármaco, que nós empregamos e recebemos da casa Lematte y Boinot, por gentileza do professor Villaret, é fornecido em caixas de seis empolas de dez centigramas. Foi esta a dose que injectamos no tecido subcutâneo e com as precauções correntes.

Recebeu a doente doze injecções que, em geral, suportou bem, com uma pequena reacção dolorosa nas seis primeiras, deixando uns nódulos, que attribuo à presença de colina nas empólas, dado o cheiro activo que exalavam, o que já não aconteceu com a segunda caixa.

Por uma coincidência, a doente fazia uma das suas crises quando lhe fizemos a primeira injecção e a rapidez com que cederam os fenómenos asfíxicos foi surpreendente: 15 minutos após a injecção, já a cor rósea se mostrava e as mãos aqueciam notavelmente. Ora, até então, só depois de se recorrer ao banho prolongado de água quente e no fim de meia hora (e às vezes ainda mais tempo era necessário), é que se conseguia aquecer as extremidades e fazer desaparecer a asfixia.

Na manhã seguinte, apareceram novamente as crises, já muito menos intensas; no entanto, a doente teve de fazer intervir o banho quente para aquecer as suas mãos.

A asfixia vai sendo cada vez menos intensa e mais rara, e assim, já na quinta injecção, o aspecto geral da doente é outro: menos dores, menos crises, e estas muito rápidas, não sendo necessário recorrer ao banho de água quente.

Quando completámos a dose de um grama e vinte centigramas de acetil-

colina e por não dispormos, então, de mais produto, suspendemos o tratamento, tendo a doente grandes melhoras que ainda hoje perduram. As crises asfíxicas desapareceram, as dores só muito raramente a incomodam, o estado geral é cada vez melhor e a doente que receava mover-se pelo sofrimento que isso representava, sai já de casa.

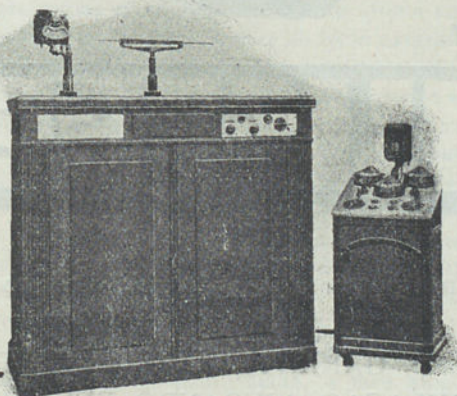
Como o faz notar o professor Villaret e se vê nesta observação, os efeitos da acetilcolina são duradouros no síndrome de Raynaud. Há três meses que suspendemos o tratamento sem que até agora a doente perdesse o benefício obtido.

J. DE ALMEIDA BRAGA

Médico dos Hospitais de Braga

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA  
DA CASA  
GAIFFE - GALIOT & PILON  
PARIS  
INSTALAÇÕES DE RAIOS X

«TUBOS COOLIDGE»  
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

---

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA  
RADIUM BELGE — BRUXELAS

---

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849



# SILISTREN

Ester tetraglicólico do ácido orto-silícico para a  
terapia silícica

AMPLAS GARANTIAS DE RESORÇÃO  
E ASSIMILAÇÃO AJUDANDO EFICAZMENTE  
A FORMAÇÃO DE CICATRIZES E O  
ENCAPSULAMENTO DOS PROCESSOS  
TUBERCULOSOS

NO COMÉRCIO: frascos com 30 gramas

Empacotamento original "Bayer"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico "Bayer-Meister-Lucius" Leverkusen

Representante depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE  
Rua dos Douradores, 150, 2.º — LISBOA



## Revista dos Jornais de Medicina

A crise do bócio exoftálmico. (*The crisis of exophthalmic goiter*), por FRANK LAHEY. — *New Eng. Jour. of. Med.* Agosto de 1928.

A extrema gravidade da crise do bócio exoftálmico e a sua altíssima mortalidade justificam o cuidado particular que deve haver para a identificação desta condição clínica que requiere métodos terapêuticos especiais e urgentes.

No bócio exoftálmico que segue a sua evolução natural existem quasi sempre períodos em que os sintomas se tornam menos intensos, digamos, fases de remissão incompleta, a que se sucedem outras de agravamento.

A alternância destas fases, com maior ou menor rapidez e com ou sem factores adjuvantes que as precipitem, conduz em última análise a um estado de intoxicação máxima que se chama *crise do bócio exoftálmico*.

Assim como existe um tratamento urgente para o côma diabético eminente, assim também existe um tratamento urgente para a crise tiroideia.

A única forma de evitar esta crise consiste no tratamento oportuno do bócio, impedindo a marcha progressiva dos seus sintomas.

Os resultados felizes que derivam da intervenção com sintomas de pouca intensidade são o contraste perfeito dos que se obtêm nos casos que se deixam arrastar até aos extremos da crise aguda, ainda mesmo quando esta se consegue atenuar pela aplicação de certas medidas terapêuticas adequadas. Os primeiros sinais da crise tiroideia constam de uma aceleração do pulso, com aumento da excitabilidade mental do doente. A crise é usualmente precedida de vômitos e diarreia. O pulso pode chegar a 200 pulsações por minuto. A agitação do doente é muito pronunciada, a face afogueada, os suores abundantes; a respiração aumenta em profundidade e frequência e torna-se suspirosa. Pode haver hipertermia. Nos casos com temperaturas elevadas desde o início, é para reear a existência de processos inflamatórios associados, principalmente das amígdalas. A pele torna-se seca e áspera, o doente desidrata-se, as temperaturas elevam-se e aparece a fibrilação auricular. As condições passam então a ser da maior gravidade.

O tratamento da crise aguda é tanto mais profícuo quanto mais precocemente se institui e consta da administração de iodo, fluidos, glucose, morfina e um regime de repouso físico e mental.

As vantagens trazidas pela aplicação judiciosa destas medidas terapêuticas são actualmente do conhecimento de todos e por todos reconhecidas mas, é preciso fixar, teem um carácter exclusivamente transitório. Por intermédio d'este tratamento pode conseguir-se uma remissão de sintomas e proporcionar-se, por isso mesmo, a intervenção operatória (tiroidectomia parcial). Nos casos graves, por grandes que possam ser as melhorias determinadas pelo tratamento médico, nunca chegam à cura definitiva e nas crises agudas avançadas a sua eficácia é comparativamente mínima ou nula.

Daqui resulta o dilema que impõe o reconhecimento e o tratamento precoce dos casos de bócio de modo a impedir a eclosão do quadro tóxico terminal, o qual pela sua renitência aos tratamentos conhecidos até hoje representa uma complicação do peor significado.

O A. intervém cirurgicamente nos seus casos, mal o estado dos doentes o permite, passada a crise. Executa a tiroidectomia parcial por 2 tempos, separados de um intervalo de 6 semanas.

Conclui assim :

A crise tiroideia não é rara. A mortalidade nos indivíduos em estado de crise adiançada é extraordinariamente alta. O tratamento nestas condições é mais activo quando se aplica logo no comêço da crise. A possibilidade de sobrevir uma crise tiroideia é sempre de temer quando se adopta o tratamento conservador nos casos com hipertiroidismo.

MORAIS DAVID.

**Alterações no metabolismo consecutivas à obstrução biliar experimental.** (*Changes in metabolism associated white experimental biliary obstruction*), por L. FERGUSON. — *The Surg. Clin. North. Am.* Agosto de 1928.

Para justificar o significado fisio-patológico da insuficiência hepática determinada pela obstrução biliar experimental, o A. estudou as alterações predominantes que se lhe seguem.

Existe uma baixa progressiva na tolerância para o açúcar associada a uma baixa do valor da glicémia em jejum, sugerindo a incapacidade parcial do fígado para formar e acumular o glicogénio. Existe um aumento na excreção do ácido úrico pela urina, devido provavelmente a uma perturbação na função que o fígado exerce na destruição d'este ácido.

Aparece um manifesto decréscimo na digestão e na absorção das gorduras alimentares associado com uma perda das reservas de gordura do corpo e sem alteração dos valores das gorduras do sangue. Estas averiguações sugerem que o animal com icterícia por obstrução, utiliza as suas próprias reservas de gordura para ocorrer aos seus gastos calóricos, e para manter a gordura do sangue em um nível normal.

Alterações menos pronunciadas são as que se referem à formação da ureia e à desaminação dos amino-ácidos.

Êstes factos podem servir como ensinamento para a terapêutica a usar nos casos de icterícia por obstrução. Êles sugerem a utilidade da administração dos hidratos de carbone em doses repetidas, por via oral, rectal ou por via intra-venosa com o intuito de manter o valor da glicémia normal. Os alimentos proteicos devem ser indicados porque são digeridos e utilizados normalmente, mas os alimentos gordos não são bem digeridos e devem ser evitados, uma vez que o organismo pode utilizar as suas próprias reservas.

MORAIS DAVID.



**Úlcer cruris.** Sua etiologia, patogenia e tratamento. (*Ulcer cruris. The etiology pathogenesis and treatment*), por MC. PHEETERS. — *Sury. Gyn. Obst.* Outubro de 1928.

As úlceras varicosas constituem uma das mais graves afecções dos membros inferiores. Aceitam-se hoje como base da sua formação as perturbações trofonevróticas dos tecidos, determinadas por uma estagnação do sangue nas veias varicosas. As razões que determinam a formação das varizes não estão ainda sabidas. Figuram como factores causais: o aumento da pressão intra-abdominal (gravidez), a disfunção do ovário, as alterações anatómicas da parede vascular por processos inflamatórios de diversa natureza, etc.

O A. julga que a inflamação e a predisposição hereditária representam o principal papel etiológico na formação das varizes.

Como consequência das alterações anatómicas das veias aparecem as perturbações da circulação que trazem consigo uma deficiência na nutrição dos tecidos, tornando-os menos resistentes às infecções ou aos traumatismos.

