

Ano VI

N.º 4

Abril de 1929



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

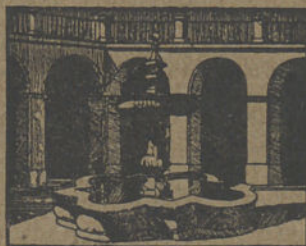
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

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

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Veja-se literatura dos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

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

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

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

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 75

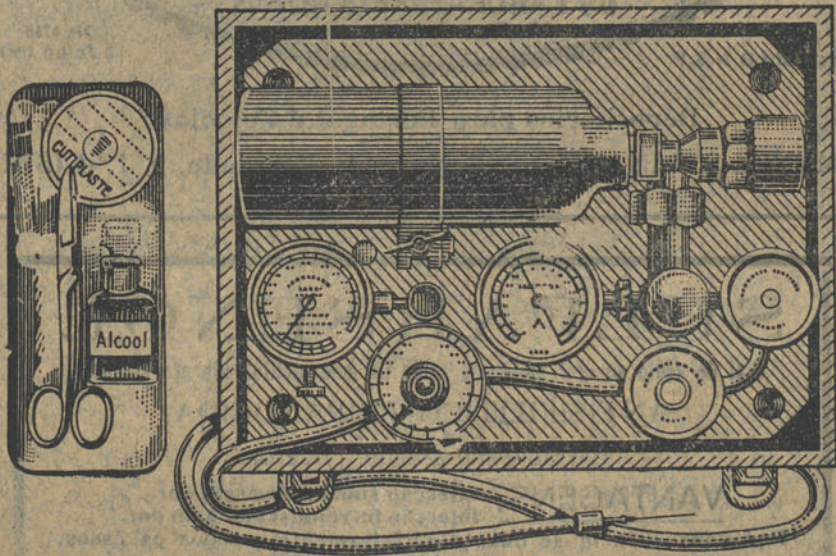
OXIGENADOR DO DR. LESIEUR

DA

S. T É O X I G E T T

É o unico aparelho que permite uma pratica perfeita e segura
na oxigenoterapia sub cutanea

É SIMPLES, ECONOMICO e PORTATIL



Dosea automaticamente, com todo o rigor
o oxigeno injectado, depois de o purificar

Pedir todos os esclarecimentos e demonstrações aos representantes e depositarios

DAVITA, L.^{DA}

Rua Eugenio dos Santos, 81
LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoários.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

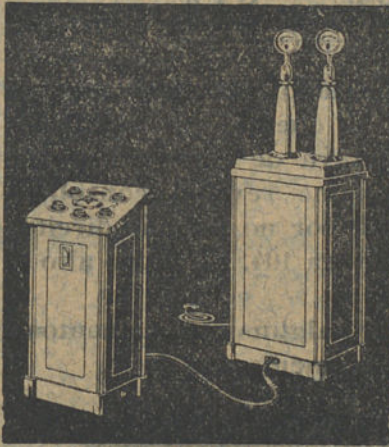
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



Os melhores
 aparelhos de
RAIOS X
 E
Electromedicina

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

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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

Opinião de alguns médicos: N.º 8

Recentemente fui chamado para um caso de pneumonia e encontrei o doente em condições muito más. A doença datava de alguns dias sem assistência médica. O exame revelou consolidação completa do lobe inferior no pulmão direito; dyspnea intensa, temperatura 104, F., pulso alto — cyanose.

Dei da minha algibeira alguns medicamentos e ordenei que fizesse absolutamente uso de

Antiphlogistine
— TRADE-MARK —

e não tomasse mais nada sem minha indicação.

Foi convenientemente aplicada e o filho do doente disse-me no dia seguinte que o pai estava muito melhor. Na manhã seguinte encontrei-o com uma grande diferença, — estava socegado — livre de dôres; a cyanose tinha desaparecido, a temperatura baixou. O doente disse:

«Eu não sei o que me fez, mas o que é certo é que me salvou a vida».

The Denver Chemical MFG, Co., New-York

LABORATORIOS :

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

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Caes de Sodré — LISBOA

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

da fábrica ALLEN & HANBURYS, LTD., fundada em 1715

N.º 1 — Lacteo, para recém-nascidos**N.º 2** — Lacteo, dos 3 aos 6 meses**N.º 3** — Maltado, depois dos 6 meses e adultos**Diet** — para dispepticos e velhos**Biscolitos** — maltados, para o desmame**Farinha** — para diabéticos, etc.**Oleo de Fig. de Bac.** — com malte (Byno)**Parafina** — contra prisão de ventre**Extracto de Malto** — puro (Torch)**Pastilhas** — mentol, eucalipto, etc.**Biberons** — o melhor modelo**Sabonetes** — «Baby Soap», para peles finas**Carno líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de ricino, etc.****APRECIADOS PELOS MÉDICOS
PREFERIDOS PELA ÉLITE****Folhetos, tabélas e impressos aos Ex.^{mos} clínicos****TERMÓMETROS****HICKS****GARANTIDOS****CLÍNICOS**

N.ºs 1, 2, 3 e 17

marca

registada

GENUÍNOS

prismáticos, UM ou 1/2 MINUTO

USADOS

pelo HOSPITAL DA MARINHA

pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.

A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo**INSULINA 'A.B.'**
MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra á classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a demais seguros e satisfatorios resultados.

CARACTERÍSTICAS:

Uniformidade das unidades. — Potencia e inalterabilidade em qualquer clima. — Pureza e esterilidade completas. — Ausencia de proteínas que produzam reacção e portanto, dos seus desagradaveis efeitos

APROVADA:

pelo III.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS

A de maior venda no país e

A ÚNICA adquirida pela MISERICORDIA DE LISBOA

A acção da INSULINA A. B. avalia-se por meio das mais completas provas fisiológicas e baseia-se na unidade convencionada e no produto-padrão

Cada lote antes de saír da fábrica é vistoriado pelo Conselho Britânico de Pesquisas médicas

Fornece-se em duas forças:20 UNIDADES POR C. C.
5 c. c. (frascinhos de 100 un. ou 10 doses)
25 c. c. (frascinhos de 500 un. ou 50 doses)
40 UNIDADES POR C. C.
5 c. c. (frascinhos de 200 un. ou 20 doses)
À disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».**FABRICANTES UNIDOS:****ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSE, LTD.**

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradouros, 29, 1.º — LISBOA — Telf. C. 1386. Telog. DELTA

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

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

Resultados excelentes!

Sabor agradável

SPETON

PASTILHAS
ANTISEPTICAS
E
PROFILATICAS

O protector
ideal para
as mulheres

Conhecidas
desde ha mais
de 25 anos



GONOCIN

Antibienorrhagico **INTERNO**
poderoso

Excelente desinfectante das
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diuretico e anaphrodisiaco

Efeitos seguros em casos
recentes e chronicos de
gonorrea e cistite

Poderoso desinfectante vaginal

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

Depositarios exclusivos: Henrique Linker, L.ª - Lisboa, R. D. Pedro V, 32-36

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\$000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO: 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

CIGARROS
DE ABYSSINIA

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito efficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o

8, Rue Dombasle, 8

PARIS

E BOAS PHARMACIAS

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

C¹⁵ H²⁶ O

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia. Cistite. Piérite. Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA

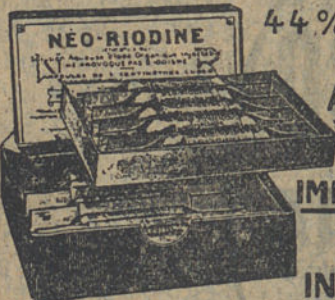


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE

C³ H⁶ O⁴ I⁵ Na

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃOIMMEDIATAINTENSA

Em Injecções intramusculares e intra-venozas.

Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

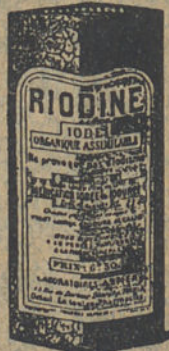
NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

(C¹⁸ H³³ O³)³ (IH)² C³ H⁵

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.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes	
<i>Sub-luxação de Madelung-Duplay</i> , por Carlos A. Vidal	pág. 219
<i>Sarcoma orbitário de crescimento invulgar</i> , por Lopes de Andrade....	» 240
Notas clínicas	
<i>Considerações sôbre a epilepsia, sua etiologia e tratamento</i> , por Luis Pacheco	» 249
Sessões científicas do Hospital Escolar	
<i>Sessão de 15 de Fevereiro de 1929</i>	» 254
<i>Sessão de 28 de Fevereiro de 1929</i>	» 255
<i>Sessão de 15 de Março de 1929</i>	» 258
Bibliografia	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 259
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 273
<i>Notícias & Informações</i>	» XXV

Serviço de Clínica Propedéutica
(Prof. Lopo de Carvalho)

SUB-LUXAÇÃO DE MADELUNG-DUPLAY (1) (CARPUS CURVUS)

CONSIDERAÇÕES SÔBRE TRÊS CASOS CLÍNICOS

POR

CARLOS A. VIDAL

A sub-luxação do punho, tipo Madelung-Duplay, é uma entidade clínica bastante rara, de que só há descritas umas dezenas de casos, e em que não são concordes as opiniões dos diferentes autores, quer no que respeita à etiologia e à patogenia, quer no que respeita ainda aos processos terapêuticos.

A sua descrição, tanto quanto possível detalhada, foi feita pela primeira vez por Madelung no Congresso Alemão de Cirurgia de 1878, onde apresentou cinco casos clínicos em adultos, que classificou de espontâneos. Contudo, já no *Dictionnaire Abrégé de Sciences Médicales*, de Begin, editado em 1825, e nas lições de Dupuytren, no Hôtel Dieu, em 1834, se encontram casos de provável sub-luxação da mão, facilmente redutíveis, atribuídos à laxidez cápsulo-ligamentosa, e que aparentam o tipo de Madelung.

Outras referências se encontram no *Tratado de Anatomia Patológica*, de Cruveillier, no *Tratado de Fracturas e Luxações*

(1) Comunicação apresentada nas reuniões científicas do Hospital Escolar de Santa Marta em sessão de 15 de Março de 1929.

de Malgaigne (1855), fora os casos publicados por OTTO WEBER (1859), BUSH (1864), BINET (1874) e o de JEAN (1875) apresentado à Sociedade Anatómica de Paris, com a primeira dissecação anatómica, numa velha de 73 anos, falecida na Salpêtrière, que o autor classificou de congénita, notando a luxação completa do cúbito e a incompleta do rádio em relação aos ossos do carpo.

Na opinião de STETTEN, os dois casos descritos por SMITH em 1864 devem ser excluídos do verdadeiro tipo de MADELUNG.

Só depois da comunicação de MADELUNG se multiplicou o número de observações, como as de POOLEY, FELIX, VON BUGMANN, HÖLFE, BODE, etc.; citando ABADIE (1903) 71 casos descritos, número êste provavelmente exagerado, porque POULSEN (1904), em trabalho ulterior, só verificava um total de 40, incluso duas observações pessoais.

Em 1895, DUPLAY chamava a atenção para o papel da curvatura radial, como elemento primordial e base anatómica da deformidade, e propunha a osteotomia linear do têrço inferior do rádio.

Na literatura médica portuguesa apenas temos conhecimento dum único caso, descrito pelo Prof. CABEÇA em 1899, sob a designação de «Sub-luxação espontânea do punho — *Carpus curvus*». Com JAGOT d'ANGERS, DESDOT e GONGOLPHE, foi um dos primeiros que apresentou documentação radiográfica dos casos observados.

Os dois primeiros casos clínicos de que nos vamos ocupar, mantendo o tipo anatómico da sub-luxação de Madelung-Duplay, afastam-se dela no que diz respeito à espontaneidade das lesões, pois são pertença de irmãs, em cuja família é mais de uma vez notório o aparecimento da sub-luxação dos punhos, com feição congénita e hereditária, além da bilateralidade, e antes enfileiram ao lado dos casos de JEAN, JAGOT, MALFUSON, DEKEYSER e BRANDES, que insistem na característica hereditária defendendo a sua origem congénita. O terceiro caso é exemplo duma sub-luxação de Madelung traumática, num pequeno de 10 anos, por consolidação viciosa duma fractura diafiso-epifisária dos ossos do antebraço, e que nos foi cedido pelo Prof. Salazar de Sousa, dum caso do seu arquivo da Consulta de Ortopedia e Pediatria no Hospital Estefânia. Nos dois primeiros casos fizemos o estudo dos movimentos da articulação do punho, sob *écran* radioscópico,

**OPOTERAPIA
FEMININA**

CINECINA

SEIXAS-PALMA

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

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA**

**NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.**

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

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

FOI para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

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

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

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

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

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

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



o que nos permitiu um certo número de revelações interessantes, a que não encontrámos referências, porque a documentação dos trabalhos publicados se limita à descrição radiográfica e estudo macroscópico da limitação dos movimentos, sem detalhes do comportamento relativo das superfícies articulares e das conexões ósseas, durante êsses movimentos.

Em seguida tentaremos esquematizar as opiniões e os dados dos diferentes autores que dêste assunto se têm interessado, e apresentaremos as conclusões finais do estudo a que procedemos.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I. — E., de 45 anos, solteira, criada de servir, natural de Mangualde e residente em Lisboa. Deu entrada na Enfermaria P. B. do Serviço de Propedêutica Médica do Hospital de Santa Marta, para tratamento duma tuberculose pulmonar fibro-caseosa activa cavitária, bilateral, evoluindo de há cêrca de três anos.

Antecedentes hereditários. — Pai falecido de pneumonia, mãe falecida em idade avançada de lesão cardíaca; possuiu em ambos os punhos deformação idêntica à da doente, mas em menor grau.

Antecedentes colaterais. — 4 irmãos: um falecido que tinha epilepsia; os 3 restantes são vivos; um sofre de bronquite asmática, outro é portador dum *genu valgum* desde nascença, e o terceiro é saudável. 4 irmãs: uma hemiplégica, uma outra já falecida, que também era portadora de igual sub-luxação em ambos os punhos; uma terceira falecida de bacilose pulmonar, que não apresentava deformidade dos punhos; uma filha desta nasceu com os punhos disformes, análogos aos da restante família; emprega-se em serviços domésticos, executa todos os trabalhos com facilidade e sem dores. A quarta, também portadora de sub-luxação de Madelung, é objecto da observação seguinte

Antecedentes pessoais. — Febres intestinais em pequena. Bronquites repetidas. Operada de apendicite em 1913, de úlcera gástrica e de quisto da traqueia em 1917.

Anamnese. — (Propositadamente só faremos referência aos elementos que possam ser relacionados com o assunto de que nos ocupamos, deixando de lado os comemorativos referentes às lesões pulmonares, que deixamos classificados no início da observação). Sabe que à nascença já os pais lhe notaram os punhos com o aspecto vulgar na família. Foi amamentada pela mãe, teve a dentição na época normal e ignora em que idade começou a andar. Não teve doenças ósseas em pequena, nem em adulta. Não teve traumatismos nos punhos. Empregou-se em trabalhos do campo, agora é cozinheira, e nunca sentiu dores articulares nem dificuldade de executar qualquer movimento. Nunca lhe incharam os punhos.