As lesões ulcerativas da perna interessam principalmente a pele mas podem tornar-se mais graves e atingir tecidos mais profundos.

O exame bacteriológico das úlceras, demonstra a presença quasi constante do estafilococo e estreptococo, associados a outros agentes microbianos. A feição clínica da úlcera é, porém, independente do agente séptico que a contamina. O diagnóstico diferencial faz-se com as úlceras lúcticas, tuberculosas, de natureza neoplásica, com as úlceras tróficas e com a actinomicose.

Desde que as varizes parecem ser a causa primacial das úlceras de perna, o tratamento deve incidir primeiramente sobre os vasos e não sobre as lesões ulcerativas.

Os tratamentos locais da úlcera são de importância secundária, e os tratamentos cirúrgicos que visam a intervenção directa ou indirecta sobre os vasos são menos eficazes, que o tratamento pelas injeções esclerogéneas, recentemente proposto.

MORAIS DAVID.

**Os últimos resultados da quinidina na fibrilação auricular.** (*The ultimate results of quinidine therapy in auricular fibrillation*), por BRAMWELL e ELLIS. *LANCET.* 10 de Novembro de 1928.

Sumário :

Em uma série de 27 casos de fibrilação auricular em doentes internados e que haviam recebido pela primeira vez o tratamento pela quinidina há mais de dois anos, 9 doentes obtiveram resultados definitivos e benefícios permanentes. Em 8 casos a droga não restaurou o ritmo normal e nos 10 casos restantes, ainda que a fibrilação tivesse desaparecido, não houve melhoria no estado dos doentes.

Em 5 casos o factor etiológico parece ter sido a miocardite crónica fibrosa e nos 22 restantes a afecção cardíaca foi segura ou provavelmente reumatisal.

O método para a administração da droga que o A. segue é o seguinte: Primeiramente digitalisa o doente. Depois ensaia uma primeira dose de quinidina de 0,20 grs. para excluir a possibilidade de uma idiosincrasia. 24 horas depois dá 0,40 grs. e repete esta dose a intervalos de 2 horas até prefazer 2 grs.

Se é necessário, as 5 doses de 0,40 grs. são repetidas nos dois dias seguintes.

Certos autores aconselham a suspensão do tratamento desde que o ritmo normal se restaura, outros indicam que há vantagem em continuar o tratamento por épocas ou em proseguir-lo com doses decrescentes de quinidina.

O A. julga que não há uma linha de conduta comum a todos os casos, variando o comportamento terapêutico consoante os doentes.

---

MORAIS DAVID.

**Perturbações do crescimento.** (*Disturbances in Growth*), por C. MOORE. *The Medical Clinics of North América.* Setembro de 1928.

O A. apresenta três casos de perturbações do crescimento chamando a atenção para outros factores, que, fora da alimentação, são de importância. Dois desses casos são de disfunção pituitária e o outro de infantilismo intestinal de Herter.

---

F. FONSECA.

**Artrite infecciosa crónica, com relato de casos e tratamento.** (*Chronic infections arthritis, with report of cases and treatment*), por L. HALL — *The Medical Clinics of North América.* Setembro de 1928.

A artrite infecciosa crónica é extremamente refractária ao tratamento. O successo do tratamento depende muito da duração da doença. Os casos tratados precocemente tem grande probabilidade de cura.

A rotina do tratamento usada na clinica do A. consiste em:

- 1) — Remover os focos de infecção.
- 2) — Tratamento medicinal.
- 3) — Vacinas.
- 4) — Proteínoterápia.
- 5) — Fisioterápia.
- 6) — Tratamento ortopédico.

As mais nítidas melhoras são atribuíveis à remoção de focos sépticos especialmente nas amígdalas e dentes.

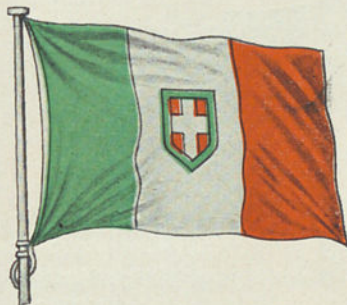
Preconiza o uso de tónicos durante o reumatismo especialmente arsénico (cacodilato de sódio), ferro (pilulas de Blaud), estriçnina, etc.

O salicilato, de tanto valor no reumatismo articular agudo, não dá resultado nêstes casos.

Atofan e piramidona são de valor limitado.

Productos  
ZAMBELETTI  
(Milano)

dos Estabelecimentos Dr. L.<sup>o</sup> Zambelletti



**Iodarsone Zambelletti**

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arsenical.

Tónico-Depurativo de acção  
trófica mineralisante e eupeptica.

**Arseno-bromo-tonicas Zambelletti**

Injecções Sedativas e reconstituintes

Histerismo. — Neurastenia. — Neuropatias. — Insomnias.

**Arseniato de Ferro Soluvel Zambelletti**

Apresenta os caracteres de tolerância, assimilação e eficacia do

FERRO FISIOLÓGICO ALIMENTAR

Gotas — injecções de 3 graus — com ou sem estricnina.

OUTROS PRODUCTOS ZAMBELETTI:

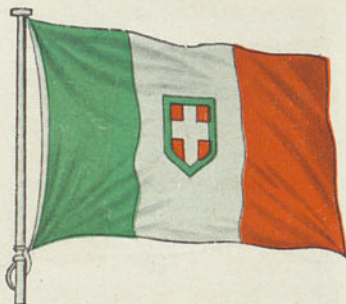
IODOSAN — TEOBROMINA COMPOSTA — SÔRO IODADO COM GAIACOL  
INJEÇÃO ANTIASMATICA — BISMARSOL

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

**L. LEPORI**

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA



Productos  
BRUSCHETTINI  
(Genova)

do Laboratorio di Terapia Sperimentale  
Dott. Prof. A. Bruschetti

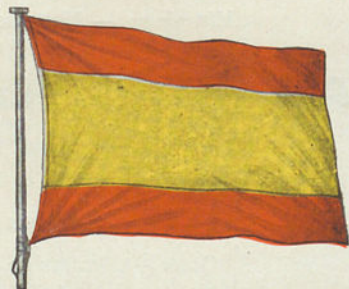
**Vacina antiptogénica polivalente Bruschetti** — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacilos perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. — Método Prof. Bruschetti.

**Vacina antigonocócica Bruschetti** — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de gérmens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. — Método Prof. Bruschetti

**Antituberculares Bruschetti** — SÔRO VACINA — VACINA CURATIVA — VC-AC VACINA CURATIVA II GRAU.

Productos IBYS  
(Madrid)

do Instituto de Biologia Y Sueroterapia



**Atosferin Iby** (I e II Série) — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

**Vacina contra a tosse convulsa Iby** — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados, na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de gérmens por centímetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc. — *Como curativa e preventiva.*

**Bronconeumoserum Iby** — Sôro pneumo-diftérico optoquinado. Ampolas de 10 cc.

**Adrenoserum Iby** — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (sôro equino-adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

Dos compostos de iodo o A. empregou durante muito tempo o iodeto de sódio que depois foi substituído, e com grande vantagem, pelo sal amoniacal do ácido iodoxibenzóico. A via de administração preferida é a intravenosa na dose de 1 gr. para 100 c. c. de água destilada de 3 em 3, ou de 4 em 4 dias. Dá por vezes reacção, arrepios, vômitos, subida da temperatura de 1° a 4° F. Per os emprega-se na dose de 5 grs.

O A. tem empregado várias vacinas, proteínas estranhas incluindo sôro de cavalo, sôro antimeningocócico, filtrados bacterianos e leite, com bons resultados. As doses dependem da extensão e duração da doença e da reacção obtida.

Trata depois da terapêutica local pelo calor, luz, massagem, mobilização passiva, etc., e termina com as seguintes conclusões:

- 1) — A artrite infecciosa crónica é uma doença que, quando abandonada, conduz a complicações graves e crónicas.
- 2) — Muitas destas últimas podem evitar-se por meio dum tratamento adequado e precocemente instituído.
- 3) — A pesquisa cuidadosa e persistente de focos de infecção é muito importante.
- 4) — É uma doença do adulto e de carácter infeccioso.
- 5) — Podem obter-se grandes melhoras com o uso persistente dos tratamentos sugeridos.

F. FONSECA.

Contribuição para a terapêutica da obesidade. (*Znr Therapte der Fettsucht*), por B. ASCHNER. — *Klin Woch.* N.º 47. 1928.

A acção diurética da injeção duma grande quantidade de água no chamado choque de água de Volhard determina em obesos com tendência a retenção de água e sal, uma perda de água e uma notável diminuição de pêso em 24 horas. Este efeito observa-se também não raramente quando a eliminação é retardada e embora durante as primeiras quatro horas seja retida uma parte do líquido ingerido. A repetição desta prova no decurso de algumas semanas determina uma baixa notável de pêso.

F. FONSECA.

Curso internacional médico de aperfeiçoamento em Karlsbad de 23 a 29 de Setembro de 1929. Prof. DR. H. MC. LEAN, — Tratamentos da úlcera do estômago e duodeno com grandes doses de alcalinos (*Behandlung des Magen und Duodenalgeschwüres mit grosseur Alkalidosen*). *Die Therapie der Gegenwart*. Novembro de 1928.

O tratamento da úlcera gastro-duodenal tem grandes dificuldades para o médico prático. Como meio curativo da úlcera gastro-duodenal ocupa o primeiro plano aquele que sujeita o doente a grandes doses de alcalinos.

Sabia-se que um excesso de ácido clorídrico no estômago favorecia o

aparecimento da úlcera; contra êsse excesso estava naturalmente indicado o uso de alcalinos. As doses usadas eram porém demasiadamente pequenas. Sippy foi quem pela primeira vez empregou doses grandes de alcalinos com ótimos resultados. A operação que antigamente era feita com freqüência, muitas vezes embora sem benefício para o doente, tornou-se hoje superflua (*überflüssig*). Mesmo nos casos em que a doença provocou uma estenose do piloro, a terapêutica com grandes doses de alcalinos dá por vezes bom resultado.