Exame dos punhos. — Examinados pela face dorsal, ou pelo bordo interno,

nota-se a saliência da extremidade inferior do cúbito, mais acentuada na mão esquerda do que na mão direita, e o deslocamento completo da mão no sentido da face palmar, em relação ao plano do antebraço, que prolongado passa sôbre a face dorsal da mesma, indo tocá-la num ponto correspondente à extremidade distal dos metacarpos. Esta saliência mostra-nos esquematicamente a morfologia da epífise cubital inferior, em virtude de os tegumentos que a cobrem serem poucos espessos, sendo fácil a sua palpação em quasi toda a totalidade da sua circunferência. Verifica-se mais que o eixo da mão sofreu uma inclinação no sentido do bordo cubital, indo formar um ângulo obtuso

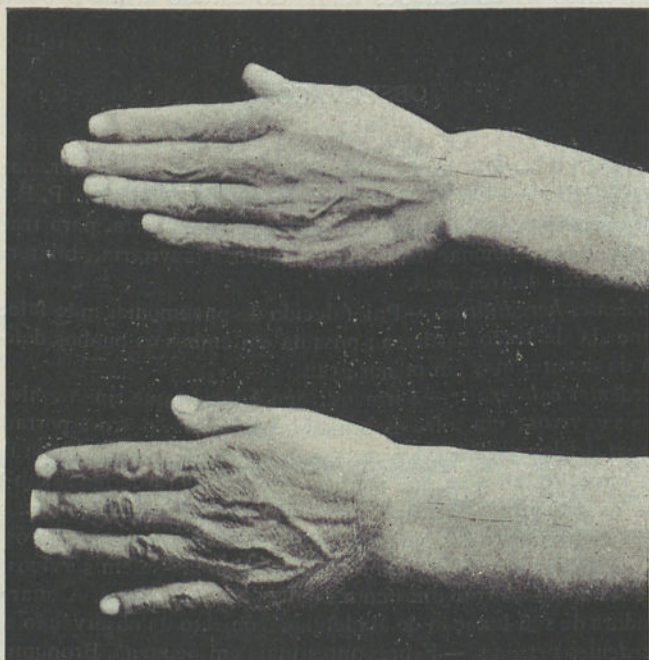


Fig. 1 — Mão esquerda. Obs. I e II

com o eixo sagital do antebraço, de abertura interna. Êste deslocamento que se efectua em tórno da articulação rádio-cárpica, e que se vê mais acentuadamente na mão esquerda do que na mão direita, é resultado da luxação cúbito-palmar; o lado interno da cúpula do maciço ósseo do carpo, sob a acção do *tonus* fisiológico dos músculos do antebraço, é repuxado para cima e para fora; daqui resulta que a epífise cubital inferior cavalga sôbre a face dorsal da primeira fileira dos ossos do carpo, tornando difícil a exploração dessa face a êsse nível.

Na face palmar observa-se que a eminência tenar mantém a sua morfologia normal, emquanto que no lado interno a saliência hipotenar é mais pro-

DRYCO

IRRADIADO

«Uma das maiores vantagens do uso do DRYCO é a possibilidade de fazer variar, á vontade, a relação entre a quantidade de agua, a gordura e os outros elementos do leite».

Prof. Ch. Porcher, Lyon

Se a esta juntarmos o poder anti-raquítico, proveniente da Irradiação Ultra-Violeta, teremos encontrado a razão porque é considerado o LEITE IDEAL para a alimentação infantil.

The Dry Milk Company

15, PARK ROW—NEW-YORK

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

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.ª

RUA NOVA DA TRINDADE, 9-1.º — LISBOA

HEXOPHAN



Poderoso medicamento contra a gotta

Ação rápida e duradoura, dissolvente do ácido úrico, não produz transtornos gastro-intestinais. — Internamente :

3 a 4 vezes por dia 1 grama

Empacotamento original «Hoechst».

Tubos de 20 comprimidos de 1 grama

Literatura e amostras a pedido dos srs. médicos

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico 'Bayer-Meister Lucius'

Representante-depositário : AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



nunciada, sendo fácil a exploração do piramidal e pisiforme, mesmo pela sua face superior, que se verificam estar livres da conexão óssea com o cúbito. Está muito marcado o relêvo dos tendões dos músculos flexores e em especial o tendão do cubital anterior.

Perímetro	punho direito	17,3 cm.;	esquerdo	17,1 cm.
Diâmetro transversal	»	»	5,5 cm.;	» 6
Espessura máxima..	»	»	3 cm.;	» 3,7 cm.

Não há alterações tróficas ou vaso-motoras dos tegumentos. Não há atrofia muscular. Reflexos normais. Não há alterações de sensibilidade. Em ambas as mãos se nota, pela palpação, que o bordo interno do rádio descreve no seu quarto inferior uma curva de concavidade voltada para o lado palmar, enquanto que o bordo interno do cúbito se mantém rectilíneo. Mantendo o carpo fixo, e fazendo pressão sobre a face dorsal da epífise cubital inferior, consegue-se, sem provocar dor, reduzir a luxação do cúbito. Durante a manobra tem-se a sensação de resistência elástica não forte, e a impressão subjectiva, confirmada ulteriormente no exame radioscópico, que se dá um afastamento divergente das epífises inferiores do cúbito e do rádio. Logo que cessa a pressão exercida sobre o cúbito este volta à sua posição inicial, não se mantendo a redução, mesmo na posição de extensão e abdução forçada. Mantendo a luxação reduzida por uma braçadeira, e medindo a força muscular com um manómetro manual, observamos que por esse motivo não resulta acréscimo dos valores correspondentes ao esforço muscular antes da redução.

	À direita	À esquerda
Antes da redução	11	10
Depois da redução	11	9

Reacção de Wassermann. — Negativa.

Exame radiográfico. — Posição lateral (bordo cubital assente na película). — Descalcificação generalizada dos ossos do antebraço e mão. Deslocamento da mão no sentido da face palmar; medeia uma distância de 1,5 cm. na mão direita, e de 2 cm. na mão esquerda, entre o eixo sagital do antebraço e o da mão. Não há alteração da forma ou da estrutura do cúbito, que se mantém rectilíneo, mas luxado na sua articulação com o piramidal. O rádio apresenta uma curvatura de concavidade palmar, mais acentuada na mão esquerda, de sede justa epifisária, e mantém as suas relações normais com o carpo, em que se não nota qualquer alteração, bem como no resto dos ossos da mão.

Posição frontal (face palmar assente na película). — Rarefacção óssea, em maior grau no cúbito do que no rádio, verificando-se neste a estrutura aureolar das trabéculas ósseas. O eixo sagital do antebraço forma com o eixo sagital da mão um ângulo obtuso de abertura interna. Ligeiro aumento do espaço inter-ósseo da articulação rádio-cubital inferior. Inclinação superior ao normal, no sentido cubital, da cavidade glenoidea do rádio. A apófise estilóidea do rádio fica à direita, 0,5 cm. mais baixa do que a apófise estilóidea

do cúbito; à esquerda estão ao mesmo nível; resulta daqui que o eixo bi-estiloideo, que faz em média um ângulo de 18 a 20 graus com o eixo horizontal, tende a aproximar-se dêle, mais acentuadamente na mão esquerda. O maço ósseo do carpo mantém a sua estrutura, sendo normais as conexões íntimas dos ossos que o compõem. Não há alterações da forma, estrutura ou conexões dos ossos da mão. Não há aumento da cabeça do cúbito, que à palpação parecia hipertrofiada.

OBSERVAÇÃO II. — M., de 50 anos, solteira, cozinheira, natural de Cubos, concelho de Mangualde.

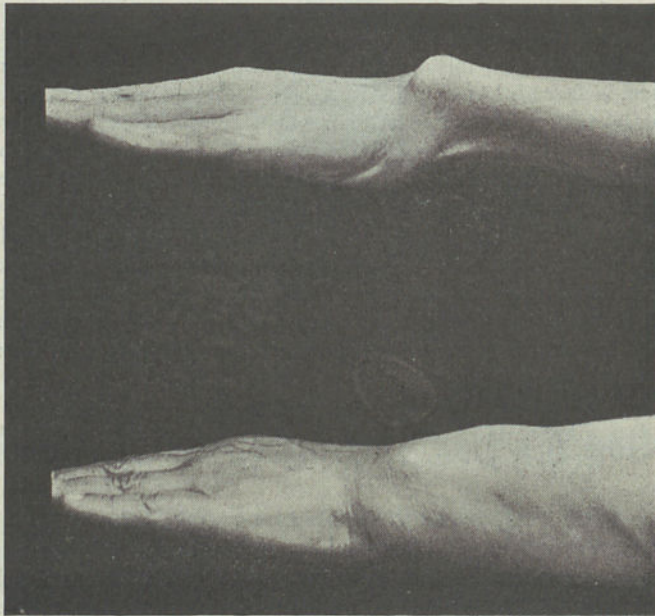


Fig. 2 — Mão esquerda. Obs. I e II

Antecedentes hereditários e colaterais. — Vide observação I.

Antecedentes pessoais. — Sarampo, varíola, febre tifóide e pneumonia.

Anamnese. — Sabe também que tem os punhos disformes desde nascença. Nunca deu nenhum traumatismo neles, nem tão pouco teve qualquer doença óssea. Nunca sentiu impossibilidade de trabalho, nem dores ao executar movimentos mais violentos. Foi amamentada pela mãe até ao ano; dentição na época normal. Começou a andar no tempo devido. Nunca sentiu parestesias. Não há alterações dos reflexos nem da sensibilidade.

Exame dos punhos. — A saliência da cabeça do cúbito é menos evidente, devido à maior espessura dos tegumentos, mas nota-se o mesmo deslocamento otal da mão, no sentido da face palmar, indo o plano sagital do antebraço

passar sôbre o dorso dos metacarpos. É de mais difícil palpação; a extremidade inferior do cúbito, contudo, apresenta-se livre e executa movimentos extensos no sentido dorsal ou palmar, evidenciando a mesma laxidez ligamentosa que na observação I. Observa-se o mesmo deslocamento do eixo sagital da mão, no sentido do bordo interno do antebraço. A luxação não se contém depois de reduzida, mas aumenta sensivelmente nessa posição a fôrça muscular :

	A' esquerda	A' direita
Antes da redução	11	11
Depois da redução	15	13

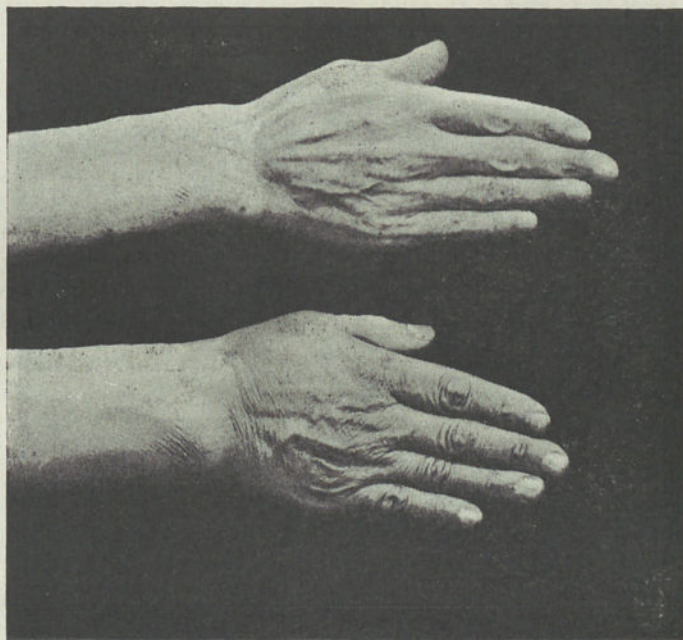


Fig. 3. — Mão direita. Obs. I e II

O perímetro do punho, medido com o auxílio dumafita métrica, dá-nos os seguintes números :

Punho direito	18 cm.
» esquerdo!	17 cm.

Diâmetro transverso dos punhos :

À direita	6 cm.
À esquerda	6 cm.

Espessura máxima :

Punho direito	4 cm.
» esquerdo	5,5 cm.

A deformidade é de grau sensivelmente igual em ambos os punhos.

Reacção de Wassermann. — Negativa.

Exame radiográfico. — Posição lateral (bordo cubital assente na película). — Não se verifica em qualquer das radiografias rarefacção óssea. Há o deslocamento da mão no sentido da face palmar, mais acentuado na mão direita do que na mão esquerda. Não se verifica a existência de alteração da

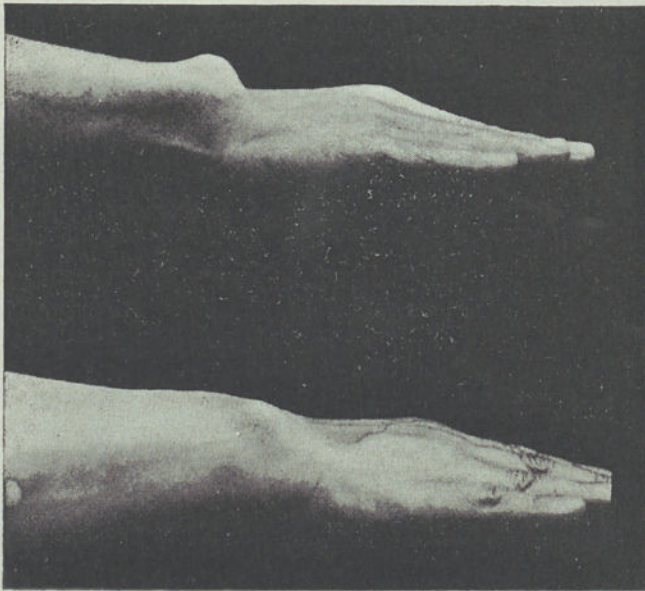


Fig. 4. — Mão direita. Obs. I e II

forma ou da estrutura do cúbito, que se apresenta rectilíneo, mas luxado na conexão com o carpo, sendo o seu afastamento de 1,5 cm. para a mão direita e de 1 cm. para a mão esquerda. O rádio apresenta uma curvatura palmar no seu terço inferior, de ângulo menor na mão direita, estendendo-se nesta mais sobre a diafise do que se verifica à esquerda. Mantém normais as suas conexões articulares com os ossos do carpo. Este, bem como os da mão, não mostra alterações na estrutura ou nas suas articulações reciprocas.

Posição frontal (face palmar assente na película). — Inclinação do eixo sagital da mão em relação ao do antebraço, de abertura interna, mais marcado na mão direita do que na mão esquerda. Verifica-se a luxação cúbito-palmar, mas na mão esquerda o cúbito ocupa uma posição que se aproxima

mais da normal, notando-se contudo um aumento da espessura da entrelinha articular a esse nível. Em ambas as mãos a linha bi-estiloídea é perpendicular ao eixo sagital do antebraço.

Há um afastamento marcado das superfícies articulares da articulação rádio-cubital inferior. Na mão direita, os bordos da epífise radial inferior são irregulares, diferindo um pouco do aspecto normal, sem que se note contudo alterações que possam corresponder a um processo de exostose ou de atrofia.

Radiografias dos ossos do antebraço esquerdo. — Foram tiradas duas radiografias, uma em sentido frontal e outra de incidência lateral sobre o bordo radial. Do exame em conjunto averigua-se: a direcção rectilínea do cúbito, a curvatura justa-epifisária da epífise inferior do rádio, não nos permitindo a espessura do espaço inter-ósseo a afirmativa da existência de luxação da articulação rádio-cubital inferior, mas a este respeito chamamos a atenção para os dados que obtivemos no exame funcional sob *écran* radioscópico.

Não há acréscimo sensível de nenhum dos ossos do antebraço: comprimento do cúbito 23 cm. — do rádio 21 cm., números que se não afastam das médias estabelecidas por W. KRAUSE, sobre o comprimento médio destes ossos em função da altura do individuo. Nem pelo exame destas radiografias, nem pelo exame das anteriores, se pode concluir da existência duma torção do rádio segundo o eixo vertical no sentido da pronação.

Exame da delimitação dos movimentos. Exame radioscópico. — Damos no quadro seguinte o resultado das nossas observações:

		Flexão de	Extensão de	Adução	Abdução	Pronação	Supinação
Observação I	Punho direito	80°	45°	Aumentada	Limitada	Normal	Normal
	Punho esquerdo	90	45°	»	»	Extensa	Limitada
Observação II	Punho direito	80°	45°	»	»	Normal	Normal
	Punho esquerdo	90°	45°	»	»	Normal	Normal

Donde se conclui que a maior alteração da excursão dos movimentos incide principalmente sobre a extensão e abdução, não havendo uniformidade de concordância no que respeita à pronação e supinação do punho esquerdo da 1.^a observação. Vejamos agora os dados que obtivemos, no estudo destes movimentos feito sobre *écran* radioscópico. Para não nos alongarmos em demasia daremos estes resultados referidos a um só punho, visto termos obtido concordância de detalhes nos exames praticados em cada punho de per si.