As grandes doses teem por fim manter o estômago livre de ácido durante dia e noite visto a secreção normal irritar a úlcera e impedir a cura.

Entre os alcalinos que se usam considera o A. melhor a seguinte mistura:

4 grs. de bicarbonato de sódio.

8 grs. de carbonato de magnésio.

8 grs. de carbonato de cálcio.

2 grs. de carbonato de bismuto.

Se há tendência a obstipação aumenta a dose de carbonato de magnésio, se há diarreia aumentar a de bismuto.

Na primeira semana administrar de 2 em 2 horas 1 c. de chá desta mistura e submeter o doente à dieta líquida, especialmente leite. Impede-se a coagulação do leite no estômago administrando citrato de sódio a cada refeição. De semana a semana aumentar a alimentação sólida e diminuir a freqüência com que o doente toma o remédio. Evitar na dieta tudo o que mecânicamente possa irritar o estômago. Evitar legumes crus. Doses pequenas de carne; proibir o caldo e os extratos de carne. A alimentação deve ser dada em pequenas doses e bem mastigada. Proibir tabaco e álcool. O receio de que grandes doses de alcalinos impeçam a digestão péptica no estômago não é razoável. Ter cuidado com grandes doses de alcalinos nas doenças dos rins. A sua acção nociva revela-se por secura da boca, cefaleias, náuseas, vômitos e outros sintomas.

F. FONSECA.

Sobre a frequência e a duração da osteíte depois da osteosintese, segundo o exame de duzentos e setenta e quatro casos e o exame ulterior de setenta casos de fracturas operadas. (*Sur la fréquence et la durée de l'ostéite après l'ostéosynthèse, d'après l'examen de deux cent soixante-dix-quatre cas et l'examen ultérieur de soixante-dix cas de fractures opérées*), por E. DAHL-IVERSEN. — *Lyon Chirurgical*. T. XXV. N.º 5. 1928.

As complicações que sobreveem à osteosintese (modo de Lane), como a osteíte e a pseudartrose, encontram-se, respectivamente, em 35 e 7 por cento dos casos.

Uma vez extraída a protese, a osteíte cura-se em 53 % dos casos nos quatro primeiros meses, em 80 % no primeiro ano e em 20 % no decurso dos três primeiros anos.

Em cêrca de três quartos dos casos as complicações dificultam consideravelmente o resultado funcional definitivo.

As complicações sobreveem nas fracturas complicadas em cincoenta por cento dos casos, e nas não complicadas em quinze, vinte e oito por cento dos casos.

A occasião mais propicia para uma ósteo-síntese é cêrca de uma semana depois da operação da fractura.

A prótese metálica retarda muitas vezes a cura da fractura.

Praticamente uma prótese que é bem tolerada durante seis meses também o é para o futuro.

Nos casos sem complicações podemos obter pela osteosíntese um resultado funcional ideal, isto é, uma posição boa, uma mobilidade normal das articulações vizinhas em 80 e cinco por cento das fracturas diafisárias irredutíveis.

F. FONSECA.

---

**Complicações oculares da diabetes.** (*Ocular complications of diabetes*), por SANFORD GIFFORD. — *The Medical Clinics of North América*. Setembro de 1928.

A verdadeira catarata diabética é rara, enquanto que a catarata senil sobrevindo num diabético é frequente e não difere da catarata do não diabético.

Tendo o cuidado pre-operatório de reduzir a glicosúria ao mínimo a operação não está sujeita a riscos graves.

A catarata e as rápidas modificações da refração que ocorrem na diabetes são, possivelmente, o resultado das alterações da pressão osmótica do sangue.

A retinite sobreveem, principalmente nos diabéticos, depois dos cincoenta anos, muitas vezes com complicações musculares ou renais, mas também sem que exista qualquer sintoma dessas complicações. Pode ser o único sinal de alterações vasculares nesses doentes.

O prognóstico quanto à visão e à vida é relativamente bom na retinite diabética e em contraste com o da retinite albuminúrica.

F. FONSECA.

---

**Apresentação dum «Test» sensitométrico.** (*Présentation d'un «Test» sensitométrique*), por J. SAIDMAN. — *Bulletin Officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie*. 36.º Anée. N.º 2. Février. 1928. Págs. 63-64.

Sabendo-se que uma mesma dose de raios ultra-violetas produz reacções diferentes de individuo para individuo, é indispensável antes de iniciarmos uma cura actínica conhecermos a sensibilidade do nosso doente, o que se

consegue expondo à acção dos R. U. V. pequenas superfícies e vendo o modo como reagem.

J. S. inventou um aparelho, que veio resolver elegantemente e dum modo prático o problema.

O aparelho possui um quadrante metálico circular no qual estão abertos 18 orifícios de forma diversa e que indica para cada um dêles o tempo de exposição correspondente. Êstes orifícios são automaticamente tapados por um outro sector que é posto em movimento por um sistema de relojoaria.

Uma vez aplicado o aparelho sôbre o ventre ou dorso do doente expõe-se êste à acção da origem actínica, que pretendemos empregar.

Algumas horas depois aparecerão na pele marcas vermelhas da forma de algarismos indicando o respectivo tempo de exposição.

Fácil se torna agora estabelecer a técnica para um caso determinado.

Se se quer evitar o eritema é necessário empregarmos doses inferiores às que provocaram a mais leve reacção, se pelo contrário pretendemos provocar uma reacção cutânea escolheremos entre as várias obtidas aquela que mais convém aplicar.

Êste aparelho põe fim aos métodos empíricos até hoje usados e apresenta sôbre o primitivamente empregado por Saidman, a grande vantagem de tudo ser feito automaticamente: encerramento dos diferentes orifícios e anotação dos tempos de exposição.

O A. espera estender o seu emprêgo à radioterápia baseando-se no possível paralelismo da sensibilidade cutânea aos R. U. V. e aos Raios X.

---

F. FORMIGAL LUZES.

**Os raios ultra-violeta modificam a pressão sanguínea?** (*Les rayons ultra-violets modifient-ils la pression sanguine?*), por L. GARAT.—*Comptes Rendues de la Société de Biologie*. LXCVIII. N.º 11. Séance du 25 Février. 1928.

Numerosos autores atribuem à cura actínica entre outras modificações circulatórias, uma diminuição apreciável da tensão arterial para cuja expli-  
cação teem sido apresentadas as mais variadas teorias,

O A., porém, tendo procedido a cuidadosas experiências em crianças julga poder afirmar que com as doses actualmente empregadas os R. U. V. não teem uma acção manifesta sôbre a pressão sanguínea.

---

F. FORMIGAL LUZES.

**A diatermia num caso de bócio exoftálmico.** (*La diathermie dans un cas de goitre exophthalmique*), por M. WASTERLAIN DE LA LOUVIÈRE.—*Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*. 14 janvier. 1928.

O A. depois de ter feito cinco applicações de Raio X a uma doente portadora dum bócio exoftálmico, submeteu-a a um tratamento diatérmico durante





## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS  
**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>la</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)  
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“

# eregumil

## Fernández

Alimento vegetariano completo em base  
de cereais e leguminosas

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

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

”



# GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3

BARCELONA

Preparada com:

**EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU.**  
**EXTRACTO DE MALTE.**

**HIPOFOSFITOS:** De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

**DOSES:** Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.  
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.  
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.  
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

**GLEFINA** é o único meio que o médico tem para formular  
**ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

**Outras especialidades:** **TÔNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso  
**GÓTAS F. V. A. T.:** Potente antiescrolósico.

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**  
Rua dos Sapateiros, 39, 41. - LISBOA

## PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

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

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

o qual não ultrapassou nunca a intensidade de 1,5 ampere. Os resultados colhidos foram magníficos não só no que diz respeito a eficácia como a rapidez de melhoras e sua duração.

Com efeito logo após a primeira sessão se notaram melhoras apreciáveis que se acentuaram no decorrer do tratamento. O pêso de 42 quilos passou a 60 quilos, o pulso de 112 a 72, resultados que se mantem há mais de 2 anos.

Como explicar a sua acção?

Para uns é devida a uma acção directa sôbre as células endocrínicas e para outros a uma acção geral sôbre o sistema vaso-motor.

F. FORMIGAL LUZES.

**A auto-dermoterápia da psoríase pela electro-coagulação.** (*L'auto-dermothérapie du psoriasis par l'électro-coagulation*), por M. M. J. MARGARAT, L. GONDARD e P. LUFOIX. — *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*. Janvier 1928.

Os AA. resumem do seguinte modo os resultados obtidos em casos de psoríase tratados pelo método de P. Ravant:

1.º — Quando se pratica a electro-coagulação de algumas manchas de psoríase provoca-se muitas vezes a distância, a regressão de outros elementos.

2.º — Durante um certo tempo não se dão novas *pousseés* e as recidivas são mais benignas que a erupção precedente.

3.º — Quando a electro-coagulação não conduz à cura, modifica contudo dum modo apreiviável as manchas que ficam como que fragelizadas e sensibilizadas.

É assim que outros tratamentos que precedentemente eram inefficazes produzem então excelentes resultados.

F. FORMIGAL LUZES.

**Tratamento da zona pelos agentes físicos.** (*Au sujet du traitement du zona par les agents physiques*), por S. PORTET e L. ANDRÉ. — *Bulletin Officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie*. 36º anée. N.º 2. Février. 1928. Págs. 68-73.

Os AA. publicam 6 observações e tiram as seguintes conclusões:

1.º — Os R. U. V. teem uma acção incontestável sôbre a zona: acção sôbre a evolução e sôbre as dores seja qual fôr a sua localização.

2.º — De ordinário é suficiente um pequeno número de sessões, 10; e a cura parece definitiva não se tendo observado recidivas nos doentes tratados pelos AA.

3.º — Os AA. attribuem os felizes resultados obtidos a só terem sido tratadas zonas essenciaes.

4.º — Os diferentes agentes físicos teem apenas uma acção paliativa e é necessário saber associá-los ou fazê-los suceder uns aos outros para obter melhoras duradoras.

F. FORMIGAL LUZES.

**Sensibilização da pele aos ultra-violetas pelo sabão.** (*Sensibilization de la peau à l'ultra-violet par le savon gras*), por H. v. BAEYER e O. DITTMAR. (Heidelberg). — *Münchner Medizinische Wochenschrift*. T. LXXV. Pág. 248. N.º 10. 9 de Março de 1928.

Ensaboando durante um minuto uma determinada região e submetendo-a a seguir à acção dos R. U. V. fornecidos por um dos numerosos aparelhos usados na clínica ou à de sol, favoreceremos duma maneira apreciável, a aparição do eritema habitualmente observado, eritema que excede um pouco os limites da região ensaboada; não se observando nenhuma reacção nas restantes regiões igualmente irradiadas, mas não sujeitas à acção do sabão.

Trata-se pois dum processo pouco dispendioso e prático ao qual se pode recorrer quando pretendemos sensibilizar os nossos doentes.

Tais são as conclusões dos AA.

F. FORMIGAL LUZES.

---

**A propósito do tratamento do lombago.** (*A propos du traitement du lombago*), por LOUBIER. — *Bulletin Officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie*. Juni. 1928.

O A. submete os seu doentes à acção da faradização tetanisante de fio fino de fraca intensidade a principio, que vai lenta e progressivamente aumentando. A duração de tratamento não excede 15 minutos.

Todos os doentes tratados nas primeiras 48 horas obtiveram cura completa com um máximo de 2 sessões. Casos mais antigos curaram-se com applicações de infra-vermelhos de meia hora. Um caso datando de mais de 5 dias não obteve alívios com infra-vermelhos e foi curado com 2 applicações farádicas.

Dum modo geral o autor conclui que nos casos recentes se deve empregar a farafaradização reservando os infra-vermelhos para os mais antigos.

F. FORMIGAL LUZES.

---

**Diatermia e salpingite.** (*Diathermie et salpingite*), por DAUSSET. — *Bulletin Officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie*. Juin 1928.

O A. que possui uma estatística de mais de mil casos de salpingite tratados pelos agentes físicos, chega às seguintes conclusões:

Nos casos agudos a diatermia pode ser prejudicial mesmo quando empregada cautelosamente e é preferível usar a água quente, segundo a técnica de Luxeuil.

Só após a diminuição dos fenómenos agudos se deve recorrer à diatermia, que haverá vantagem em associar às applicações abdominais de infra-vermelhos (3 vezes por semana diatermia com a duração de 30' por sessão, e 2 de infra-vermelhos em sessões de 1 hora).

Com esta técnica a percentagem de curas é de 80% e a duração do tratamento não excede 3 meses em caso algum. Raras foram as que necessitaram recorrer à intervenção cirúrgica.

F. FORMIGAL LUZES.

**A combinação do tratamento local e geral pela luz na tuberculose cutânea.** — Comunicação ao Congresso de Radiologia de Stockolmo. Julho de 1928.

A percentagem de sucessos obtidos com o método de Fuisen, 60% para o conjunto de casos e 72% para os individuos portadores de lesões datando pelo menos de há 4 anos, elevou-se a 85% com o método de Reyn, que consiste em associar ao tratamento local com a lâmpada de Finsen, a irradiação geral por meio de arcos de carvão.

O sucesso depende muito, a seu ver, da precocidade da intervenção.

O A. que condena o emprêgo da lâmpada de vapor de mercúrio, assim como a cauterização e a escarificação recorre, contudo, por vezes ao auxilio da excisão, às aplicações de pirogalhol e raramente ainda aos Raios X como tratamento preliminar (1 a 2 sessões em fracas doses).

As grandes doses de Raios X ou de rádio acusa-as de diminuir a vitalidade das células e por êsse motivo considera prejudicial o seu emprêgo

F. FORMIGAL LUZES.

**Sobre a topistica e a patofisiologia da secreção sudoral.** (*Zur Topik und Pathophysiologie der Schweisssekretion*), por L. GUTTMANN e C. F. LIST (Breslau). — *Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie*. Tômoo 116. Fascículos 3-4. Outubro de 1928. Págs. 504-536.

Os AA. servindo-se do processo de *Victor Minor*, apresentam um interessante estudo, documentado com numerosas fotografias dos individuos observados, sobre topistica e patofisiologia da secreção sudoral.

Orientam o trabalho como segue:

Variações individuais.

1.º — Perturbações da secreção sudoral nas lesões dos nervos periféricos:

a) — Síndroma de secção total dos nervos periféricos (raquidianos).

b) — Lesão parcial dos nervos dos membros.

c) — Síndromas de secção total e parcial dos nervos da face.

2.º — Perturbações da secreção sudoral nas lesões da medula:

a) — Raízes anteriores e posteriores.

b) — Centros medulares da sudação.

c) — Situação e importância fisiológica das vias centrífugas medulares da sudação.

3.º — As perturbações da secreção sudoral nas lesões cerebrais, especialmente nas lesões corticais.

O processo de *Minor* consiste em pincelar o corpo dos indivíduos a examinar com a mistura seguinte: Iodo puro, 15 grs.; óleo de rícino, 100 grs.; álcool etílico, 900 grs. Depois de deixar secar sobre a pele, espalhar sobre esta pó de arroz muito fino, uniformemente distribuído. O que ficar em excesso é tirado com um jacto de ar de um aparelho «Fün». A seguir faz-se uso de vários sudoríferos. Com o comêço da secreção sudoral observa-se nas regiões que o suor humedece uma cor castanho escuro, como a pele de preto, pela reacção iodo-amido, enquanto que as regiões onde a sudação se não produziu mantem a côr branca do pó de arroz, obtendo-se assim um contraste flagrante. Numerosas fotografias documentam, como já dissemos, os interessantes resultados obtidos.

*Minor* relatou os resultados dos seus primeiros trabalhos com êste método, no último Congresso de Viena da Sociedade dos Neurologistas Alemães e referiu que dêsses estudos podia concluir que em mais de 50 % dos casos de doença orgânica do sistema nervoso se observavam perturbações da secreção sudoral.

Os AA. fundamentaram as conclusões do seu trabalho em 165 observações feitas em 135 doentes diferentes do serviço do Prof. Foerster em Breslau.

Empregaram em geral como sudorífero a aspirina e chá de tília. Banho de luz (40-55°), e ainda também em alguns casos, repetiram as experiências com pilocarpina.

É da maior importância fazer uma observação atenta, para reconhecer imediatamente o aparecimento da sudação e seguir tôdas as suas fases, porquanto há casos em que há variações regionais, que se observam apenas temporariamente. Aconselham ainda fotografar várias fases da sudação.

Fazem um estudo sobre as variações individuais na reacção à pilocarpina confirmando os melhores resultados de *Böwmg.* Uns indivíduos reagem mais com náuseas, dilatação vascular, necessidade de urinar e obrar, outros mais com aumento da secreção sudural. Confirmam ainda, quasi inteiramente as zonas de distribuição normal de sudação no homem. Apenas divergem em ligeiros pormenores.

Nos síndromas de secção total dos nervos periféricos, à excepção da face, observa-se anidrose nas regiões correspondentes às zonas de anestesia, enquanto que nas zonas de termoanestesia apenas se observa hipoïdrose maior ou menor. Nas regiões limítrofes das zonas lezadas observa-se frequentemente hiperidrose.

Nas lesões parciais dos nervos periféricos, com perturbações motoras e sensitivas, observa-se hipoïdrose. Em casos de hiperpatia observa-se hiperidrose.

Nas lesões parciais dos nervos periféricos, sem perturbações da sensibilidade não verificaram, com excepção da face, perturbações da secreção sudoral.

Nos processos irritativos sem parestesia com nevralgias, observaram hiperidrose.

Fizeram ainda interessantes estudos sobre a sudação na face em lesões do facial, do trigêmeo e do simpático cervical. Os ramos do simpático cervi-

cal são, como se sabe, os que conduzem o maior número de fibras que determinam a sudação na face. Verificaram em lesões do simpático no pescoço, anidrose ao empregar a Aspirina-Chá de tília-Banho de luz.

E' conhecida a discordância de opiniões pelo que respeita à existência de fibras da sudação no facial e no trigêmeo. Os AA. concluem dos seus trabalhos que o facial contém fibras que influem na sudação da face, confirmando pois a opinião de *Dejerine e Minor* e refutando as ideas de *Dieden e Böwnig*.

Pelo que respeita ao V par, concluem do estudo dos casos até agora observados que não há fibras para a sudação na raiz do trigêmeo, no gânglio de Gasser e na porção intra-craniana dos ramos dêste nervo.

Em casos de lesão total do simpático cervical com anidrose à excitação pela Aspirina, observaram uma ligeira sudação precoce, no lado da face correspondente à região lezada, e que era provocada por algias partidas do trigêmeo ou sensações gostativas. Pensam, pois, que deve haver para a face uma outra via de condução da excitação sudoral além da do simpático. Deve existir um arco reflexo com uma componente centrípeta do trigêmeo ou glossofaringeo, transmitindo directamente a excitação ao núcleo do facial. Admittem, pois, a existência para a face e pescoço de uma via directa, para-simpática, para a regulação da secreção sudural.