Extensão e flexão. — Punhos em posição intermédia de flexão e extensão, tærço superior do antebraço assente sôbre um plano horizontal, incidência sôbre o bordo cubital (estes pontos de referência correspondem às posições verificadas nas radiografias tiradas com a mesma incidência para a mão esquerda, e de incidência contrária para a mão direita). Mandámos em seguida executar movimentos de flexão e extensão dos punhos. Verificámos a existência da mesma delimitação obtida no exame externo, mas o que nos surpreendeu foi o facto de o cúbito se manter alheio a qualquer dêstes movimentos, fixo na posição indicada nas radiografias, enquanto que o rádio passivamente participava dêles, favorecendo-os na sua excursão. Assim, ao começar a flexão do punho nota-se o abaixamento da epífise radial inferior, descrevendo a sua extremidade distal um arco de curva, com centro na articulação rádio-humeral, que vai progredindo até a flexão máxima, chegando a observar-se, neste momento, que o trajecto foi tal que o bordo superior do rádio ficou abaixo do bordo inferior do cúbito e dêle separado nò seu extremo por uma distância de cêrca de 1 centímetro. Movimento de ascensão contrário verificámos ao voltar a articulação a posição primitiva. A torção do carpo em tórno do eixo sagital, resultante da luxação posterior da articulação cúbito-palmar desaparece, ficando o carpo horizontal ao terminar o movimento de flexão. No comêço da extensão o rádio mantém-se parado, mas, à medida que o dorso do carpo assenta sôbre o extremo do cúbito luxado, que não deixa progredir o movimento, passa a fazer-se neste ponto um lugar de apoio do carpo, e vemos depois o rádio sofrer uma ascensão pequena, arrastando consigo o lado externo do carpo, e só depois o bordo interno descai um pouco, resultando do seu deslocamento um acréscimo sensível da excursão dêste movimento. Esta independência de cúbito que se mantém inactivo enquanto o rádio executa estas excursões, em parte compensadoras da delimitação dos movimentos, evidencia-nos a grande mobilidade resultante da laxidez ligamentosa da articulação rádio-cubital.

Adução e abdução. — Colocamos, para o exame, a face palmar da mão voltada para o *écran* radioscópico. — No movimento de adução cubital, até meia excursão, tudo se passa como normalmente, mas em seguida vemos que, enquanto o resto do

movimento progride, se dá um afastamento divergente das superfícies ósseas da articulação rádio-cubital inferior, o que vem justificar a sensação de acréscimo do diâmetro transversal do punho, que obtivemos pela palpação ao mandarmos a doente executar êsse movimento. No movimento de abdução passa-se o contrário, havendo adaptação perfeita das superfícies articulares.

Pronação e supinação. — Dependentes da articulação do cotovelo nota-se, contudo, a mesma participação eficiente do rádio mas em menos grau, não se verificando a independência absoluta do cúbito, como nos movimentos já descritos.

A conclusão imediata que se nos afigura, pelo que respeita a esta laxidez ligamentosa da articulação rádio-cubital inferior, é que ela seja dependente, ou antes secundária à luxação primitiva do cúbito, e represente como que um processo compensador, sob o ponto de vista funcional. Não há dados anatómicos que possam justificar esta nossa hipótese, tanto mais que as referências que tivemos sobre este assunto não nos referem ausência completa do ligamento triangular, ou outros, deixando ainda êste ponto bastante confuso. Deixamos esta hipótese, chamando para ela a atenção, o que nos demonstra também que muitas das deficiências e discussões sobre a patogenia resultam do fraco número de exames anatómicos praticados.

OBSERVAÇÃO III. — F., de 10 anos, aluno da Casa Pia, veio em Novembro de 1921 à consulta de Ortopedia do Hospital Estefânia, portador duma sub-luxação de Madelung-Duplay traumática, do punho esquerdo, em resultado de consolidação viciosa de fractura do quarto inferior dos ossos do mesmo antebraço. Foi-lhe tirado um molde em gesso que ficou pertença do Museu de Ortopedia, e que nos serve para a sua curta descrição.

Êste, observado pela face dorsal, ou pelo bordo interno, mostra a saliência volumosa da cabeça do cúbito e o mesmo deslocamento total da mão no sentido da face palmar, ficando o seu eixo sagital num plano paralelo ao plano sagital do antebraço. O relêvo correspondente ao rádio mostra a sua conexão com o carpo, vendo-se a cabeça do cúbito livre. Na face anterior do punho vê-se o relêvo exagerado dos tendões dos músculos flexores.

Não consta do arquivo qualquer dado sobre a limitação de movimentos, nem documentação radiográfica.

Foi-lhe aplicado um aparelho gessado e em seguida feitas massagens, mas sem resultado apreciável.

Excluindo a 3.^a observação, de que não possuímos sufi-

ciente documentação, vejamos alguns pontos importantes no que respeita às duas primeiras.

Em primeiro lugar, é perfeitamente averiguada a hereditariedade. Não é raro encontrá-la. ESTOR diz que 36 dos 85 casos estudados são hereditários, mas GASNE baixa este número para 20, pois considera os 16 restantes como sendo de saliências anormais da cabeça do cúbito. Ci-

tamos como curiosa a observação de BRANDES, em que pai e duas filhas eram portadores da sub-luxação de Madelung, e a de GUEPIN, que a encontrou em 15 membros duma família.

O aspecto congénito das lesões parece resultar evidente, pelo que as doentes nos referem; tanto mais que o mesmo observaram numa sua sobrinha, de quem nos ocupámos ao descrevermos os antecedentes colaterais. Há já a preocupação, nesta família, de à nascença verificarem se os filhos trazem os punhos defeituosos. É interessante fazermos uma referência à explicação que dão ao caso: dizem ser resultado da posição forçada da mãe, durante o período da gravidez, visto andar sempre curvada nos trabalhos do campo, por vezes violentos, em que se ocupá. Esta mesma

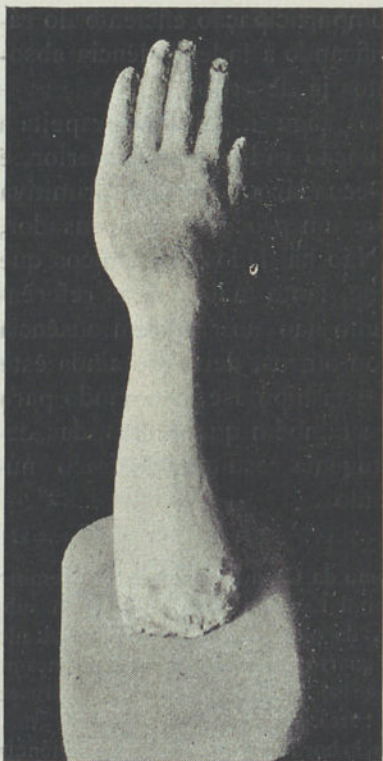


Fig. 5. — Mão esquerda. Obs. III

explicação nos dá QUADRONE, que atribui o encurvamento radial a distúrbios mecânicos intra-uterinos. Por outro lado, os casos adquiridos, no dizer de todos os autores, começam com dores, acentuação progressiva da deformidade, em geral numa das mãos, só depois se estendendo à outra, e isso certamente não pode passar despercebido, pois acompanha-se muitas vezes de um certo grau de impotência funcional, e doutros sinais

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

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 Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C^a - Rua Nova da Trindade, 9. 1.^o - 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^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas aplicações
sem Iodismo.

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

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

Cylootropina

Schering

Combinação de Urotropina com salicilato de sodio e de cafeina.

INDICAÇÕES: Casos rebeldes de cistites, pielites e prostatites. Profiláctico eficaz contra a cistites depois das prostatectomias e operações abdominais, durante o embarço e o parto. Remedio quasi infalivel contra a retenção post-operatoria de urina. Valioso coadjuvante no tratamento da uretrites gonorréica posterior aguda e crónica. Poderoso desinfectante das vias biliáres.



EMBALAGENS

ORIGINAIS:

Para injec. in-

travenosas: caixas

com 5 amp. de 5 c. c.

Para injec. intramuscula-

res: caixas com 5 amp. de 5 c. c.

Amostras e literatura estão á disposição dos Sres. Médicos

Schering Limitada, Rua Vitor Cordon N.º 7 = 3.º Lisboa.

subjectivos que logo chamam a atenção. EWALD admite a existência de casos congénitos, atribuindo a curva radial a esboços embrionários cartilagíneos anormais, e BRANDES explica-os também por alterações congénitas das cartilagens epifisárias, observando, judiciosamente, que só uma alteração do crescimento ósseo explicaria tal curvatura. Compartilham dêste modo de ver POLEY, GUÉRY e LIEGRIST.

A maior parte dos casos espontâneos aparece, em média, dos 12 aos 16 anos, mas muitos são só constatados tardiamente. Outros parece começarem mais cedo, como um caso de BRANDES aos 8 anos, e os de SCHULTZE, SANAR, WOLKMAN e FRANKE, antes dos 9 anos.

Ao contrário do que pensava MADELUNG, as últimas estatísticas demonstram que a bilateralidade é, por assim dizer, a regra, nos casos típicos, e CABEÇA conclui que: «se num dado momento ainda não existe dupla, ou se o grau é diferente, apenas significa que a lesão está no início». Nos casos bilaterais não há regra estabelecida, quanto ao lado em que predomina o grau da lesão, e, assim, na observação I predomina o maior grau na mão esquerda, ao contrário do que se passa na observação II. — Tem sido ainda incriminada a *surmenage* articular ligada a certas profissões, como nas lavadeiras, tapeceiros, esgrimistas (conhecida entre os alemães pelo nome de Verpanckstan), pianistas, etc., mas parece que somente é de considerar o seu papel, como adjuvante, em indivíduos que possuíam uma predisposição patológica anterior de natureza ainda desconhecida. MERLINI objecta que «êste factor mecânico, independente da predisposição, não explica a curvatura radial, pois não a encontramos em todos os profissionais citados».

Ainda neste capítulo da etiologia outras causas são referidas: assim, FÉRÉ diz ter encontrado 25 casos de sub-luxação em 148 epiléticos, mas parece-nos número exagerado, pois é o único que a cita, à parte os casos duvidosos de SMITH e de WITT STETTEN, em que a epilepsia era averiguada.

O mesmo acontece quanto à tuberculose. Na observação I averiguámos que a bacilose da doente foi contraída ulterior e acidentalmente, como poderia ter contraído qualquer infecção doutra natureza, e o mesmo se verifica nos casos de MARSAN, LENORMANT, ABADIE, PALAZZI, DENUCÉ, JACOULET, GASNE, PILATTE e IANNI, não

vendo nós pois realizada a hipótese de PONCET e de LERICHE, que vêem na curvatura radial uma resultante dum processo especial de tuberculose óssea inflamatória, como pretendem, para alguns dos casos espontâneos.

A sífilis também não foi excluída, mas reacções de Wassermann praticadas em ambos os nossos casos foram negativas.

O raquitismo reúne o maior número de partidários, e entra também na explicação dos casos tardios, tanto mais que se verificou que o raquitismo tardio, suposto primeiro por MACEWEN, é, segundo MIKULIK, anátomo-patologicamente idêntico ao raquitismo da primeira infância, como foi mais tarde provado por KIRMISSON, no Congresso Internacional de Cirurgia de Berlim, em 1890. Vem justificar êste modo de ver, não sòmente a natureza das lesões observadas neste tipo de sub-luxação, mas a coexistência vulgar de outras lesões raquíticas, como a escoliose, o *genu valgum*, a bacia assimétrica, etc.

Procurámos averiguar a existência dum raquitismo infantil, mas não nos foi referido. As únicas alterações do esqueleto, que observámos na doente da observação I, era uma retracção do hemitórax esquerdo, que estava relacionada com a natureza do processo evolutivo da sua bacilose pulmonar.

Todas estas supostas etiologias, e outras que nos parecem mais descabidas, como a osteomalacia, a doença de PAGET, osteomielites atenuadas por estreptococos ou estafilococos, reumatismo articular, processos inflamatórios (MARFAN), linfatisimo (FOLLIN), osteítes (DENUCE), alterações endocrínicas (DETITALA), etc., justificam a extensa sinonímia de que em seguida damos relação.

Sinonímia: — Sub-luxação de Madelung, *curvature rachitique de l'extrémité inférieure du radius*, *rachitisme tardif des poignets*, *sub-luxation congénitale du poignet*, *Congenital dislocation of the wrist*, *idiopathic progressive curvature of the radius*, *Madelungsche deformität des handgelenkes*, *spontane sub-luxation des handgelenkes*, *sub-luxação espontânea dos punhos*, *carpus curvus*, *radius curvus*, *carpocifosi*, *manus valga*.

Em nosso entender a designação de *carpus curvus* é talvez de todas a mais clínica, como a de *radius curvus* seria a mais anatómica, se êle não existisse por vezes isolado, sem a luxação do cúbito, que aqui vemos ser constante.

Na patogenia a discordância não é menor. Partidários de

diferentes teorias, que tentaremos resumir e sintetisar, ainda hoje discutem este tão complexo problema.

Caracterizam a sub-luxação de Madelung-Duplay dois elementos primordiais: a curvatura do rádio, no sentido da flexão, e a luxação cúbito-palmar. Esta é a maior parte das vezes posterior, contudo há casos descritos de luxação anterior que são designados pelo nome de «sub-luxação de Madelung invertida». O 1.º destes casos foi descrito por KIRMISSON, sendo os 4 restantes apresentados respectivamente por WITT WETT, GARDIER e CHRYSOPATHES. Há casos em que se fala numa segunda curvatura no rádio, de torção em torno do eixo sagital, no sentido da pronação, mas tal não pudémos concluir do exame das radiografias.

O elemento fundamental é a curvatura do rádio, que arrasta consigo os ossos do carpo, por as suas conexões ligamentosas serem mais fortes do que as da articulação cúbito-palmar, que acabam por se distender, originando assim a luxação do cúbito. Parece ser este o mesmo mecanismo que origina a luxação rádio-cubital inferior, com a mobilidade que o rádio sofre durante os movimentos de flexão e extensão, como vimos no exame radioscópico, e que vai por tracções sucessivas distender o ligamento triangular, etc.

¿ Como se origina esta curvatura do rádio? Deixámos já atrás referidas as hipóteses dos que, como nós, admitem a existência de casos congénitos. Vejamos agora as explicações para os adquiridos.

DUPUYTREN, WEBER e BUSCH dizem ser a contractura muscular a causa desta curvatura radial; Mas como, se a contractura é de rara observação, e se, nas mãos disformes por contractura, o aspecto tem características diferentes? Para mais, a contractura, quando existe, é secundária à deformação.

MADLUNG não admite a contractura, mas atribui o encurvamento às contrações normais, e explica-o do seguinte modo: — Os músculos flexores formam uma massa muito mais volumosa que a dos extensores. Os seus tendões passam quási exclusivamente por cima da epífise inferior do rádio antes de atingirem o punho e a mão. Nos movimentos de flexão extensos origina-se uma pressão tanto maior sobre esta epífise, quanto mais o punho se flecte; da repetição desta pressão nasce uma alteração do crescimento, que consiste numa atrofia da parte anterior da superfície

articular do rádio, enquanto que o bordo posterior continua a crescer, como acontece no côndilo interno do fémur, no *genu valgum*, e destes dois elementos combinados nasce o encurvamento palmar. Esta é a teoria dos flexores, também admitida por DUPLAY, DELBERT, KIRMISSON e GASNE.