Pelo que respeita à medula referem o seguinte :

Os centros medulares reguladores da sudação apresentam uma diferenciação regional ou segmentar. Nos síndromas de secção total da medula, com o aparecimento dos reflexos de automatismo, manifesta-se numa sudação espontânea reflexa, nas regiões infralesionais, enquanto que com os excitantes centrais (Aspirina, etc.) se produz uma hipoidrose dessas regiões. Isto indica que as vias cérebro-fugais, que interveem na sudação, possuem, simultaneamente, função inibitória e excitante. As vias mudulares centrifugas, estão situadas no cordão lateral junto do feixe piramidal na vizinhança do corno lateral. O problema de haver ou não, uma dupla inervação reguladora da secreção sudural das extremidades, não está resolvido.

Em casos de lesão dos gânglios centrais (Parkinsonismo, rigidez palidal), observaram hiperidrose generalizada. Pelo contrário, em casos de doença de Parkinson, acentuada hipoidrose, também generalizada. Num caso de tumor do 3.º ventrículo, tendo atingido as duas regiões talâmicas e hipotalâmicas, acentuada hipoidrose bilateral da face. Estes casos confirmam a opinião já estabelecida, de que o sistema estriado tem centros reguladores da secreção sudural.

Em lesões capsulares, especialmente tratando-se de processos recentes, observaram hiperidrose do lado centro-lateral. Pelo que respeita aos processos que lesam o cortex está desde há muito admitido que perturbam a secreção sudural, mas eram mal conhecidas as regiões que causavam essas perturbações.

Os AA. concluem dos seus trabalhos :

Há perturbações da secreção sudural (hiperidrose centro-lateral) em lesões do lobo parietal, da *pre* e *post* rolândica, da 1.ª temporal e da região pre-central. Não observaram perturbações da sudação em lesões do lobo fron-

tal e do lobo occipital. Pensam ainda que dentro daquelas regiões há uma diferenciação somatotópica. O cortex tem, na opinião dos AA., a acção frenadora e excitante da secreção sudoral.

A. ALMEIDA DIAS.

**Natureza, técnica e valor prático da determinação dos grupos sanguíneos.** (Reacção de Landsteiner). (*Naturaleza, técnica y valor práctico de la determinación de los grupos sanguíneos*), por F. SCHIFF (Berlim). — *Revista Médica Germano-Ibero-Americano*. Ano I. N.º 2. Nov. de 1928.

É um trabalho de divulgação que além da técnica e importância da determinação dos grupos sanguíneos, como por exemplo em medicina legal, no exame das manchas de sangue e em casos de investigação de paternidade, nos dá uma série de notas curiosas sobre a maneira como estão em vários países organizados os serviços de *doadores*. Vamos transcrevê-las em parte.

Estes serviços estão particularmente bem organizados na América do Norte. Ser *doador* é na América do Norte uma profissão rendosa. Em Nova York há numerosas agências que se ocupam do assunto. Há ainda uma organização protegida por Rockefeller, que, gratuitamente, fornece *doadores* a doentes pobres. Em geral pagam-se 10 dólares por 100 c. c. ou sejam aproximadamente 50 dólares por uma transfusão de importância.

Em contraste com este sistema de profissionais, há em Londres os *doadores* honoríficos, organizados desde 1921, tendo tomado ultimamente grande incremento. A organização faz actualmente parte da Cruz Vermelha, que se encarrega de pagar as despesas, que aliás são muito reduzidas, porque os *doadores* não são remunerados. Há numerosas associações de jovens que põem os seus associados à disposição desses serviços. O *doador* não sabe a quem dá o sangue. Os médicos ou estabelecimentos que podem dispor de *doadores* obrigam-se a não mandar fazer a transfusão por principiantes, mas exclusivamente por médicos experientes. Quem cortar uma veia, fizer esperar inutilmente um *doador* ou o maltratar, não volta a receber *doadores*. Estes cuidados são da maior importância para o recrutamento de *doadores*.

Para avisar e transportar *doadores* existem convênios com as autoridades, com a administração de telefones e policia. As conversas telefônicas são interrompidas sempre que seja preciso dar informações sobre *doadores*. A policia encarrega-se de avisar aqueles quando este serviço não possa ser feito telefonicamente.

É um exemplo admirável este que a Inglaterra oferece.

Outras cidades organizaram também estes serviços, Moscovo, Bordeus, Berlim (nesta última são pagos ao *doador* 20 a 30 marcos). Em Viena o município criou um grupo de *doadores* entre os seus funcionários e para evitar confusões cada um desses tem tatuada no braço uma indicação do grupo sanguíneo a que pertence.

A. ALMEIDA DIAS.



**Tratamento da poliomielite com injeccão intra-muscular de sôro de convalescentes.** (*Intramuscular use of convalescent serum in treatment of poliomyelitis*), por E. B. SHAW e H. E. THELANDER. — *Journal of the Amer. Med. Ass.* Tôm. 90. N.º 24. Págs. 1923-1928. In *Der Nervenarzt*. Dez. de 1928. Pág. 698.

Estudo baseado sobre 81 casos. Em muitos dêles o diagnóstico foi feito antes de haver qualquer sintoma de paralisia. 43 dêesses doentes foram tratados com injeccões intra-musculares de sôro de convalescentes. Os resultados foram muito bons naqueles casos em que não havia ainda paralisia, nos outros, pelo contrário, muitos mediocres. Estes casos foram observados durante uma epidemia, e a-pesar-de ser sempre muito falível o diagnóstico de poliomielite anterior aguda antes do aparecimento das paralisias, êsse facto e a existência de pleiocitose no L. C. R., sem que se encontrassem bactérias, permite pensar que realmente se tratava de casos de poliomielite incipiente.

A. ALMEIDA DIAS.

**A propósito de encefalite post-vacinal.** (*Zur Frage der Encephalitis post-vacinalis*), por V. MIKULOWSKI. — *Schweiz Med. Wochenschr.* Ano 58. N.º 20. Pág. 506. In *Der Nervenarzt*. N.º 12. Pág. 698.

O A. refere dois casos nos quais, a seguir à vacinação anti-variólica, apareceram sintomas de encefalite. Num dos casos, uma criança de 13 meses, 8 dias após ter sido vacinada, febre elevada e concomitantemente fenómenos cerebrais, contracções clónicas e em seguida hemiparesia espática. Tanto no período agudo, como ainda passado meio ano, perturbações do sono. No outro caso, criança de 8 meses, no 7.º dia após a vacina, adoece com febre, vômitos e letargia que depois tomou o carácter acentuadamente supuroso.

Pensa o A. que neste caso se não tratava de uma encefalite post-vacínica, mas sim de uma infecção com um vírus encefalotropo, activado pela vacina (Encefalite letárgica?).

Não concorda que tais casos possam servir de pretexto para condenar a vacina, mas pensa que quando grassem doenças epidémicas do sistema nervoso central, a vacina deve temporariamente ser suspensa.

A. ALMEIDA DIAS.

**Um caso de linfangioma cavernoso da face, curado pelas injeccões esclerosantes.** (*Un cas de, etc.*), por TYTGAT. — *Société Belge de Chirurgie* Sessão de 26 de Novembro de 1927. — *Journal de Chirurgie et Annales de la S.<sup>te</sup> Belge de Chirurgie*. N.º 9. Nov.º 1927. Págs. 187-190.

O A. encontrou-se diante do problema difícil do tratamento desta doença tão inestética. A excisão nem sempre é possível, e quando o é, não é de natureza a dar satisfação às exigências estéticas. A punção ignea deixa cicatrizes às vezes muito aparentes, a radioterapia é inconstante.

Foi num caso de infiltração difusa linfangiomatosa da face, de crescimento rápido, que o A. applicou o tratamento pelas injecções esclerosantes de salicilato de sódio a 20 %.

Esta pequena operação foi feita sob *anestesia geral*, precaução que parece ao A. indispensável. A injecção deve ser rigorosamente intra-tumoral, e para isso é necessária uma absoluta imobilidade que só com a narcose completa se pôde obter.

Em quatro lugares diferentes do tumor, evitando o polo posterior vizinho do facial, injectou meio centimetro cúbico da solução. Uma tumefacção uniforme da região, sob a influencia da penetração do liquido injectado, mostrou que a solução utilizada chegou a tôdas, ou quasi a tôdas, as dilatações linfangiomatosas da lesão.

A reacção nos primeiros dias que seguiram a injecção não foi tão forte como se poderia reear. A criança (um ano de idade, deu alguns sinais de mal estar, a região congestionou-se um pouco, mas cinco dias depois, toda a reacção desapareceu.

Desde então, a retracção esclerosante foi-se fazendo progressivamente e, oito meses depois da injecção, pôde-se considerar a criança curada *duma maneira perfeita*, tanto sob o ponto de vista funcional como estético.

É uma observação única mas que nos traz uma nova possibilidade terapêutica, de interêsse para o cirurgião geral e, sobretudo, para o cirurgião de crianças.

MENESES.

**Contribuições para o estudo da còqueluche na idade infantil.** (*Contributions à l'étude, etc.*), por WL. MIKULOSWKI (Varsóvia).—*Revue Française de Pédiatrie*. Tómo IV. N.º 2. Abril 1928. Págs. 185-203.

Baseando-se num conjunto de material acumulado, durante cinco anos e agrupando 110 casos (60 observações no hospital, das quais 18 com autópsias, e 50 observações na consulta externa), assim como em dados fornecidos pela imprensa, o A. determina a significação da còqueluche na patologia da idade infantil.

A còqueluche é uma doença desconhecida no meio médico: 1.º, por causa do pequeno número ou de ausência completa de serviços destinados à observação exclusiva e ao estudo da còqueluche; 2.º, por causa da maneira demasiado absoluta do pensamento médico, aceitando sem crítica, como certas, opiniões muito superficiais mantendo-se por tradição.

A còqueluche tem uma importância de primeira ordem no desenvolvimento, na saúde e na vida da criança. É sempre uma doença de longa duração e caracterizada pelas suas recidivas que são, ora mudas (sem a tosse característica), ora sonoras (com tosse). O centro da doença é sempre o pulmão. A tosse não é mais do que um sinal, acessório, variável e diferente.