Oposta, há a teoria dos extensores, defendida por BENNEKE no

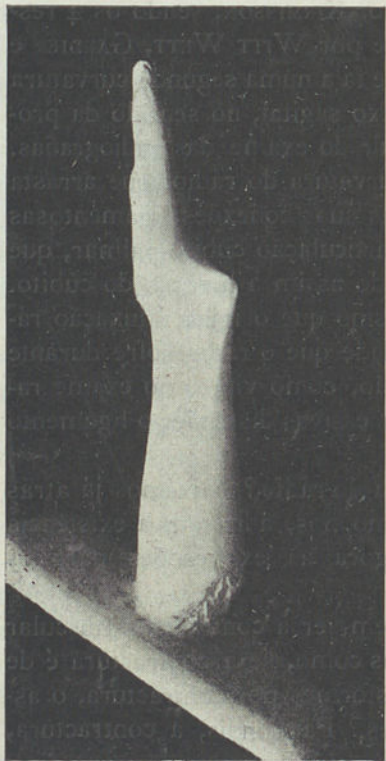
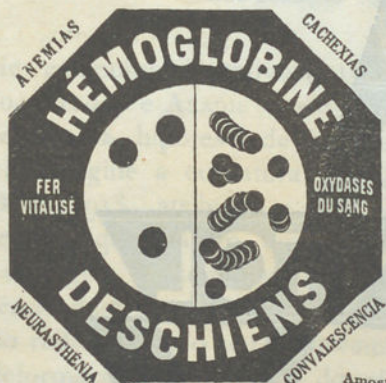


Fig. 6

XXVIII Congresso Alemão de Cirurgia, e por PUTTI em Itália, que, baseando-se em noções anatómicas e fisiológicas, nos diz que o cansaço provocado pelos movimentos articulares do punho, em certas profissões, se faz em maior grau sobre a parte anterior da superfície articular do rádio e da cartilagem epifisária vizinha, devido à maior fortaleza e extensão dos ligamentos anteriores, e que nos movimentos de extensão forçada, como nos casos de pressão centrípeta da mão sobre o antebraço, o carpo prime mais a parte anterior da superfície articular, e origina assim o encurvamento do rádio. Julga encontrar um sinal desta preponderância dos extensores no facto de ter verificado que o escafóide e o semi-lunar apresentavam um mais extenso revestimento cartilagíneo, sobre

as suas faces dorsais, do que o normal, e, recorrendo ainda ao exame radiográfico, insiste em que é este distúrbio do crescimento da cartilagem epifisária a causa prevalescente da génese da curvatura radial. MAC LENNAN subsidia este modo de ver, constatando que a cartilagem epifisária inferior do rádio era visível só nos dois terços externos e falta completamente no terço médio. OLIER (1899) e REDARD haviam pensado que sob a influência



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contém intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

“
C
eregumil
Fernández
”

**Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas**

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

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

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

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 (espasmofilia, 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 %; 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.^{da}
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

de estímulos irritativos, se originaria uma hipertrofia óssea localizada, e ABADIE (1903), a propósito dum caso traumático, levanta a hipótese de que um deslocamento epifisário parcial origine a curvatura radial. Outros, como MAGNUS (1912) e BERG (1913), atribuem o curvamento a alterações do desenvolvimento, que trazem uma actividade osteogenética desigual na cartilagem de conjugação. MASMONTEIL (1921) é favorável à existência dum processo lesional da cartilagem de crescimento distal do rádio, e que o seu encurvamento (*radius brevior*) é a base da deformação. A medição do rádio nos casos apresentados não mostra êste encurtamento a que se refere MASMONTEIL. Poucos factos experimentais tendem, contudo, a justificar a teoria condro-epifisária de PUTTI. Referimo-nos às experiências de RIEDINGER, EUDERLEN e de HELFERICH, que pretendem demonstrar que as lesões das cartilagens epifisárias são seguidas de encurvamento de toda a diafise. Contudo na sub-luxação de Madelung o encurvamento radial é justa-epifisário, raramente se estende à diafise. O grau de deformidade, medido pela extensão da curvatura radial, parece depender da época precoce ou tardia em que se iniciam os distúrbios da ossificação endondral, e, assim, a inícios precoces seguem-se encurvamentos extensos, emquanto que nos casos tardios se limitam ao tærço inferior. Êste modo de concepção do grau da sub-luxação parece-nos susceptível de dúvidas, que fundamentamos nas nossas duas primeiras observações, pois as admitimos congénitas, e vemos o encurvamento do rádio limitar-se unicamente ao tærço inferior, o que acontece, em geral, nos casos classificados como tal.

A concepção dos dois primeiros casos, como sendo congénitos, leva-nos a modificar a classificação de MERLINI, que compreende duas únicas divisões; na primeira entram os casos espontâneos e nela inclui o tipo invertido de sub-luxação de Madelung, na segunda entram os casos traumáticos. Nós propomos, como modificação, a divisão também em duas categorias: congénitas e adquiridas, entrando nestas últimas os espontâneos e os traumáticos.

Sub-luxação de Madelung	}	congénita	}	espontânea
		adquirida		traumática

Se o diagnóstico por vezes se torna difícil e impossível nas fases iniciais dos casos adquiridos, e por isso tem sido confundido com o reumatismo articular, etc., é fácil nos casos completos, pela simples inspecção, e muito mais ainda depois do exame radiográfico.

O prognóstico *quoad functionem* é sempre favorável nos casos não acompanhados de outras alterações, como as raquíticas, as tróficas, etc., e o grau de delimitação dos movimentos é, em nosso entender, menor nas formas congénitas do que nas adquiridas.

Como meio de remediar tal deformidade, que, se não origina por vezes dificuldades da mecânica articular, merece atenção pela alteração estética que ocasiona, têm sido propostos vários meios.

MADLUNG e outros propunham o uso duma braçadeira anular como meio de contensão, aplicações electroterápicas, quinesiterápicas, etc., mas sem resultado digno de nota. BUSH e GASNE fizeram o corte dos tendões dos flexores, mas sem resultado algum.

DUPLAY, a quem já nos referimos, tentou a osteotomia linear transversal do rádio no terço inferior, com o fim de corrigir a deformação originária da sub-luxação. Foi depois modificada esta técnica por POUlsen, que começou praticando a osteotomia oblíqua, seguida de imobilização em aparelho gessado por espaço de quatro a cinco semanas. No dizer de CABEÇA, a osteotomia não pode ser executada na face dorsal da extremidade inferior do rádio, por causa das numerosas bainhas de tendões que aí passam, fortemente aderentes. Contudo a maior parte dos autores preferem-na, dizendo oferecer habitualmente bons resultados, quer sob o ponto de vista funcional, quer sob o ponto de vista estético. WITT STETTEN e TAYLOR propõem a osteotomia cuneiforme de base dorsal, mas tem o inconveniente do encurtamento ósseo. Nos casos que são objecto das nossas duas primeiras observações, como os punhos não têm limitação de movimentos que impeçam os seus trabalhos profissionais, nem por essa razão lhes advém qualquer outro incómodo; e como por outro lado não resultava aumento de trabalho útil, como verificámos, pelo emprêgo de qualquer processo de contensão, entendemos não intervir por qualquer dos meios referidos. No 3.º caso, de que não temos

conhecimento profundo, nem observação directa, julgamos possível a osteoclasia, com reposição óssea, e contensão em aparelho gessado, seguida de massagem e mobilização passiva.

CONCLUSOES

1.º — A sub-luxação do punho, tipo Madelung-Duplay, pode ser de origem congénita, e neste caso é sempre bilateral e hereditária, e mais frequente no sexo feminino.

2.º — O grau de deformação mantém-se estacionário até idades avançadas, sem provocar alterações, quer tróficas quer vasomotoras, e não se acompanha de atrofia musculares nem dores.

3.º — Nos casos congénitos está sempre luxada a articulação rádio-cubital inferior, e o rádio comparticipa passivamente dos movimentos do punho, em especial na flexão e na extensão, enquanto o cúbito se mantém imóvel, tornando assim possível um acréscimo sensível de excursão destes movimentos.

4.º — Quando congénito, o grau de deformação é pequeno e não origina, só por si, motivo de intervenção cirúrgica.

5.º — Só quando verificado acréscimo de trabalho útil pela redução da articulação, é então justificada a intervenção operatória.

6.º — Dos resultados publicados, temos como preferível a osteotomia linear oblíqua do terço inferior do rádio.

RESUMÉ

L'auteur décrit trois cas de sub-luxation du poignet, du type Madelung-Duplay; les deux premiers ont l'aspect congénital et héréditaire, et le troisième est le résultat de la consolidation vicieuse d'une fracture des os de l'avant-bras.

Après avoir fait l'étude radiologique des mouvements du carpe luxé, suivi de considérations d'ordre générale, il passe en revue les travaux publiés sur l'étiologie et la pathogénie de cette déformité, et propose une modification à la classification de Merlini, en déduisant les conclusions suivantes:

1.º — La sub-luxation de Madelung-Duplay peut être congénitale; alors, elle est toujours bilatérale et héréditaire, et plus fréquente chez les femmes,

2° — Le degré de déformité reste stationaire jusqu'à des âges très avancés, sans provoquer des altérations trophiques ou vaso-motrices, des atrophies musculaires, ou des douleurs.

3° — Dans les cas congénitaux l'articulation radio-cubitale inférieure est toujours luxée; le radius prend part passivement aux mouvements du poignet, spécialement dans la flexion et dans l'extension, le cubitus reste immobile, dont résulte une augmentation sensible de l'excursion des mouvements.

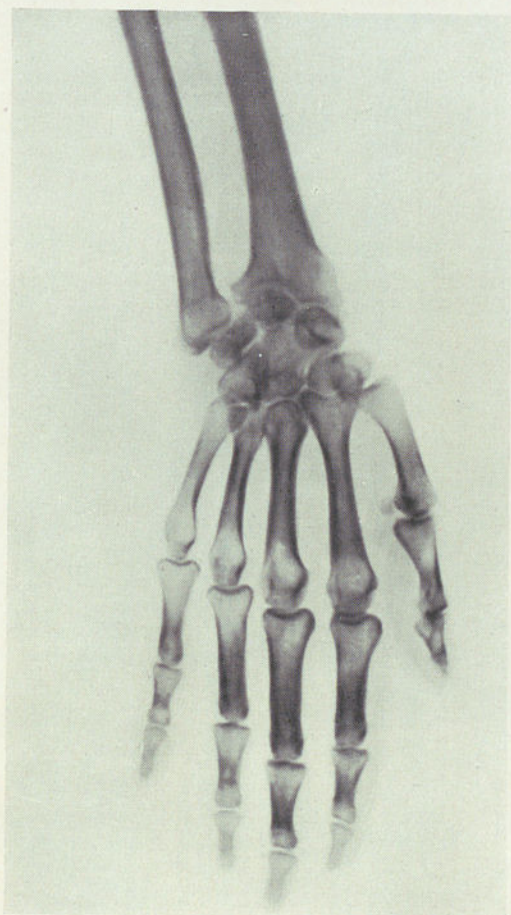
4° — Dans ces cas congénitaux il n'y a qu'une petite déformation qui ne représente pas un motif sérieux pour l'intervention chirurgicale.

5° — L'intervention opératoire se justifie seulement aux cas où une surélévation du travail utile soit obtenue par la réduction de la luxation.

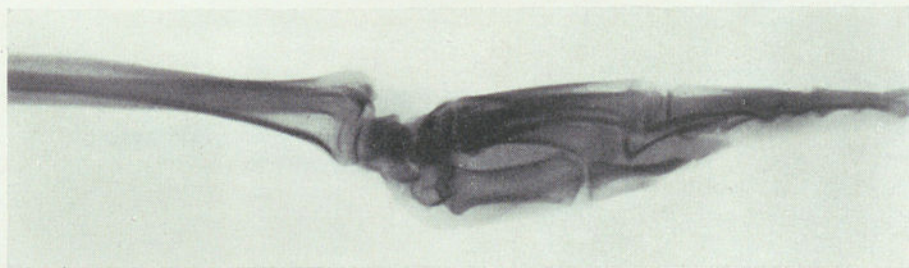
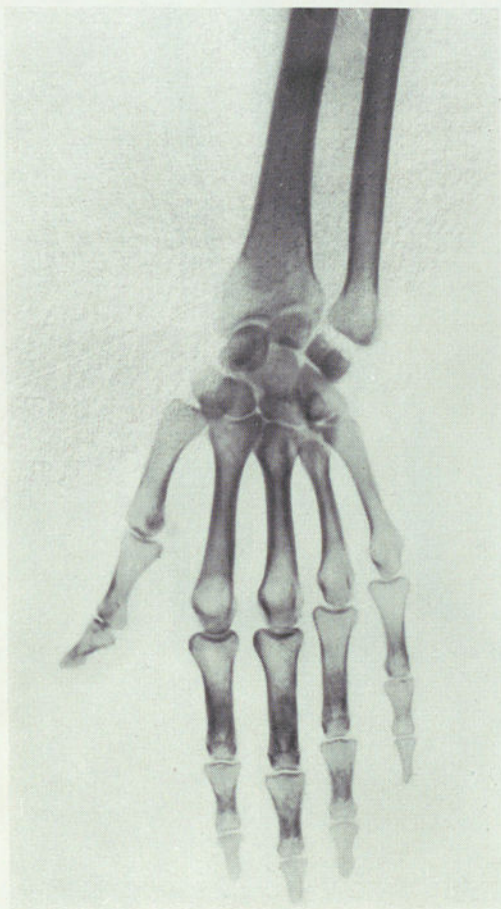
6° — L'observation des résultats obtenus porte l'auteur à conclure que l'osteotomie linéaire oblique du tiers inférieur du radius semble le seul procédé opératoire préférable.

BIBLIOGRAFIA

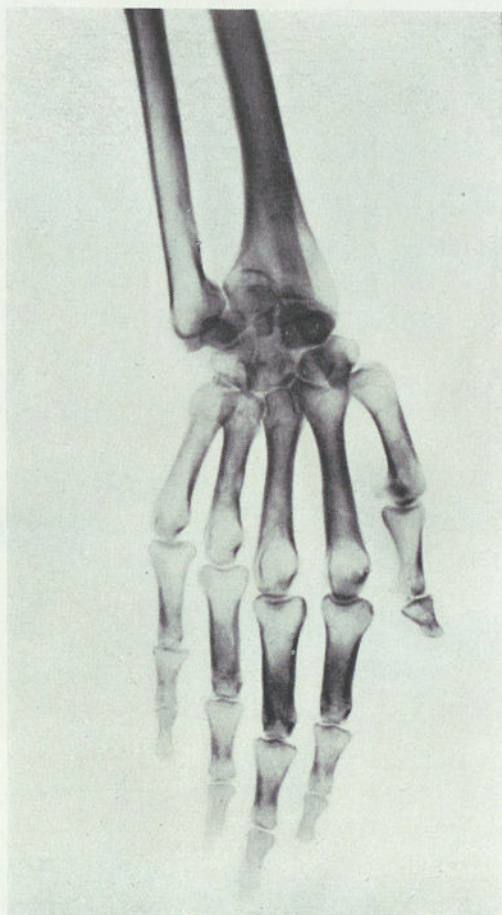
- ABADIE, J. — Luxation progressive du poignet chez l'adolescent. — Revue d'Orthopédie. 1903, 2.^a série. Págs. 481-450.
- ARISTIDE BUSI, WITTORIO PUTTI, FRANCESCO DELITALD. — Semeiologia e diagnóstica chirúrgica radiológica ed ortopédica. Vol. II. Pág. 1470.
- BERARD. — Bull. de la Soc. Chir. de Lyon. 1899. Págs. 111-123.
- CABEÇA, CUSTÓDIO. — Sub-luxação espontânea do punho. Carpus-curvedus. — Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas. 3.^o Ano, n.^o 62.
- CANTAS. — Lyon Chirurgical. 1913. Págs. 398-402.
- CATTERINA, A. — Chir. d. org. di movimento. April 1926. Págs. 517-532.
- DANIEL, N. — Surgical Diagnosis. Philadelphia. 1909. Pág. 754.
- DELITALA — Sur la maladie de Madelung. Communication au XIX Congrès de la Société Italienne d'Orthopédie. Roma. 1928
- DESDOT — Bull. de la Soc. Chir. de Lyon. 1899. Pág. 117, 123, 126 e 135.
- DUCHENE, L. MURALLAZ. — Un cas de malformation du carpe. — Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France. Paris, 1922. X. 84.
- DUPLAY, S. — Un cas de rachitisme tardif des poignets. — Gazette des Hôpitaux. 1891. Págs. 1397-1398.
- DUPLAY, S. — Reclus P. — Traité de Chirurgie. Tome VIII. Pág. 1011.
- DUPLAY, S. — De l'osteot. lineaire du radius. — Arch. Génér. de Méd. 1885. Págs. 385-395.
- ELLIE, R. C. — Madelung's deformity of left wrist. — Proc. Roy. Soc. Med. Lond. 1922. Sect Orthop. Pág. 82.
- FELIX, I — Thèse de Lyon. 1884.