O «pulmão còqueluchoso», e é esta a teoria de Pospischill, sob a influencia duma infecção mixta gripal ou, sobretudo, pelo sarampo, é origem frequente das complicações pulmonares, as mais graves na idade infantil e

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

## SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica).

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

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

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

D. P. 158

# CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

**COMPOSIÇÃO:** Cada empôla de CINNOZYL  
contem a solução seguinte esterilizada:

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Cinnamato de benzilo puro.....      | 0 gr. 05  |
| Cholesterolina pura.....            | 0 gr. 10  |
| Camphora .....                      | 0 gr. 125 |
| Azeite puro lavado pelo alcool..... | 5 c. c.   |

**MODO DE USAR E DOSES.** — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapes e não visa os periodos ultimos da infecção.*

**1<sup>o</sup> PARA AS FORMAS DE COMEÇO** (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a *dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl* é de 5 c. c. (uma empôla).

**2<sup>o</sup> NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO** (tuberculoses bacteriologicamente confirmadas) *dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.*

**FORMAS:** O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

1627

**LABORATORIOS CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>** Pharm. de 1<sup>re</sup> cl. Fornecedor dos Hospitales.  
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

# TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL  
HYPODERMICO VERDADEIRA-  
MENTE INDOLOR PRATICA-SF  
COM O



# ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS  
"USINES DU RHÔNE"  
21, RUE JEAN-GOUJON.PARIS

**E.SCHWEICKARDT**  
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL  
133, RUA DA PRATA. LISBOA

também na idade adulta (pleuresias serosas e purulentas, bronquiectásias, gangrena pulmonar).

A tuberculose não tem influência no desenvolvimento da còqueluche, mas é, pela sua semelhança clínica com os sinais físicos e radiológicos, frequentemente e falsamente diagnosticada por còqueluche. A còqueluche é uma causa freqüente de perturbações cerebrais graves, edema cerebral, trombose dos seios venosos.

A profilaxia da còqueluche exige :

1.º — O estudo e o conhecimento da doença pela sua concentração nos serviços hospitalares para còqueluchosos.

2.º — A introdução de opiniões sãs de asépsia infectiosa nas consultas externas e nos hospitais para crianças.

MENESES.

O «erythema neonatorum toxicum-Leiner» («Erythema papulatum» dos velhos clínicos), como um dos sintomas duma alergia geral dos recém-nascidos. (*Das Erythema*, etc.), por E. MAYERHOFER e M. LYPOLT-KRAJNOVIC. — *Zeitschrift f. Kinderheilkunde*. Bd. XLIII. H. 6.

O exantema dos recém-nascidos que se mostra já muitas vezes desde o primeiro dia, tem recebido sucessivamente os nomes de eritêma papuloso, dispéptico, tóxico.

Os AA. concluem, segundo as suas observações pessoais, que não depende certamente duma perturbação dispéptica. Descrevem os seus caracteres clínicos e a sua evolução, e mostram que êste eritêma é contemporâneo doutras manifestações mórbidas, conhecidas sob o nome de «reacções de gravidez».

Estas reacções, como o eritêma, produzidas por «tóxicos da gravidez» ainda mal conhecidos, serão de natureza alérgica. A apoiar esta interessante tese, os AA. mostram que existia, durante tóda a permanência do exantema, uma hipereosinófilia.

MENESES.

A difteria nasal do lactante. Dificuldades de diagnóstico, por RIBABEAU-DUMAS e CHABRUN. — *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*. N.º 1. Janeiro de 1928.

A difteria do lactante localiza-se de preferência nas fossas nasais, revestindo formas diversas : raramente a forma pseudo-membranosa grave, muitas mais vezes a forma larvada, coriza banal com toque mais ou menos acentuado do estado geral e, enfim, em alguns casos, a difteria está oculta e constitui uma surpresa do exame bacteriológico.

Deve-se praticar êste exame em todos os casos, porque nenhum sinal clínico é característico da difteria.

A própria constatação de bacilos diftéricos numa criança atingida por uma rinfaringite tenaz, com estado geral grave, não permite concluir sobre a origem diftérica da doença.

Pode tratar-se dum simples portador de germens; a prova terapêutica pelo sôro específico permite fazer uma discriminação mais nítida: num portador de germens, a injeccção de sôro antidiftérico pode dar uma melhoria do estado geral (e sobretudo do pêso), como nas doenças banais. Quando a doença é de origem diftérica, constata-se ao mesmo tempo uma queda de temperatura e a desapareição dos sinais clinicos. Na apreciação do grau de imunidade duma criança em face da difteria, só a dosagem da anti toxina do sôro, pode dar resultados seguros: os AA. encontraram, em crianças de menos de seis meses, 23 % de resultados positivos, número inferior ao obtido em circunstâncias análogas pela reacção de Schick. Seja como fôr, é prudente administrar sempre sôro a uma criança cujas fossas nasais revelem o bacilo diftérico.

---

MENESES.

**Observações sobre o sarampo experimental.** (*Beobachtungen bei experimentellen Masern*), por F. GOEBEL. — *Zeitschrift f. Kinderheilkunde*. Bd. XLIV. H. 1/2.

Refutando a opinião de que vinte e quatro horas depois da aparição do exantema, o sarampo deixa de ser contagioso, o A. refere factos que mostram que no quarto dia do exantema, o sarampo é transmissível pelas vias habituais, e que o sôro do doente extraído no segundo dia da erupção é ainda capaz de reproduzir a doença no individuo a quem fôr injectado, a-pesar da adição de 1 % de Yatren e da conservação prolongada na geleira. Nêste último caso aparecem os fenómenos nasofaríngeos habituais, o que parece indicar que êsses fenómenos prodrômicos são a expressão da infecção das mucosas pela eliminação do germen na sua superficie, e não por penetração inicial, como muitos creem.

---

MENESES.

**As causas e o tratamento da pneumonia post-operatória.** (*Les causes et le traitement, etc.*), por GEORGES BROHEE e COQUELET (Bruxelles). — *Journal de Chirurgie et Annales de la Soc. Belge de Chirurgie*. N.º 3. 1928. Págs. 101-125.

O A. expõe uma classificação e um resumo das causas gerais dêstes accidentes e da sua profilaxia e tratamento. Destas últimas partes, que são as que têm interesse prático, damos o seguinte resumo:

**I — Antes da operação:**

Não permitir que os doentes a operar permaneçam em meios infectados: nas salas muito cheias, como em certos hospitais, ou perto de outros doentes já atingidos por doenças bronco-pulmonares. Cuidar do seu estado geral, fraqueza, anemia, hiper — ou hipopressão, cardiopatias, arterioesclerose (digitalina, óleo canforado, clisteres alimentares, sôro rectal, transfusão, hirudinação, se fôr necessário).

Examinar cuidadosamente o aparelho respiratório, para despistar as menores lesões: retardar a operação até a desapareção completa dos fenómenos inflamatórios. Explorar bem as fossas nasais, os seios, e a faringe: tratar as suas doenças crônicas ou sub-agudas. Preventivamente em todos os casos, pôr 3 vezes por dia, em cada narina, durante os últimos dias, óleo gomenolado a 10 0/0; fazer gargarejar com solutos antisépticos. Tirar os restos de dentes, destartarisar os dentes, escová-los, vigiar se não há piorreia; pincelar as gengivas com um soluto iodado ou de azul de metilena para evitar as fraudes, ou com a tintura de Berwick (violeta de genciana e verde brilhante 2 0/0). Não fazer injeccção anestésica antes da operação.

Nas operações gastroduodenais redobrar de precauções: fazer lavagens repetidas do estômago com água iodada, segundo o método de Grégoire para desinfectar a mucosa digestiva e habituar o doente; injectar preventivamente óleo gomenolado, a 20 0/0, por via intramuscular. Aos alcoólicos, dar álcool. Evitar todas as causas de resfriamento.

### II — Durante a operação:

A sala de operações deve ser espaçosa, suficientemente aquecida e arejada. Boa posição sôbre a mesa de operações, sem alguma compressão dos membros. Garantir o doente contra tôdas as causas de resfriamento: cobri-lo bem, colocar as placas de diatermia à maneira de Crile, nas operações chocantes. Anestésico quimicamente puro. Asépsia da máscara. Sôro artificial, adrenalinado, quente nas operações chocantes ou grandes perdas de sangue. Nas operações abdominais não comprimir o abdômen e a base do tórax por grandes pensos apertados, sobretudo nos homens. No fim da operação, fazer uma revulsão no tórax com álcool, tintura de iodo, pasta ou soluto revulsivo, e pôr algodão no peito.

Pôr uma compressa de álcool puro sôbre a boca e o naris durante o transporte até ao quarto e envolver bem o doente num cobertor.

### III — Depois da operação:

Reaquecer o doente, levantar-lhe o coração com óleo canforado ou digitalis, hydratá-lo pelo sôro rectal contínuo durante dois dias, pelo menos.

Fazer uma injeccção diária intramuscular de óleo gomenolado a 20 0/0. Evitar o decubito prolongado, sobretudo nos velhos e nos enfraquecidos, e a imobilização dos membros inferiores: fazer sentar o doente o mais cêdo possível, exigir a mobilização passiva e activa das pernas; friccionar duas vezes por dia o corpo com álcool canforado; exigir o levante. Evitar a imobilização do tórax. Suprimir as dores abdominais pela bexiga de gêlo e as injeccções calmantes; evitar o meteorismo abdominal que imobiliza o diafragma por aumento da pressão intra-abdominal (sonda rectal, pequenos clisteres na ampôla rectal — 100 grs. de água, uma colher de sopa de sal e uma colher de sopa de glicerina —), injeccção de peristaltina. Facilitar a expectoração e fazer praticar ao doente movimentos respiratórios. Vigiar com atencção e diariamente o aparelho res-



piratório de todos os operados, e não esquecer que as pequenas ascensões térmicas são devidas, na maioria dos casos, a leves infecções bronco-pulmonares. Ao menor sintoma instituir imediatamente um tratamento apropriado.