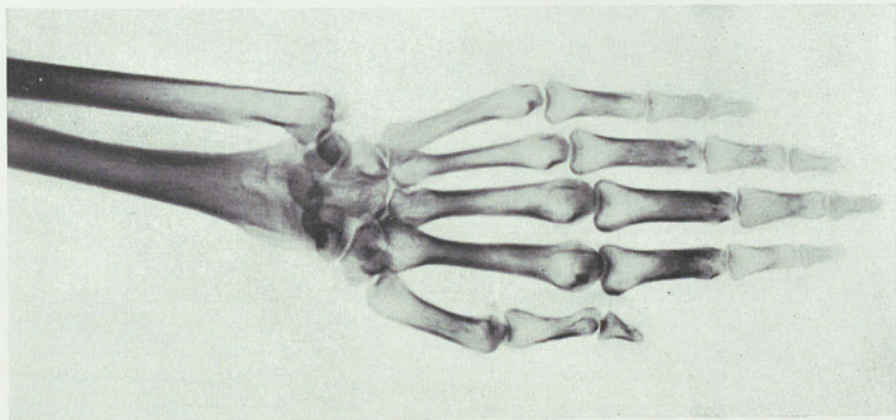
Obs. I
Mão direita



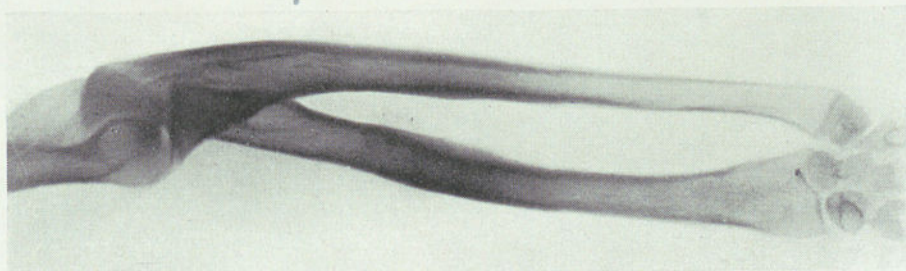
Obs. I
Mão esquerda



Obs. II
Mão direita



Obs. II
Mão esquerda



Obs. II
Ante-braço

- FÉRÉ, CH. — Revue de Chirurgie. 1896. Págs. 434-452.
- GANGEL, K. — Madelung'sche Handgelenks deformität. — Arch. für. Klin. Chir. 1909. T. LXXXVIII. Pág. 1058-1107.
- GASNE, E. — Deformation rachitique, sub-luxation de Madelung, radius curvus. — R. d'Orthopédie 1906. 2.^a série. Págs. 335-350.
- GANAERT, G. — Un cas de sub-luxation du poignet de Madelung. — R. d'Orthopédie, 1902, 2.^a série Págs. 335-350.
- GUEPIN. — C. R. S. de Biologie. 1892. Págs. 627-631.
- FOUCAULT, P. — Les lésions du carp dans le decours du traumatisme du poignet. — Arch. Méd. Chir. de Province. Tours, 1924. Págs. 313-319.
- FOSCHINI, D. — Pathogenesis of Madelung's deformity. — Giorn. di. Clin. Med. 1. Págs. 510-513. 1927.
- IANNI, R. — Radius curvus (Deformità di Madelung-Duplay). — Annali Italiani di Chirurgia. Ano III. Fasc. 1. 1924.
- KEEN'S SURGERY. — Congenital dislocation of the wrist. Vol. II. 1919. Pág. 548.
- LECLERC. — Radius curvus. — Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon. 1905. Págs. 115-120.
- LENORMANT, CH. — Un nouveau cas de radius curvus. — Revue d'Orthopédie, 1904. Págs. 1-10.
- LANNY, M. — Maladie de Madelung. — Traité de Pathol. Med. & de Thérap. appliquée. E. Sergent, R. Dumas, etc. Vol. xxv. Tome II. Pág. 1003.
- MASMONTEIL. — A propos de la pathogénie de la Maladie de Madelung. — Lyon Chirurgical. 1921.
- MERLINI, A. — Chir. d. org. di movimento. April 1926. Págs. 517-532.
- PEDRAZZI, C. — Familial case of Madelung's deformity. — Radiol. Med. Fev. 1927. Págs. 125-132.
- PILATTE. — Sur la pathogénie du radius curvus. — Revue d'Orthopédie. xxviii, n.º 3.
- PILATTE. — Contribution à l'étude du radius curvus. — Thèse. Paris 1919.
- QUERVAIN, F. — Clinical Surgical Diagnosis. 1926. Pág. 742.
- ROGET, E. — Étude sur le radius curvus. — Thèse de Lyon, 1899.
- WILMS E WULLSTEIN. — Lehrbuch der Chirurgie — Deformitäten des Handgelenks. 1904. Pág. 130.
- W. FELIX. — (Dortmund) — Contribution à l'étude de la déformation de Madelung. — Zeitschrift. für orthopädische Chirurgie, T., II. fasc. 4, 1928. Págs. 563-568.

SARCOMA ORBITÁRIO DE CRESCIMENTO INVULGAR

POR

LOPES DE ANDRADE

Emquanto a pléiade brilhante dos biologistas modernos nos não elucida inteiramente sôbre o problema dos tumores malignos é útil para a clínica a publicação dos casos, que como o presente, se encontram com raridade.

A classificação histológica das neoplasias, à qual se dedicaram tão notáveis investigadores, parece ter tocado o seu fim, como classificação puramente morfológica. Possivelmente, como muito bem dizem Rubens-Duval e Lacassagne, a nossa classificação actual terá de modificar-se amanhã, porque esta é insuficiente.

E sê-lo há, emquanto o rudimentarismo dos conhecimentos que possuímos sôbre neoplasias malignas nos não permita uma classificação histogenética perfeita.

No entanto, a observação das modalidades clínicas destes tumores terá sempre o mesmo interêsse, emquanto durar a necessidade de bem conhecer a sua sintomatologia e evolução. Attingir-se há desta sorte o fim da medicina, aplicando um tratamento precoce e eficaz. É neste sentido que eu encaro a utilidade da observação que passo a relatar.

Em 20 de Fevereiro de 1928 appareceu na consulta externa do Instituto Oftalmológico uma criança do sexo feminino, de 4 anos de idade, e que apresentava uma enorme exoftalmia do olho esquerdo, e uma excrescência tumoral da órbita direita. A mãe da doente contou-me que havia aproximadamente um mês tinham notado que os olhos da pequenita começaram a inchar, e que nas últimas três semanas êsse inchaço se tornára evidentemente maior no olho direito.

Estas informações da mãe são incompletas e imperfeitas, como podemos verificar, comparando-as com as notas clínicas que me foram amavelmente

cedidas pelo Dr. A. Viola, de S. Thiago do Cacém, e que a doente consultara antes da sua vinda para Lisboa. Diz o Dr. Viola: — «M. V. G. é a 4.^a filha dum casal sadio. Os restantes filhos são saudáveis, mas o último, de 10 meses de idade, é aleijado dos pés. Pelo Natal veio esta doente à minha consulta. A



Fig. 1

criança já há 15 dias tinha dores de cabeça e arrepios, parecendo que tinha «seções para a banda da noite». Notou também a família que a pequena tinha os olhos levemente inchados, mas via bem. Pouco tempo depois apareceu-lhe tosse sem expectoração nem vômitos, semelhante tosse de arrullo (tosse convulsa). Foi esta a razão da sua vinda à minha consulta. Receitei bromofórmio, que a doente não chegou a tomar. Dois meses passados, voltou à minha consulta, mas então, além da tosse mais intensa, com uma grande exoftalmia. Aconselhei a que partisse para Lisboa.»

Averigua-se, por estas notas, que a criança começou a manifestar os sinais da sua moléstia aí por princípios de Dezembro de 1927, e que cefaleias, exoftalmia e tosse,

foram os sintomas primeiros desta enfermidade. Averigua-se também que nada existe de notável nos antecedentes hereditários e patológicos da doente.

No momento da minha observação (fig. 1 e 2) a criança estava em plena caquexia. Da órbita direita saía uma massa redonda do tamanho duma grande tangerina, coberta de crostas anegradas. As pálpebras, cianóticas, entreabertas, e fortemente repelidas para diante, eram sulcadas por numerosas e grossas veias. À esquerda o globo e anexos estavam normais; havia, porém, exoftalmia axial e irreductível, cujo grau não cheguei a medir por falta de exoftalmómetro. O exame do fundo revelou-me neste olho a exis-

tência duma intensa neuro-retinite. O estado da doente não permitia uma observação oftalmológica mais detalhada.

Pelo exame rinológico averiguou-se que os seios maxilares estavam também invadidos. A análise do sangue para estudo das reacções hemo-leucocitárias deu o seguinte resultado :

Hemoglobina, 77 0/0.
 Eritrócitos, 4.288.000.
 Leucócitos, 16.200.
 Neutrófilos, 73 0/0.
 Linfócitos, 22 0/0.
 Fôrmas de
 passagem, 0,5 0/0.
 Eosinófilos, 3,5 0/0.
 Basófilos, 1 0/0.

A doente faleceu em meados de Março de 1928, e no último período da doença foram os sintomas renais e a prisão de ventre que dominaram o quadro mórbido.

Anatomia patológica.

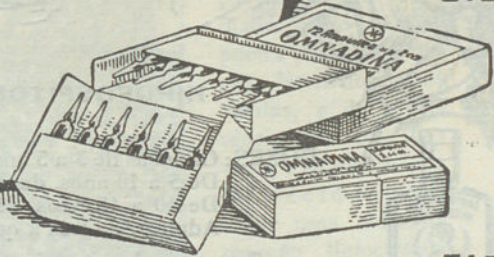
— Feita a autópsia da cabeça, viu-se que a órbita direita estava cheia duma massa mole e esbranquiçada, que repeliu o globo ocular para fora e o achatou e escondeu no ângulo inferior externo. Esta massa tumoral estava entre as pálpebras, superficialmente coberta de crostas anegradas de natureza hemática. As paredes da órbita estavam intactas, mas o etmóide, que apresentava relações anatómicas normais, estava friável, e com as células anteriores cheias de pus. A órbita esquerda e os seios maxilares estavam também invadidos pela neoplasia, mas nestes a dureza desta era muito maior. No encéfalo nada havia de anormal. Havia massas neoplásicas macroscopicamente iguais na dura-mater occipital direita, nos gânglios supra diafragmáticos, no fígado, no pâncreas, no baço, nos rins e nos ovários. Fiz biopsias que fixei em *zenker*, e após as manipulações necessárias corei pela hematoxilina-eosina.

Caracteres gerais e comuns a todas as preparações. — Em



Fig 2

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

Para o terapêutica não específica em todas as

moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as forças defensivas do organismo, assim como encurta consideravelmente a duração da moléstia

Fôrma comercial:

CAIXAS COM 1,3 E
1 2 EMPOLAS
DE 2 c. c.



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL

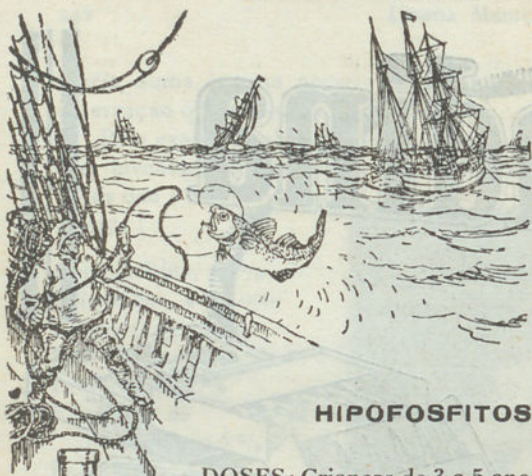
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Departamento farmaceutico "Bayer-Meister Lucius"

Leverkusen (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITARIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º — 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
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorroidarios.

COMPOSIÇÃO

Extracto hepatico Saes biliares
Boldo 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 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

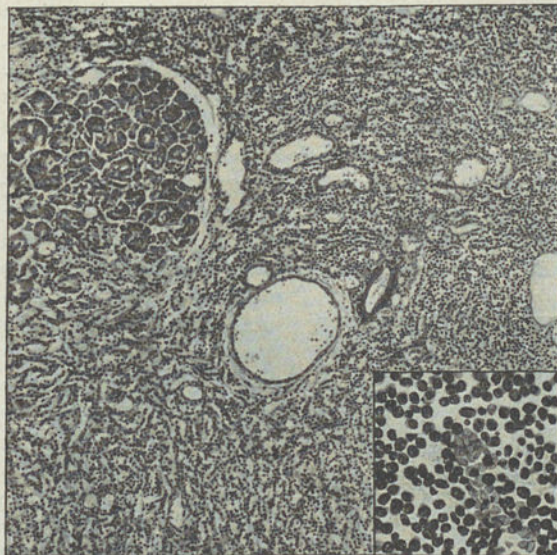


Fig 3—Sarcoma da órbita direita. O tumor muito vascularizado invade a glândula lacrimal representada na parte súpero-externa e esquerda da preparação. No quadrado, detalhe do tumor com circulação lacunar

todos os cortes dos diferentes órgãos se encontra o tipo histológico do leucosarcoma parvi-globocelular. As células pequenas e redondas têm a cromatina nuclear extremamente dividida, e espalhada como ténue poeira por todo o núcleo. No meio destas células, e de preferência em volta dos vasos e na vizinhança dos tecidos sãos, existe uma marcada reacção linfocitária. Observam-se numerosas mitoses e uma intensa circulação lacunar. Em determinados campos obser-

vam-se focos de degenerescência gordá.

Tumor da órbita direita (fig.3) — Além dos caracteres gerais já apontados, nota-se que a vascularização é aqui marcadamente maior do que em todas as outras preparações. Este carácter explica a consistência encefaloide do tumor, em desacôrdo com a dureza das metástases. O índice cariocinético de Nabias e Forestier é também mais elevado nos cortes desta região. Resumindo: Vascularização intensa, dando por vezes

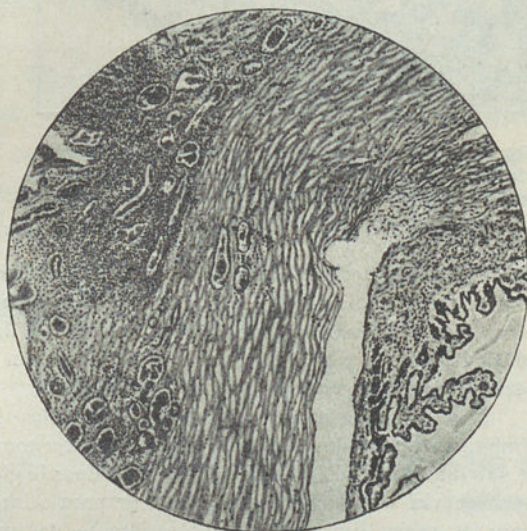


Fig. 4—Olho direito. A câmara anterior está achatada. O ângulo irido-corneano está normal. A' esquerda vê-se uma grande infiltração do limbo, e, mais em baixo, invasão das camadas superficiais da córnea

a impressão dum tumor angiomaso, e índice cariocinético elevado, são os dois sinais objectivos que distinguem estas preparações de todas as outras.

Olho direito (fig. 4). — Os cortes dêste globo mostram que êste se manteve resistindo à infecção tumoral, mas que esta resistência começava a ceder nas camadas anteriores da córnea e na metade anterior da esclerótica, onde se observa mesmo um pequeno *perituis* invadido pelo sarcoma. Toda a epiesclerótica está invadida e fortemente vascularizada. Foi através dela que o sarcoma progrediu para o limbo e para a córnea. Daqui se conclui que a propagação dum sarcoma orbitário ao globo correspondente se faz com lentidão e segue um trajecto algo diferente daquele que geralmente seguem os tumores

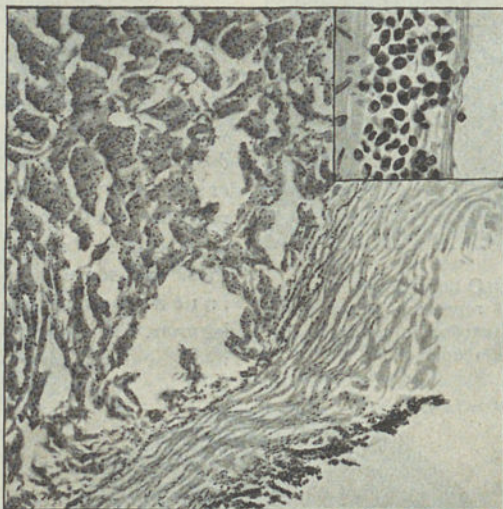


Fig. 5—Corte transversal do nervo óptico. Mostra atrofia nevróglia e 3 lacunas do nervo. Na parte infero-externa a bainha dural está infiltrada. No quadrado, detalhe da infiltração da bainha dura!

endoculares. Nestes, como sucedeu nas observações de Wintersteiner Lagrange e outros, o tumor ou se propaga para o exterior através da esclerótica, infiltrando camada por camada, ou segue os vasos, de preferência os do ângulo cilio-escleral, ou ainda, como sucede nos gliomas, propaga se através das bainhas do nervo óptico, facto bem pôsto em evidência por Gama Pinto. Neste caso, como veremos adiante, o nervo óptico não permitiu a invasão do globo, comportando-se da mesma forma a região limbar.

Seguindo a epiesclerótica as células infectantes só encontraram uma barreira ao nível do limbo

corneano, neste fundo de saco onde a epiesclerótica desaparece e tudo se confunde no tecido vascular da córnea. As preparações que fiz do olho direito mostram com evidência que é ao nível do limbo que a infiltração neoplásica é maior, e que daí essa infiltração atingiu as camadas superficiais da córnea, mas não penetrou na câmara anterior.

É a propagação geralmente seguida pelos sarcomas conjuntivais do limbo, a respeito dos quais diz Morax: — Il est tout à fait exceptionnel de voir le sarcome franchir la cornée et pénétrer dans le globe.— No entanto, Kerschbaumer viu a propagação do exterior para o interior dum sarcoma que seguiu os vasos limbares. Menos resistente do que o limbo se mostrou no nosso caso a esclerótica, onde observámos, como ficou dito, um pequeno *perituis* que começava a ser invadido pelo tumor.

Nervo óptico direito (fig. 5). — Está atrofiado e com o tecido conjuntivo

RADIO-MALT

A PREPARAÇÃO DE VITAMINAS SEM IGUAL



O **RADIO-MALT** possui incontestáveis propriedades anti-infectuosas anti-neuríticas e anti-raquíticas; também promove o crescimento saudável e correcto desenvolvimento dos ossos e dos dentes das crianças.

Evita além disso a stase intestinal, a cárie dos dentes e corrige o defeituoso metabolismo calcio e phosphoro, tanto nas crianças como nos adultos.

Contendo a Vitamina B o **Radio-Malt** é um galactogogue valioso e por essa razão de grande importância para as mulheres que amamentam.

O **RADIO-MALT** é preparado e regulado por reconhecidos processos científicos, sendo regulado com tóda a precisão e sendo também mais concentrado é portanto mais intenso nos seus efeitos, é de mais segura aplicação que o malte e o óleo de Fígado de Bacalhau, os quais excede. Deve ser receitado em todos os casos para que, até aqui, se indicava o malte e o óleo de Fígado de Bacalhau.

Amostras para médicos enviam-se gratis sendo pedidas ao agente em Portugal da **The British Drug Houses, Ltd. de Londres:**
—T. Rodney Hatherly, Rua da Conceição, 35, 2.º Esq.-Lisboa.

RADIOSTOL

Sinónimos: } **ERGOSTEROL IRRADIADO**
 } **VITAMINA D.**

RADIOSTOL é o ergosterol original irradiado; é um corpo que contém rádio nas proporções precisas, isto é, não é irradiado nem de mais nem de menos; nem contém qualquer produto tóxico. O *Radiostol* é de notável valor para as crianças como preventivo e tratamento das doenças dos ossos ou seu imperfeito desenvolvimento incluindo a demorada cicatrização da fontanela; é também importante o seu valor na tetania e e spasmophilia e na dentição defeituosa ou demorada. Nos adultos tem-se provado serem benéficos os seus resultados nos casos de osteomalacia e no tratamento da carie dentaria, e ainda na digestão para melhor assimilação do calcio e phosphoro da comida e como tónico em geral.

O **RADIOSTOL** é preparado sob a forma de pílulas e em solução. Tanto as pílulas como a solução são rigorosamente reguladas por experiências fisiológicas. Cada pílula de **RADIOSTOL** possui a acção da Vitamina D. equivalente a 60 gramas do mais puro óleo de fígado de bacalhau e cada c. c. da solução possui a acção da Vitamina D. equivalente a 100 gramas do mesmo óleo.

Tanto as pílulas como a solução são de sabor agradável e não deixam o menor mau paladar.

Amostras para médicos enviam-se gratis quando pedidas ao agente em Portugal da **The British Drug Houses, Ltd. de Londres**:
—T. Rodney Hatherly, Rua da Conceição, 35, 2.º Esq.-Lisboa.

peri-fascicular muito reduzido. É devido a esta redução, e atrofia concomitante dos feixes nervosos, que se observa, entre estes, largos espaços vazios, que normalmente são ocupados pelos prolongamentos conjuntivos da bainha piale, e por vasos.

Mas, além destes espaços, há ainda verdadeiras lacunas feitas à custa da destruição do próprio tecido nervoso. Lembram pela disposição as lacunas de Schnabel, que este autor e Elschnig interpretam como uma degenerescência própria, direi mesmo patognomônica, do glaucoma. Lagrange duvida que assim seja, e recentemente Koyanagi e Takahashi, injectando uma emulsão de células sarcomatosas de coelho na órbita de animais da mesma espécie, conseguiram provocar tumores que rapidamente envolveram o nervo óptico e determinaram uma exoftalmia manifesta. Em metade das suas experiências encontraram lacunas de Schnabel, sem que durante a vida dos animais tivessem podido observar hipertonia. Pelo contrário, observaram sempre uma manifesta hipotonia, que aumentava à medida que o globo ia sendo comprimido pelo tumor. A degenerescência lacunar de Schnabel ou atrofia cavernosa de Elschnig, não é para os citados autores mais do que a expressão mecânica da tracção exercida pelo globo exoftálmico sobre as fibras ópticas, que distende e arranca

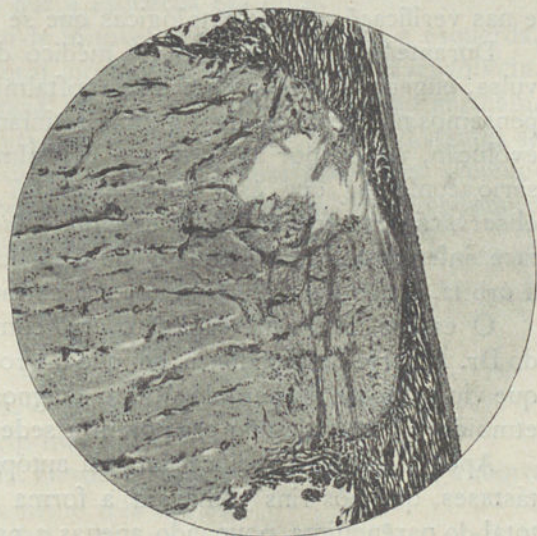


Fig. 6 — Papila óptica esquerda. Não se vê a escavação fisiológica porque havia papilite. Em cima de enha se em branco uma lacuna do nervo

As lacunas que observei neste meu caso devem ter a mesma patogenia, e afigura-se-me que são uma esplêndida confirmação clínica dos resultados experimentais daqueles investigadores. As bainhas do nervo nada apresentam de notável, e apenas na bainha dural se descobre, muito à periferia, uma discreta infiltração linfocitária e neoplásica.

Nervo óptico esquerdo (fig. 6). — Num corte paralelo ao grande eixo do nervo observa-se uma bem delimitada lacuna ao nível da lâmina crivosa.

A papila está levemente proeminente, o que concorda com os sinais oftalmoscópicos observados em vida. O globo ocular correspondente não apresenta indícios de invasão tumoral.

DISCUSSÃO

A observação que agora relato não é duma extrema raridade em oftalmologia. Sabe-se que, de todos os sarcomas orbitários, os mais freqüentes na infância são os leuco-sarcomas de pequenas células redondas.

Conhece-se também a sua acentuada malignidade. O interêsse porém deste caso reside no crescimento invulgar do tumor, nas dificuldades que houve em diagnosticar-lhe a natureza e a sede, e nas verificações histo-patológicas que se seguiram.

Durante a vida vemos o 1.^o médico diagnosticar tosse convulsa, enganado pela tosse e leve exoftalmia. Depois, eu e outros pensamos na existência dum glioma retiniano direito, em adiantada evolução, dando por metástase a exoftalmia esquerda. É necessário confessar que êste diagnóstico foi a consequência duma observação imperfeita. Se tivéssemos descolado o tumor na sua face infero-externa teríamos visto o globo achatado de encontro à órbita, e que portanto o tumor era extraocular.

O estado da doente explica o êrro cometido. Por informação do Dr. Alberto de Mendonça, sei que o Prof. Moure, de Bordeaux, que viu a doente no período último, diagnosticara um sarcoma do etmóide. O etmóide não era porém a sede da neoplasia.

Após a morte, a verificação, pela autópsia, de numerosas metástases, que nos rins tomavam a forma especial duma invasão total do parênquima, poupando apenas a parte interna da camada medular, fez nascer no espírito dum ilustre assistente da nossa Faculdade a idea de que autopsiara um caso de sarcoma primitivo do rim. É inútil afirmar que discordo inteiramente dessa idea, a qual o próprio autor já hoje deve ter abandonado.

Por isso não hesitei em encimar o meu trabalho com o título de sarcoma orbitário. Na realidade, o que nos diz a história clínica? Que foram a cefaleia, a exoftalmia e a tosse os primeiros indícios da doença. Não nos fala de sintomas renais, e, se os houve, foram tão discretos que passaram despercebidos ao 1.^o médico que viu a doente.

A cefaleia e a exoftalmia estão bem no quadro dos tumores orbitários, a tosse explico-a pela irritação dos gânglios enfartados ao nível do diafragma e da pleura. Mas, se observarmos a evolução clínica do tumor, somos forçados a verificar que a sua evo-

lução foi totalmente diferente nas duas órbitas. À direita o poder expansivo era tão grande que o tumor abriu caminho para o exterior, repelindo e achatando o globo. À esquerda provoca apenas exoftalmia, e o globo permanece intacto.

¿Que leis desconhecidas teriam condicionado o crescimento tão diferente do tumor nas duas órbitas? A admitir-se a hipótese de duas metástases orbitárias dum tumor renal, teríamos de admitir também a sua perfeita identidade histológica. No entanto vimos, pelo que ficou exposto, que na órbita direita o tumor era encefaloide, enquanto que à esquerda era duro.

À direita o número de mitoses era maior do que à esquerda, e a vascularização tumoral incomparavelmente mais desenvolvida. Por último a experiência ensina, e os oftalmologistas afirmam, que as metástases orbitárias de sarcomas de órgãos distantes se fazem raramente. Penso, pois, que a história pregressa, a evolução clínica, a histo-patologia e a experiência, me impõem o diagnóstico de sarcoma primitivo da órbita.

RESUMO

Primeiros sintomas. — Exoftalmia, cefaleia e tosse.

Antecedentes. — Sem importância.

Evolução. — Rápida. Desde os primeiros sintomas até à morte medearam aproximadamente três meses.

Sede primitiva. — Órbita direita. Provavelmente no tecido conjuntivo do ângulo supero-interno.

Diagnóstico anátomo-patológico. — Leuco-sarcoma parvi-globocelular.

BIBLIOGRAFIA

- * ELSCHNIG. — Bemerkungen über glaukomatose Excavation. Arch. Augenh. XXXL S. 312 1895 e Soc. Ophtal. — Heidelberg 1896.
- GAMA PINTO. — Untersuchungen über Intraoculare Tumoren. Bergmann. — Wiesbaden, 1896.
- FELIX LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'oeil T. 2.º Steinheil. — Paris, 1904.
- * FELIX LAGRANGE. — Glaucome et Hypotonie Doin. — Paris, 1922.
- * FRANKLIN E CORDES. — Linfo-sarcoma bilateral da órbita. Congresso internacional de Oftalmologia, Washington. — *Annales d'Oculistique*, 1922.

- * HIRKPATRICK. — Duplo sarcoma da órbita. — *The British Journal of Ophthalmology*. N.º 5. Maio, 1927.
- * ISAAC HARTSHORNE. — Linfo-sarcoma da órbita. — *American Journal*. Agosto, 1923.
- J. MAWAS. — Sarcome infectieux de l'œil humain. — *Annales d'Oculistique*, 1924.
- * KOYANAGI E TAKAHASHI. — Atrofia óptica cavernosa nos tumores orbitários. — *Von Graef's Archiv fur Ophthalmologie*. Junho, 1925, pág. 596.
- ROLLET, COBRAT ET FROSSAT. — Generalisation orbitaire d'un cancer bilatéral des capsules sur-rénales. Société d' Ophthalmologie de Lyon. — *Ann. d'Oculistique*, 1924.
- * ROCHON DUVIGNEAND, MAWAS ET LOMON. — Lympho-sarcomes de l'orbite, traités par les Rayons X. Société d'Ophthalmologie de Paris. — *Annales d'Oculistique*, 1920.
- SIMÕES RAPOSO. — O cancro experimental e as modernas ideias sôbre a etiologia e a patogenia das neoplasias malignas. — Faculdade de Medicina de Lisboa, 1.º centenário.
- TH. AXENFELD. — *Traité d'Ophthalmologie*. Steinheil. — Paris, 1914.
- VELTER. — Sarcome lymphoïde sinuso-orbitaire. Société Française de Ophthalmologie. — *Annales d'Oculistique*, 1924.
- V. MORAX. — Cancer de l'appareil visuel. Doin. — Paris, 1926.

Os autores marcados com um * foram consultados indirectamente.

NOTAS CLÍNICAS

CONSIDERAÇÕES SÔBRE A EPILEPSIA, SUA ETIOLOGIA, FÍSIO-PATOLOGIA E TRATAMENTO

Habitualmente admitem-se três espécies de epilepsia, conforme a causa que origina os acessos: epilepsia essencial, epilepsia sintomática e epilepsia reflexa.

A epilepsia essencial ou idiopática é assim chamada para indicar que não depende de qualquer alteração dos centros nervosos verificável com os actuais meios de observação.

A epilepsia sintomática é devida a alterações anatómicas ou de natureza tóxica dos centros nervosos.

Podem produzi-la focos de encefalite, alterações meníngeas, tumores cerebrais, hemorragias, amolecimentos, a uremia, a diabetes, a eclampsia, etc.

Na eclampsia, na uremia e na diabetes as crises comiciais devem considerar-se sintomáticas de graves alterações de origem tóxica das células cerebrais.

A epilepsia reflexa depende de alterações da periferia, cicatrizes dolorosas, operações de empiema e de pneumotórax; lesões do nariz, do útero, dos ouvidos e dos intestinos, podem por via reflexa determinar irritação dos centros cerebrais que se manifesta por acessos convulsivos.

A crise epiléptica completa é representada por oito fenómenos sucessivos, a saber: 1.º prodromos; 2.º aura; 3.º perda de sentidos; 4.º queda; 5.º convulsões tónicas; 6.º convulsões clónicas; 7.º coma; 8.º fase de esgotamento post-paroxístico.

Mas nem sempre se realiza integralmente este tipo. Muitas vezes faltam os prodromos e as auras, e o doente perde os sentidos sem nenhuma advertência.

Outras vezes faltam as convulsões e o doente torna-se inconsciente e cai sem se contrair. É o tipo clínico conhecido com o nome de *vertigem*.