MENESES.

## Biblioteca da «Lisboa Médica»

*Obras recebidas :*

**Lições de Clínica Médica**, por H. ANNES DIAS. III série. — Pôrto Alegre, 1928.

O tómo agora publicado pelo professor de Clínica Médica de Pôrto Alegre constitui o 3.º volume das suas lições. Conhecíamos os dois primeiros volumes onde Annes Dias publicara algumas das suas originaes doutrinas de Patologia.

Com o que agora recebemos, documenta Annes Dias o valor do seu ensino e o interêsse que lhe merecem todos os problemas da Clínica Médica.

Das vinte lições aqui reünidas, destacamos aquelas em que o A. estuda as nefrites sob os pontos de vista do diagnóstico, da terapêutica e do prognóstico, como as mais importantes. Formam um estudo completo das doenças renais.

Livro muito apreciável para médicos e alunos, não condensa, apenas, o estado actual da questão, para cada um dos problemas clínicos versados, isto é, não é um livro de vulgarização; as lições são um pretexto para expender doutrinas pessoais e os trabalhos clínicos do seu serviço.

Seria para desejar que os trabalhos da medicina brasileira do valor do que apresentamos ao leitor, andassem na mão dos médicos portugueses, já que entre nós, e em língua portuguesa, raros são os que se publicam.

Numa palavra: livro de aspecto e conteúdo europeus, escrito nun português elegante e castiço que não estávamos habituados a lêr em obras científicas, e com muitas doutrinas pessoais.

**Revista dos Cursos**, da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre. Anos de 1927 e 1928.

Importante colectânea de lições e conferências.

E. C.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Ch. Nicolle

Prémio Nobel de Medicina

A personalidade de Nicolle, o grande sábio francês que dirige o Instituto Pasteur de Tunis, é das mais completas. Dir-se hia um humanista, um homem da era de quinhentos, da têmpera dos Leonardo Vinci, que exploram ao mesmo tempo tôdas as comarcas do saber.

A vida e a obra de Nicolle, agora coroadas pelo Instituto Real de Carolina da Suécia, envolvem para nós uma grande lição: a sua notável obra científica foi realizada num pequeno laboratório. Os estudos do tracôma, da febre de Malta, o estudo experimental do cancro, da cultura do botão do Oriente, do Kalazar, da rubéola, da transmissão da febre recorrente, e sobretudo os estudos sôbre o tifo exantemático — reproduziu pela primeira vez o tifo nos animais depois de determinar que o piolho era o seu agente transmissor — obra notável que o consagrou como sábio de primeira plana, foram realizados num *modesto laboratório* e em região nada afeita a *tradições científicas*. Não foram necessários grandes Institutos, construções monumentais e tradição científica para que êsse normando realizasse a grande obra. Bastou o fogo sagrado da sua vontade e da sua energia para transformar aquele pedaço de terra africana, fazendo dele um grande centro da cultura bacteriológica.

Esta a principal lição que, para nós, envolve a obra de Nicolle.

Mas, além de um grande sábio, é Nicolle um grande cultor das belas artes e das boas letras. Como Henri Poincaré, para quem um problema científico era simultaneamente um problema de arte, Nicolle, imprimindo à sua vida científica o critério artístico realizou também uma grande obra literária. Obras cheias de encanto e de erudição como *La Marquise*, a história dos corsários, ou *Marmouze, Menus plaisirs de l'ennuie, Patissier de Bellone*, em que maravilhosas aventuras são contadas numa linguagem castiça e delicada, representam uma outra visão do mundo que a sua personalidade científica não consegue destruir. Noutro país, um homem de ciência que tivesse a ousadia de saltar à seara da literatura ou da arte seria imediatamente acusado de nada saber de ciência.

Charles Nicolle, durante um período de vinte e cinco anos, no decurso da sua faina científica, em terra sáfara para a ciência, cria algumas dezenas de verdades — e não, apenas, algumas centenas de referências bibliográficas — e ainda muita beleza que o seu espírito emprestou aos seus livros de arte.

Êste humanista é, pela sua fisionomia espiritual, o verdadeiro representante da cultura europeia, de cada vez mais afastada daqueles sábios tailori-



zados que, como diz Durtain, «parecidos com os operários de além mar, só sabem fazer um único gesto».

Foi esta cultura europeia que a Academia sueca premiou na pessoa de Ch. Nicolle.

EDUARDO COELHO.

\* \* \*

### Sociedade de Biologia

No dia 8 de Novembro inaugurou-se o novo ano académico na Sociedade de Biologia. Assumiu a presidência o prof. Celestino da Costa, secretariado pelo prof. Marck Atias. Foram apresentadas as seguintes comunicações:

Acção terapêutica do fígado na anemia dos cancerosos — dr. Silvério Gomes da Costa;

O soro diagnóstico da sífilis pelas reacções de Kahn e Wassermann — drs. Luís Figueira e Carlos Trincão;

A acção da ovarina no glicémia — drs. Fernando Fonseca e Carlos Trincão.

— No dia 10 do corrente reuniu de novo a secção portuguesa da Sociedade de Biologia. Foram apresentadas as seguintes comunicações:

Sobre a regeneração do tecido suprarenal — prof. Celestino da Costa;

Bainhas periarteriais na mucosa uterina gravídica — prof. Celestino da Costa;

Acção da dedaleira sobre a onda T do electrocardiograma (investigações experimentais) — dr. Eduardo Coelho;

Acção da efedrina sobre o coração do cão (Estudos electrocardiográficos) II.<sup>a</sup> nota — dr. Eduardo Coelho.

Efeitos da castração do Perú — prof. M. Athias.

\* \* \*

### Sociedade das Ciências Médicas

Realizou-se no dia 1 de Dezembro a inauguração solene do novo ano académico na Sociedade das Ciências Médicas.

O presidente cessante, dr. Costa Sacadura, abriu a sessão, secretariado pelo prof. Henrique Parreira e pelo dr. Freitas Simões. Lido, pelos secretários, os relatórios sobre o movimento no ano findo, o dr. Costa Sacadura fez o elogio do novo presidente da Sociedade, dr. Augusto da Silva Carvalho.

Em seguida, falou o dr. Silva Carvalho que principiou por agradecer as distinções com que a Sociedade o honrou. Manifestou o desejo de ver os especialistas e os clínicos gerais fazendo comunicações repetidas para que daí resulte um ensino mútuo. Finalmente, referiu-se à Medicina Social, traçando o papel importante que, nêsse campo, está reservado à Sociedade das Ciências Médicas.

## Associação dos Médicos do Centro de Portugal

A direcção da Associação dos Médicos do Centro de Portugal, em sessão última, fez a apreciação do novo regulamento sobre o ensino e exercício da Estomatologia. Segundo o parecer da mesma direcção, não deverão ser admitidos ao curso de Estomatologia senão os médicos habilitados pelas Faculdades de Medicina.

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

No dia 5 de Novembro, realizou-se, na Biblioteca da Faculdade de Medicina, uma sessão de homenagem à memória do prof. Luís de Freitas Viegas.

Presidiu à sessão o prof. Alexandre de Sousa Pinto, secretariado pelos srs. dr. Alberto de Aguiar e Carlos de Lima, representante da Misericórdia do Pôrto.

Usou da palavra o sr. dr. Sousa Pinto, seguindo-se lhe o dr. Alberto de Aguiar; ambos prestaram homenagem ao valor do falecido prof. Viegas. Foi descerrado o retrato do homenageado.

Em seguida, fêz o elogio do prof. Luís Viegas, o prof. Pires de Lima, tendo sido, ao terminar, muito felicitado pela assistência.

Ainda falaram o dr. Vilas Boas Neto e o quintanista Alvarenga de Andrade.

O sr. Luís Bastos Viegas, filho do falecido, agradeceu em seu nome e no de sua família.

— Sob a presidência do dr. Alberto de Aguiar, reuniu-se o Conselho da Faculdade de Medicina. Tomaram-se as deliberações seguintes: exarar na acta um voto de sentimento pela morte do dr. Amândio Gonçalves; saudar o prof. Ricardo Jorge por haver sido nomeado vice-presidente da Comissão de Higiene da S. D. N.; reeleger o prof. Pires de Lima para o cargo de director da Biblioteca e o prof. Almeida Garrett para o cargo de delegado ao Senado Univesitário; encarregar o prof. Alfredo de Magalhães de estudar no estrangeiro o funcionamento das Maternidades; e eleger a comissão administrativa, a qual ficou constituída pelo director e secretário da Faculdade e professores Pires de Lima, Lourenço Gomes e Rocha Pereira.

Foi ainda resolvido, após a leitura de uma carta do prof. Tiago de Almeida, participando o seu afastamento da regência da cadeira de Clínica Médica, ir cumprimentar este professor a sua casa, encarregando, ao mesmo tempo da regência da citada cadeira o prof. Rocha Pereira. Finda a sessão, um grande número de professores foi a casa do prof. Tiago de Almida, onde usou da palavra o dr. Alberto de Aguiar.

— Em 29 de Novembro, reuniu-se novamente o Conselho Escolar da Faculdade de Medicina. Resolveu-se informar o Ministro da Instrução de que o Conselho é de parecer:

1.º — Que todos os alunos pertençam à classe dos ordinários, sendo, pois, obrigatória a frequência quer às lições magistrais, quer aos trabalhos práticos (doutrina já expressa no regulamento da Faculdade).

2.º — Que todos os alunos finalizem o curso médico com a defeza de uma dissertação para tal fim expressamente elaborada e impressa, havendo, pois, um só grau académico — doutor em medicina — cujo diploma deve ser indispensável para o exercício da profissão médica.