Se faltam as convulsões e a queda, e o doente apenas perde os sentidos durante curtos instantes, temos um outro tipo, a *ausência*.

Noutros casos, por fim, apenas se notam manifestações sensitivas, motoras, circulatórias, psíquicas, etc., prodromos e auras, constituindo o que se chama os *equivalentes*.

¿Mas de entre todos estes fenómenos qual é o que verdadeiramente caracteriza a epilepsia? Apesar da opinião clássica nos apontar as convulsões como o fenómeno marcante, a verdade é que nem nas ausências, nem nas vertigens, nem na maior parte dos equivalentes, se manifestam as convulsões.

A perturbação característica do mal epiléptico é a perda de consciência, e por isso torna-se indispensável, para estabelecer um diagnóstico diferencial, apurar se as crises de que os doentes se queixam são acompanhadas ou não de perda dos sentidos.

Também é elemento prático e útil para o diagnóstico a averiguação do

momento em que as crises se desencadeiam e a coloração da face que os doentes apresentam nesses instantes.

Na epilepsia os acessos são muito freqüentemente nocturnos e a face cora-se de roxo. Estas duas circunstâncias afirmam quasi com segurança o diagnóstico.

ETIOLOGIA E PATOGENIA

Desde 1887 que Pierre Marie defende a opinião de que a epilepsia não é uma nevrose e que é sempre sintomática duma lesão encefálica, cuja natureza é muito variável mas cuja existência é incontestável e pode ser afirmada mesmo nos casos em que não é directamente verificável pelos actuais meios de investigação.

O illustre professor rejeita completamente a noção da hereditariedade. Para êle a causa primária da epilepsia é sempre exterior ao doente, e posterior à sua concepção (salvo quando se trata de heredo sífilis). Importa assim fazer salientar o papel das infecções e dos accidentes do parto na etiologia da epilepsia infantil. Estes accidentes desempenham um papel ainda mais importante que as infecções, segundo o mesmo A. Os traumatismos do crânio, devidos à aplicação do *forceps*, e o estado asfíxico à nascença são factores da máxima importância, pois que as lesões hemorrágicas condicionadas por estas distócias favorecem uma produção anormal de neuroglia que pode muito bem ser a causa dos acessos epilépticos.

Por estas importantes razões Pierre Marie aconselha, sempre que se trata de um epiléptico jôvem, uma investigação detalhada das condições do nascimento: Quanto tempo durou o parto? A rotura da bôlsa das águas realizou-se muito tempo antes do nascimento, facilitando todas as constrições possíveis, quer de cabeça, quer dos vasos do feto? Houve aplicação de *forceps*? O parto foi difficil? A criança nasceu em estado de asfixia? Qual era a sua côr à nascença?

E assim um interrogatório minucioso e cuidadosamente feito pode elucidar-nos sôbre a existência de um traumatismo externo (aplicação do *forceps* etc.), ou interno (perturbações da circulação sangüínea do encéfalo) que seja a causa, por intermédio de um estado asfíxico, de finas lesões encefálicas que mais tarde venham originar ataques epilépticos.

Depois dos traumatismos do crânio devemos investigar cuidadosamente a existência de todas as infecções próprias da primeira infância.

A sífilis, e principalmente a sífilis hereditária, pode também desempenhar o seu papel na etiologia da doença que estamos estudando, mas é necessário não colocar sob esta rubrica senão os doentes que apresentem, além das crises convulsivas, estigmas somáticos incontestáveis de sífilis hereditária.

Resumidamente podemos dizer que as causas de alteração cerebral capaz de produzir epilepsia podem classificar-se em três grupos:

1.º — Alteração de um dos germes reprodutores, no momento da concepção, por uma infecção ou intoxicação (sífilis, tuberculose, alcool) que venha a causar vício de desenvolvimento do sistema nervoso em geral e do cérebro em particular, isto é, alterações disgenésicas.

2.º — Inflamação do cérebro e principalmente das meninges por doenças

infecciosas que deixam como *reliquat* escleroses e aderências meningo-corticais.

3.º — Traumatismos do cérebro.

Para Pierre Marie, na epilepsia chamada essencial da infância e da adolescência, a etiologia mais freqüente e mais importante é o parto com os seus diferentes acidentes; em segundo lugar devem considerar-se as infecções.

Ao lado da epilepsias dos jovens vem a epilepsia do adulto, que sempre é causada, como na infância, por uma lesão encefálica.

Ainda aqui os traumatismos do crânio têm uma particular importância, quer sejam ou não acompanhados de feridas. As variadas lesões do cérebro e das meninges podem igualmente ser causa da epilepsia, assim como as lesões de um dos órgãos dos sentidos: olho (nervo óptico), ouvido (nervo auditivo), nariz (nervo olfativo).

Pierre Marie admite nestes casos que é por intermédio do nervo ou da sua bainha linfática que se produz no cérebro, no ponto em que termina o nervo, uma alteração da nevroglia causadora de epilepsia.

Da mesma forma na epilepsia senil é às finas alterações dos centros nervosos e da nevroglia, devidos à desintegração destes elementos, pelos progressos da idade e pelas perturbações da nutrição, que deve atribuir-se o aparecimento das crises comiciais.

Ao lado desta condição necessária do mal sagrado (lesão do encéfalo) outras condições são necessárias para que a doença se manifeste. Podem ser de vária ordem:

1.º — Condições patológicas: perturbações do tubo digestivo, perturbações endocrínicas, doenças gerais agudas ou crónicas, afecções locais da rino-faringe, dos olhos, etc.

2.º — Condições fisiológicas: sono, regras, coito, puberdade, menopausa, fadiga, emoções, etc.

3.º — Condições alimentares: alimentos indigestos, tóxicos, bebidas alcoólicas, etc.

4.º — Condições diversas: calor, frio, anomalias da pressão atmosférica, ventos, etc.

Estas condições diversas actuam também por mecanismos vários: tóxicos, humorais, circulatórios ou reflexos.

FÍSIO-PATOLOGIA

¿ Como explicar agora que uma alteração cerebral, activada por condições favoráveis, possa determinar periódicamente acessos epiléticos?

Segundo Hartenberg a explicação é a seguinte:

A lesão cerebral cria a excitação, actuando como um corpo estranho que mantém em torno de si um estado de irritação crónica, habitualmente em estado latente.

Periódicamente e sob influências de várias condições favoráveis, a irritação aumenta, atinge o ponto crítico e liberta-se por uma brusca descarga de excitação intra-cerebral, logo que o limiar é alcançado. Se a sede da lesão

está numa zona sensitiva ou motora, esta descarga de excitação traduz-se clinicamente por uma aura sensitiva ou motora.

Depois, devido ao princípio da inibição, esta excitação inicial determina uma paragem funcional nos centros psíquicos que, conforme o grau, se traduz por uma perda de sentidos, pura e simples, ou por uma perda de sentidos com desequilíbrio que determina a queda.

Por fim esta inibição brusca dos centros corticais anula a frenação que o córtex exerce normalmente nos centros sub-corticais e medulares, determina a libertação do automatismo desses centros e o aparecimento das convulsões tónicas.

As convulsões clónicas seriam devidas a intermitências do estado tónico, por fadiga e esgotamento do aparelho neuro-muscular.

Assim interpretado, o acidente epiléptico pode ser considerado como uma reflexa de inibição composta de três tempos: excitação inicial que se traduz pela aura, inibição consecutiva que produz a perda de sentidos, libertação dos automatismos inferiores que provocam as convulsões.

E, conforme o desenvolvimento integral de crise ou a sua suspensão em qualquer altura, assim teremos: a grande crise convulsiva, a vertigem, a ausência, ou os equivalentes.

TRATAMENTO

No tratamento da epilepsia desempenhou até há pouco papel primacial a medicação bromada.

Os brometos applicam-se desde que Locock os experimentou pela primeira vez em 1857. Actuaem deminuindo a excitabilidade do sistema nervoso. De entre eles o mais vulgarmente empregado é o brometo de potássio, mas podem empregar-se também os brometos de sódio, de amónio, de estrôncio e de cálcio, isoladamente ou combinados na mesma fórmula.

A administração do brometo traz quasi sempre melhoria no número dos acessos; estes tornam-se mais espaçados e modificam-se na forma: muitas vezes em logar das convulsões o doente apresenta apenas um acesso incompleto, uma vertigem ou uma simples ausência.

Nos casos mais felizes realisa-se a cura, com a paragem das crises.

Infelizmente, porém, a ingestão dos brometos acompanha-se muitas vezes de perturbações do estado geral: os doentes ficam deprimidos, com enfraquecimento da memória e da sua actividade intelectual e manual, o que os leva a preferirem os ataques à medicação bromada.

A dose do medicamento indicada para cada doente varia com a idade e o número dos acessos.

2 a 4 gramas bastam para uma criança, 4 a 6 para um adulto. Estas doses podem elevar-se muito mais, e assim os ingleses chegam por vezes a dar doses diárias de 13 a 20 gramas.

Em casos de intolerância estomacal e nos estados de mal pode applicar-se a medicação intra-venosa a 30 % com glicose a 10 %, servindo-nos de qualquer dos brometos já indicados anteriormente.

Para reforçar a acção dos brometos pode empregar-se o regime desclo-

retado, que permite obter os mesmos resultados terapêuticos com doses muito menores do que as que são necessárias com o regime ordinário

Mas a continuação de um tal regime acarreta inconvenientes de vária ordem e por isso não pode ser seguido por muito tempo.

Quando se não atende a esta circunstância os doentes perdem o apetite e emmagrecem e a intoxicação manifesta-se mais rapidamente e com maior gravidade que nos casos de regime ordinário.

Quando os brometos são mal tolerados, cedo se manifestam os sinais de intoxicação, que consistem em desaparecimento do reflexo faríngeo, acné intenso, sintomas depressivos, marcha incerta, perturbações digestivas, prisão de ventre, apatia física e psíquica, podendo simular o quadro da paralisia geral com amnésia, disartria, dilatação pupilar e delírio.

A intoxicação bromada pode causar a morte, e por isso os doentes sujeitos a esta medicação devem ser vigiados cuidadosamente.

Para substituir os brometos têm sido propostas várias outras drogas, de entre as quais notaremos o luminal e o tartarato boro-potássico.

O luminal fabricado em França com o nome de gardenal é a feniletilmalonilureia. A sua acção sedativa sobre as crises epilêpticas é conhecida desde 1912. Emprega-se na dose de 0,10 gr. a 0,30 gr. por dia, tomado ao deitar com uma infusão de tília bem quente para facilitar a sua dissolução no tubo digestivo.

Com este tratamento o número de crises diminui por vezes consideravelmente, chegando mesmo a desaparecer de todo nalguns casos.

Ao luminal pode associar-se o tartarato boro-potássico.

Pierre Marie aconselha esta associação como particularmente útil.

Quando se trata de um epilêptico novo e cujo número de crises não passou de 5 ou 6, começa por lhe dar só tartarato boro-potássico; se passado um mês o número das crises tende a diminuir, continua com esta medicação isolada enquanto se mantém a tendência para a melhora; se o número das crises fica estacionário, numa certa altura então junta ao tartarato boro-potássico o luminal.

Com este processo obtêm-se resultados excelentes com doses menores de luminal do que as que geralmente se empregam e dadas em dias alternados e não diariamente. Compreende-se a vantagem de restringir as doses num tratamento, como este, de longa duração.

O tartarato dá-se em doses de 3 a 5 gramas em solução aquosa, que deve ser preparada diariamente, a fim de não se alterar.

É perfeitamente tolerado quando é puro e sem alteração; em alguns casos raros, o seu uso prolongado origina uma erupção eritematosa no corpo e nos membros, que desaparece logo que se suspende o medicamento.

A sua acção é bastante lenta e os resultados apreciáveis apenas se manifestam após 15 a 20 dias de uso.

O tartarato boro-potássico não é um sedativo do sistema nervoso, e, segundo Pierre Marie, actua lentamente como factor acidificante do meio sanguíneo, devido à combustão lenta do ácido tartárico na economia.

Sessões científicas do Hospital Escolar

Sessão de 15 de Fevereiro

Comunicações :

I. *Neuralgias do trigémio. Tratamento*, pelos Drs. LUIZ PACHECO, ALMEIDA LIMA e AMANDIO PINTO.

(Esta comunicação será publicada no texto *in extenso*).

II. *Um caso de fractura intra-articular do joelho*, pelo Dr. BERNARDO VILAR.

Não pretendo estabelecer normas terapêuticas para o tratamento de fracturas intra-articulares, pois seria ridículo querer tirar conclusões da meia dúzia de casos que possuo. Quero apenas mostrar um dos doentes por mim operado, enquanto o tenho à mão, expondo ao mesmo tempo o processo que costume seguir.

Em 15 de Junho do ano passado appareceu-me o doente J. B., de 14 anos de idade, estudante, dizendo que há mês e meio, andando a jogar *foot-ball*, dera uma pancada no joelho direito, caindo e não podendo voltar a levantar-se devido às dores que sentia nessa região. Notou depois que tinha ficado com a perna flectida sobre a coxa, não podendo fazer qualquer movimento, e que o joelho estava muito tumefacto. Fez pensos quentes que apenas fizeram desaparecer a tumefacção e as dores, mantendo-se porém a mesma posição dos dois segmentos do membro inferior e a impotência funcional.

Na observação feita verificou-se que a perna fazia com a coxa um ângulo de 135°, que a articulação do joelho estava muito mais volumosa do que a do lado oposto e completamente immobilizada, tanto para os movimentos activos como passivos. Não havia atrofia muscular apreciável, mas notava-se nesse fémur, em relação ao do lado oposto, um encurtamento de cerca de 0^m,04 entre o trocânter e o cõndilo externo. A rótula estava immobilizada, notando-se um certo grau de hidrartrose que dificultava a palpação.

Foi-lhe feita uma radiografia que mostrou a existência de uma fractura do fémur direito acima dos cõndilos com deslocamento do topo proximal para diante e para fora, tendo-se produzido um cavalgamento de cerca de 0^m,02. Em tórno do foco de fractura tinha-se produzido osso de nova formação.

A operação foi realizada em 30-VI-928 e consistiu numa incisão de 0^m,12 feita na face externa da articulação do joelho, seguida de osteoclasia e destruição do calo ósseo. Foram extraídos pedaços de osso de neoformação sendo em seguida feita a redução da fractura. A immobilização foi feita com talas de madeira, uma interna outra externa, com o membro em extensão.

Em 10-VII foram tirados os pontos e em 14 começou sendo feita diariamente a mobilização passiva da articulação, entregue aos cuidados do massagista; em 29 e a 11-VIII saía da enfermaria fazendo a extensão completa do membro, sendo contudo a flexão ainda reduzida a 100°. Continuou com as massagens até Outubro, data em que teve alta de todo o tratamento, pois tinha

os movimentos completos da articulação e não apresentava encurtamento algum do membro, em relação com o do lado oposto.

Uma radiografia feita em 25-X mostrou que a posição dos topos ósseos era perfeita.

O tratamento feito a êste doente é o mesmo que tenho seguido em casos idênticos e com o mesmo resultado feliz.

Resumindo a minha exposição, direi que faço a redução das fracturas intra-articulares consolidadas viciosamente a céu aberto depois de ter feito a osteoclasia, destruição do calo ósseo, e a limpeza, quanto possível perfeita, do foco de fractura, sem empregar qualquer aparelho de contenção intra-articular. A mobilização é feita precocemente e o período de massagens deve ser muito prolongado.

Sessão de 28 de Fevereiro

Comunicações :

I. *Sobre a gaguez*, pelo Dr. VÍCTOR FONTES.

(Esta comunicação será publicada no texto *in extenso*).

II. *Complicações ósseas e articulares da febre tifóide*, pelo Dr. DIOGO FURTADO.

Apresenta dois casos do Serviço da 2.^a Clínica Médica. Consultou a estatística dêsse Serviço, concluindo pela raridade dessas complicações.