3.º — Que não haja exames de admissão, porquanto estes são dispensáveis desde que o curso preparatório da F. Q. N. seja professado com o necessário rigor e desde que nas Faculdades de Medicina se cumpra integralmente com o disposto já no regulamento daquela Faculdade.

O Conselho ainda deliberou: pedir ao ministro que seja ouvida sempre a Faculdade sobre tôdas as questões de ensino médico; agradecer ao fisiologista francês Floreun por ter aceito a regência de um curso de Fisiologia da Faculdade; abrir concurso para uma vaga de 2.º assistente de medicina interna; e, finalmente, nomear assistentes livres de Obstetrícia e Ginecologia os licenciados D. Adelina de Sousa Victor, D. Josina de Lima Ribeiro, José Fernandes Rodrigues e Oscar de Andrade Ribeiro.

— A seu pedido, foi exonerado do cargo de chefe do Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina o dr. Hernani Barbosa.

#### De Coimbra

No dia 27 do mês passado houve reunião do Conselho Escolar da Faculdade de Medicina. Aprovou-se a proposta relativa à independência das duas secções, do Laboratório de Radiologia e Electrologia, as quais ficarão com direcções separadas, e tomou-se conhecimento do relatório sobre o ensino e o exercício da Estomatologia em Portugal. Foi, ainda, resolvida a recondução do segundo assistente em serviço na cadeira de patologia geral, dr. Guilherme de Albuquerque.

— Vai ser proposto pelo Conselho da Faculdade de Medicina que o dr. Egidio Aires seja nomeado director do Laboratório de Radiologia.

— Foi nomeado director da 3.ª secção do Instituto de Criminologia o dr. Mário Simões Trincão.

— Os Drs. Geraldino Brites e Almeida Ribeiro representaram a Faculdade na homenagem aos médicos de Loriga.

— O dr. Nunes da Siva, juiz do Supremo Tribunal de Justiça, presidirá ao inquérito à Faculdade de Medicina por motivo do conflito havido com o assistente, dr. Luís Raposo.

#### De Lisboa

Foi contratado o dr. Luís Simões Raposo para continuar a desempenhar o cargo de 1.º assistente da cadeira de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Faculdade de Medicina, até ao fim do ano escolar de 1928-29.



### **Prof. Ricardo Jorge**

Pela Sociedade das Nações foi o prof. Ricardo Jorge nomeado seu delegado à Conferência Internacional do Sono, que deve realizar-se em Paris.



### **Prof. Carlos de Melo**

O pessoal do Hospital Escolar de Santa Marta promoveu, no dia 28 do mês passado, uma manifestação de apreço ao prof. Carlos de Melo, director do mesmo Hospital. Foi descerrado o retrato d'êste professor, usando da palavra alguns empregados. O prof. Carlos de Melo agradeceu a homenagem.



### **Prémio Nobel**

O prémio Nobel de química foi concedido ao professor e químico alemão Windaus, pelas suas investigações sôbre a vitamina D.



### **Curso de Medicina Sanitária**

Segundo o aviso do Instituto Central de Higiene, os alunos que obtiveram frequência e encerraram matrícula no Curso de Medicina Sanitária deveriam ter requerido até 30 do mês passado para serem submetidos a exame a 12 do mês corrente.



### **Escola de Enfermagem**

O sr. dr. Sebastião Cabral da Costa Sacadura, director de serviço de Obstetrícia, foi nomeado, em comissão, director da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Foram também nomeados professores da mesma Escola os srs. drs. Fernando de Freitas Simões e Joaquim Moreira Fontes, assistentes da especialidade de Obstetrícia e os srs. drs. Pedro José da Cunha Mendonça e Meneses e Francisco Cabral Sacadura, respectivamente interno do 3.º ano e interno do 2.º ano da mesma especialidade.

\*  
\*   \*  
\*

### O ensino da Estomatologia

Já está instalada a comissão que deve elaborar as bases do ensino da Estomatologia. O presidente da comissão, prof. Francisco Gentil, escolheu, para secretário, o dr. Jaime de Magalhães e, para relactor do ante-projecto das deliberações tomadas pela comissão, o sr. dr. Simões Baião.

\*  
\*   \*  
\*

### Congresso de Medicina Tropical

O prof. Aires Kopke representou a Escola de Medicina Tropical no Congresso desta especialidade que se realisou no Cairo. Foram representantes das províncias de Angola, Moçambique e Goa, respectivamente os drs. Eurico de Almeida, Máximo Pratas e Germano Correia.

\*  
\*   \*  
\*

### Hospitais

#### Da Marinha

Tomaram posse dos cargos de director e sub-director do Hospital da Marinha os drs. Henrique Carlos Rodrigues e António Fernandes.

As obras a efectuar neste hospital, entre as quais se contam as instalações para aquecimento nas enfermarias e dependências, começarão brevemente.

#### Militar da Estréla

Com a assistência do chefe do Estado, realizou-se no Hospital Militar da Estréla, a inauguração do novo pavilhão para as famílias de officiaes e sargentos. O pavilhão compõe-se de vinte quartos, uma sala de operações, uma sala de esterilizações, uma sala de jantar e outra de visitas; ainda tem quartos para os enfermeiros e casas de banho.

\*  
\*   \*  
\*

### Junta de Saúde Naval

O capitão de mar e guerra médico dr. José Jorge Pereira, inspector de Saúde Naval foi autorizado a passar para a inspecção de saúde aos navios e estações dependentes do Ministério da Marinha.

— Foi nomeado suplente à presidência da Junta de Saúde Naval o capitão de fragata médico dr. António Augusto Fernandes.

\*  
\*  
\*

### Doença do Sono

A missão que está estudando a doença do sono em Moçambique descobriu um foco daquela doença entre os indígenas do praso de Chicorongué.

\*  
\*  
\*

### Assistência em Moçambique

Para a assistência em Moçambique, foram autorizadas as verbas seguintes: construção de enfermarias e postos sanitários na circunscrições e sua manutenção 600 contos; construção de um manicómio para indígenas 1.600 contos; construção de hospitais em Gaza, Inhambane e Quelimane 1.600 contos.

\*  
\*  
\*

### Médicos Municipais

Foi determinado que, enquanto não houver médicos graduados, conforme o disposto no artigo 24.º do decreto 12.477, possam concorrer aos lugares de médico municipal os facultativos que, além do seu diploma de formatura, tenham aprovação no exame de medicina sanitária.

\*  
\*  
\*

### Cadeira de Psicologia geral e experimental

O dr. Maximino José de Moraes Correia, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra vai reger interinamente, no ano escolar de 1928-29, a cadeira de Psicologia geral e o curso de Psicologia experimental da Faculdade de Letras da mesma Universidade.

\*  
\*  
\*

### Profilaxia anti-venérea

A direcção dos Serviços de Saúde da Armada instalou no Arsenal da Marinha o primeiro posto de profilaxia anti-venérea que funcionará consoante as intruções publicadas na Ordem Geral da Armada, da autoria do dr. R. Saavedra, director da consulta de doenças venéreas do Hospital da Marinha.

\*  
\*   \*  
\*

### Permuta

Foi autorizada a permuta de lugares entre a dr.<sup>a</sup> D. Helena de Jesus Calado, chefe do laboratório da 1.<sup>a</sup> Clínica Médica do Hospital Escolar e o dr. Adelino José da Costa, chefe do laboratório da clínica Propedêutica do mesmo Hospital.

\*  
\*   \*

### Homenagem

Os habitantes de Loriga, concelho de Seia, prestaram, nos dias 1 e 2 do mês corrente, uma homenagem à memória dos drs. Simões Pereira e Amorim da Fonseca que, no cumprimento do seu dever, foram vitimados pelo tifo exantemático.

Após uma sessão solene em que foram descerrados os retratos dos dois médicos, inaugurou-se um monumento ao dr. Simões Pereira, mandado erigir por subscrição pública. Foram entregues às filhas do homenageado as insígnias da Torre Espada e Instrução e Benemerência.

As cerimónias assistiram os delegados da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e os representantes do curso Médico de 1907 a que pertenceu o dr. Simões Pereira.

\*  
\*   \*

### Epidemia

Na freguezia de Vila Nunes, perto de Arco de Baulhe, grassa, com grande intensidade uma epidemia de sarampo.

\*  
\*   \*

### Necrologia

Faleceram, em Venda-Nova, o dr. Manuel Martins Marques, capitão médico do quadro de saúde de Moçambique; em Santo Tirso, o dr. Arnaldo Baptista Coelho; e, em Lisboa, o dr. Eduardo Coutinho de Oliveira Mota, capitão-médico e a dr.<sup>a</sup> D. Isaura de Albuquerque Pais Ramos.





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

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



**Opoterapias hepática e biliar**  
asociadas aos colagogos

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

### **PRISÃO DE VENTRE; AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

**Lavagem**  
de **Extracto de Bilis**  
glicerinado  
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.

Crianças:  $\frac{1}{2}$  dose

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

# **ADRENALINA BYLA**

**Solução a 1/1.000**

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

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

**AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

**RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA**



# JEMALT

Oleo de figado de bacalhau desprovido do seu gosto característico desagradavel

Opinião dum medico:

*„Felicito-vos por ter creado o JEMALT que é verdadeiramente um triunfo de tecnica pharmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de figado de bacalhau, está encantada com o Jemalt. Eu mesmo notei o seu gosto excelente e recitei-o largamente este inverno enquanto que até aqui não me decidia a atormentar as creanças com o oleo de figado de bacalhau.*  
Dr. O. H. V.

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30 % de oleo de figado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de figado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrofulosas, rachiticas ou fracas que precisem de oleo de figado de bacalhau mas que o recusem, o JEMALT dá-lhes a cura, não havendo então produto que o substitua.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

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

*Amostras e literaturas á disposição dos interessados*