Dr. EDUARDO COELHO. — Não está de acôrdo com a conclusão do autor da comunicação. As complicações ósseas e articulares da febre tifóide são, as mais das vezes, tardias, aparecendo depois de o doente abandonar o serviço onde foi internado. Não há médico internista que não tenha observado vários casos de complicações dessa ordem.

Dr. VILAR. — Refere cinco casos de complicações de febre tifóide que tratou, demonstrando a sua freqüência.

Dr. ARMANDO NARCISO. — Concorde com a opinião do Dr. Eduardo Coelho, referindo alguns casos da última vaga de febre tifóide.

III. *Aspectos radiológicos da vesícula biliar calcificada*, pelo Dr. EDUARDO COELHO.

Sabe-se que, como consequência de uma inflamação crónica, se pode dar uma transformação fibrosa, difusa da parede da vesícula biliar. A mucosa transforma-se na totalidade num tecido fibroso que se retrai, emquanto as outras túnicas da parede sofrem também um espessamento fibroso. Estes fenómenos justificam a tendência da vesícula a retrair-se fortemente. As paredes da vesícula, perfeitamente lisas, podem calcificar-se (e até ossificar-

-se, em parte) tomando o aspecto das paredes das artérias esclerosadas (Kaufmann).

A calcificação da vesícula permite a colecistografia sem visualização indirecta. Por isso, afirmam Graham, Cole, Copher e More (*Diseases of the Gall Bladder and Bile Ducts*, Filadelfia, 1928, págs. 234): Occasionally a calcified gall bladder is seen, a finding which is definitive evidence of chronic cholecystites.

As radiografias que os diferentes autores têm publicado (na bibliografia que conseguimos consultar) de vesículas calcificadas apresentam uma configuração tão característica, de molde a não se permitirem dúvidas sobre o diagnóstico: a vesícula é homogêneamente corada, desenhando-se nitidamente em traço mais pronunciado a linha que demarca os seus limites; isto é, observa-se um anel correspondente aos contornos da vesícula. As duas figuras do tratado dos autores americanos, há pouco publicado, documentam estes assertos.

Há, todavia, um aspecto radiológico da vesícula biliar calcificada, que não vimos descrito, podendo dar origem a um erro de diagnóstico — disposição em anéis, idêntica à que apresentam os cálculos de carbonato e fosfato de cálcio.

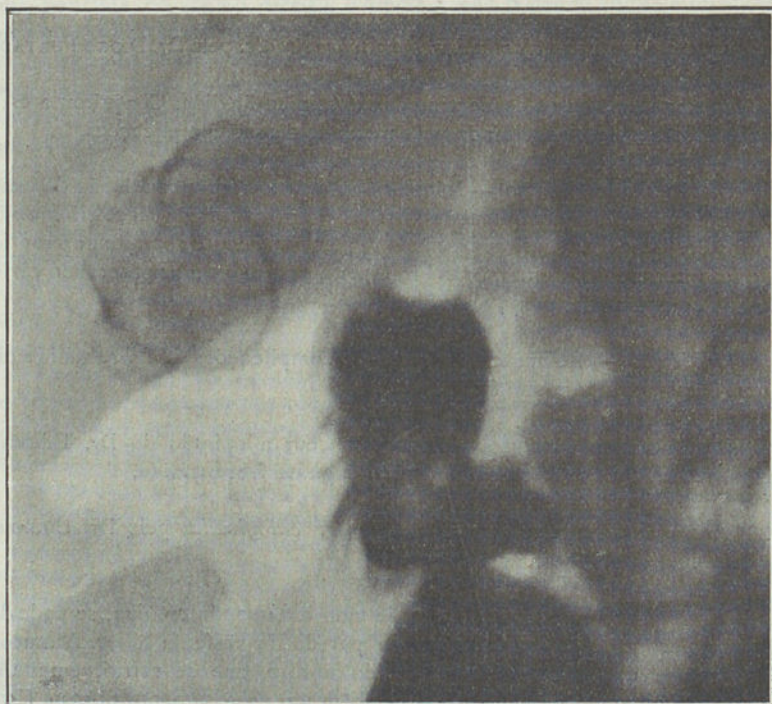


Fig. 1

O caso que trazemos a esta sessão é um achado de autópsia, interessante por nos permitir cotejar os dados anatômicos com os aspectos radiológicos.

Trata-se de uma doente que entra para o Serviço de M 1 B, a pedido de um colega, com o diagnóstico de neoplasia gástrica baseado num certo número de sintomas que a doente relata. No Serviço, após o exame clínico e laboratorial (provas funcionais do rim, ureia do sangue, etc.) fica com o diagnóstico de *esclerose renal*.

Refere um passado de colecistite, sem icterícia, mantendo ainda dores no ponto cístico. Apirética.

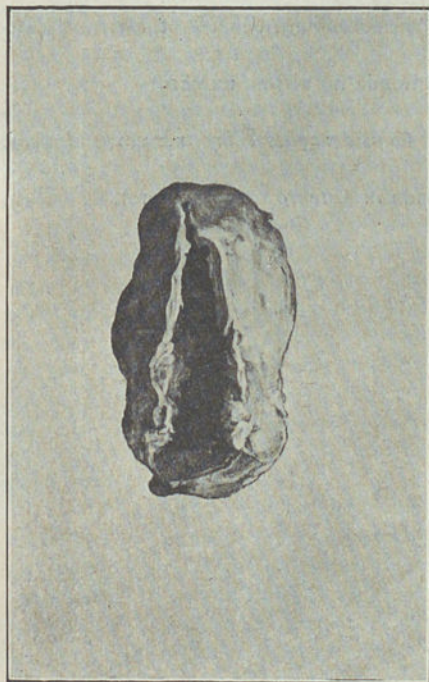


Fig. 2

A doente morre no Serviço.

Necropsia: rins atroficos de 50 gr. Hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Fígado gordo tendo aderente a vesícula, pequena, de paredes calcificadas, que foi aberta com certa dificuldade, deixando sair pus cremoso, amarelo. Não havia cálculos. Ausência de neoplasia ou úlcera gástricas.

A fig. 1 mostra-nos a radiografia da vesícula em anéis, dando o aspecto de cálculos. Na fig. 2 está desenhada a vesícula sem redução.

Permitimo-nos chamar a atenção dos radiologistas para esta configura-

Como tenha freqüentes hematemeses, pedimos uma radiografia do estômago. O radiologista refere:

«Observação radioscópica do abdômen, 6 horas depois de uma refeição de prova, mostrou que havia estase gástrica e duodenal, desenhando-se a região justapilórica de contornos bastante irregulares. Ao nível da região vesicular vê-se a existência de várias sombras claras que devem corresponder à presença de cálculos.

Em seguida a nova refeição de prova, foram feitas duas radiografias, respectivamente com a doente de pé e em decúbito ventral, que nos mostram a forma e posição do estômago, vindo a região pilórica desenhar-se junto à sombra da vesícula, devendo as irregularidades existentes ser devidas à presença de aderências perivesiculares.

Passados dias foi feita nova radiografia, depois de eliminado o bário, para confirmar a existência de cálculos vesiculares. — *Gentil Branco*.

ração da vesícula, na qual a disposição em anéis da calcificação pode dar origem a um diagnóstico errado — como neste caso — de calculose vesicular.

Discutem a comunicação o Prof. CABEÇA e o Dr. JOSÉ CALDAS.

Sessão de 15 de Março

Comunicações :

I. *Considerações sobre doze casos de frenicectomia*, pelos Prof. LOPO DE CARVALHO e Dr. VASCO DE LACERDA.

(Esta comunicação foi publicada no último número).

II. *Subluxação de Madlung-Duplay. Considerações sobre três casos clínicos*, pelo Dr. CARLOS VIDAL.

(Esta comunicação é publicada *in extenso* neste número).

Revista dos Jornais de Medicina

Contribuições para a anatomia patológica da paralisia geral tratada com malária, bem como sobre o problema do pigmento na malária inoculada. (*Beitrage zum anatomischen Bilde der mit Malaria behandelten Paralysis progressiva sowie zur Frage der Pigment bei der Impfmalaria*), por TIBOR V. LEHOCZKY. — *Archiv fuer Psychiatrie und Nerven-Krankheiten*. Tômoo 86, fascículo 3 — 5 de Fevereiro de 1929. Págs. 442-492.

Resumem como segue os resultados a que chegaram :

1.º — As investigações baseiam-se em 12 casos, dos quais 11, tanto clínica como anatômicamente, eram sem dúvida alguns casos de paralisia geral. Num caso apenas o quadro clínico era característico da P. G., emquanto que o exame histológico mostrou uma afecção luética dos pequenos vasos cerebrais.

2.º — Dos 12 casos 10 foram tratados com malária e 2 com injeções de leite. O caso que histologicamente não mostrou lesões típicas de paralisia geral foi submetido a um tratamento pela malária.

3.º — Na piretoterapia da paralisia geral as alterações histológicas devem ser apreciadas com o máximo cuidado, pelo que é indispensável fazer uma idea clara do carácter do *processo paralitico fundamental*; a apreciação do processo fundamental deve pois ser sempre a nossa primeira tarefa. Para êste fim empregámos para as nossas investigações o próprio aspecto anatômico, no qual classificámos as suas modificações em grupos permanentes e passageiros, e procurámos sobre esta base chegar ao conhecimento do carácter do processo paralítico fundamental. Os dados do quadro clínico da doença serviram apenas de complemento, dada a incongruência por vezes existente entre êsses dados e os anatômicos.

4.º — As nossas investigações não permitem provar que sob a acção da malária se produzam inflamações curativas e modificações qualitativas do processo inflamatório; nos casos por nós examinados sob êste ponto de vista encontrámos fortes fenómenos inflamatórios, que todavia não ultrapassavam o grau que aliás seria de esperar em casos graves de P. G.

5.º — Em 7 casos do nosso material (5 casos tratados pela malária e 2 casos tratados com injeções de leite) encontrámos em flagrante desacôrdo com o grave quadro anatômico de conjunto um processo inflamatório tão ligeiro que admitimos, para explicar o caso, uma acção anti-inflamatória do tratamento pela febre. Nos mesmos casos o carácter grave e até sub-agudo do processo parenquimatoso leva-nos a pensar que sobre êste o tratamento não teve acção alguma.

6.º — As nossas investigações não permitem verificar a existência de qualquer reparação da substância nervosa sob a influência da malária; em todo os casos as graves alterações parenquimatosas depõem contra a influenciabilidade do processo.

A opinião de *Freeman*, admitindo a existência de espessamento cortical, resulta, segundo pensamos, de um equívoco. Damos para o caso a seguinte

explicação: os referidos casos eram também *originariamente* benignos, evoluindo por isso com insignificante destruição.

7.º — A investigação histológica dos órgãos internos dos indivíduos tratados com malária não traz confirmação alguma ao ponto de vista de *Brütsch* que pensa que o efeito do tratamento malárico se manifesta por uma excitação extraordinariamente forte do sistema reticulo-endotelial. Em inteira concordância com *Adelheim* e *Slyfarth* encontrámos no baço e no fígado aglomerações em massa de pigmento malárico. Pelo que respeita às alterações finas (infiltrações inflamatórias do tecido conjuntivo, necrose) deve tomar-se em linha de conta não só o efeito da malária como o da paralisia geral.

8.º — No sistema nervoso central dos indivíduos tratados pela malária não encontrámos deposição alguma de pigmento malárico. Para estudo do pigmento malárico utilizámos as grandes acumulações de pigmento do baço e do fígado. Podemos confirmar os dados de *Seyfarth* e *Mayer* relativos ao conteúdo de ferro do pigmento malárico. Com determinadas preparações prévias obtém-se do pigmento malárico um componente que dá uma reacção férrica. O pigmento malárico dos nossos casos dissolve-se apenas em soluções diluídas de lixívia abaixo de 9-10 ‰; em soluções de concentração superior a 10 ‰ não sofre alteração alguma.

A. ALMEIDA DIAS.

Afecção cerebelosa familiar. (*Familiäre Kleinhirnerkrankung*), por H. G. CRENTZFELDT. — *Zentralblatt fuer die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Vol. 51. Fasc. 14, 15 de Fevereiro 1929. Págs. 852-854.

Crentzfeldt referiu na Sociedade de Doenças Nervosas e Mentais de Berlim (sessão de 9 de Julho de 1928) a história clínica de 18 casos de afecção cerebelosa aparecidos em cinco gerações da mesma família. Esta família, oriunda de Luckantera, tinha possivelmente relações de parentesco com uma outra da mesma região, onde Gruenthal e Kalinowsky descreveram também vários casos de afecção cerebelosa; todavia não foi ainda até hoje possível confirmar com segurança tal suposição.

Os casos observados por Crentzfeldt e aqueles de que conseguiu saber informações, pertencentes à mesma família, apresentavam sintomas de uma afecção cerebelosa do tipo Pierre Marie. Esta afecção cerebelosa é do tipo dominante, como o provaram os estudos de Crentzfeldt, sendo a doença de Friedreich do tipo recessivo.

Apenas num dos casos verificou a existência de sinais de lesão da via piramidal, faltando os sintomas espinais quasi completamente.

Crentzfeldt diz ter obtido bons resultados, nos doentes que observou e tratou, com o uso da suprarenina e do *Tetraphan*.

A. ALMEIDA DIAS.

NEO=PLASTINA SEIXAS=PALMA



Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em-soro fisiologico



Este preparado não provoca reacção

EM CÂIXAS DE
 10 ampollas de 1,5 c.c.
 6 " " 5 " "

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

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

Investigações sobre a gênese dos macrófagos do sangue e de formações celulares afins e o seu comportamento nas culturas *in-vitro*. (*Untersuchungen über die Genese der Blutmakrophagen und verwandter Zellformen und ihr Verhalten in der In-vitro-kultur*), por HANS HIRSCHFELD EUGENIE KLEE-RAWIDOWICZ. — *Zeitschrift fuer Krebsforschung*. Vol. 27. Fasc. 1 e 2, 1928. Págs. 167-194.

Concluem como segue das investigações a que procederam :

1.º — As células sangüíneas de pessoas normais e de doentes com leucemia linfática não liquifazem o meio de cultura.

2.º — Os monócitos são a forma originária de que resultam macrófagos, células epitelióides e fibro-blastóides.

3.º — O resultado positivo da reacção das peroxidases nos monócitos, macrófagos e células fibro-blastóides demonstra o parentesco que entre elas existe.

4.º — A observação *in vivo* das células fibro-blastóides mostrou que com o método por nós empregado representam apenas uma transformação dos macrófagos e não são elementos celulares especificamente diferenciados.

A. ALMEIDA DIAS.

Meningite tuberculosa e gravidez. A propósito de quatro observações pessoais. (*Méningite tuberculouse et gestation. A propos de quatre observations personnelles*), por A. CONVELAIRE e M LACOMBE. *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 1. 1929.

Dêste trabalho tiram os AA. as seguintes conclusões :

I. — Em virtude do estado de gravidez podem cometer-se erros de diagnóstico, especialmente com a eclampsia convulsiva e nos casos em que a meningite evoluciona nos primeiros meses, com o síndrome dos vômitos graves.

II. — As formas meningéas da infecção tuberculosa no decurso da gravidez parecem mais prejudiciais para o feto do que as outras formas dessa infecção, especialmente as formas pulmonares, cuja resolução, mesmo grave, só raramente tem conseqüências clinicamente apreciáveis para o recém-nascido.

Os perigos parecem resultar da freqüência relativa das infecções transplacentárias.

III. — É possível que as crianças nasçam indemnes de infecção congénita, sobretudo se são expulsas ou extraídas precocemente, pouco depois da aparição dos accidentes meningéas.

IV. — Em presença duma meningite tuberculosa no decurso da gravidez convém pois praticar a operação cesariana sob anestesia local, todas as vezes que o feto é ou parece viável.

F. FONSECA.

A anestesia epidural em obstetria. (*De l'anesthésie épidurale en Obstétrique*), por J. HENRY e L. JAUR. — *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 1, 1929.

Com a aplicação da anestesia epidural em obstetria levanta-se uma vez mais o problema do parto sem dor. Numerosos métodos têm sido propostos, mas os resultados são inconstantes. A anestesia epidural não é uma solução definitiva. As conclusões de S. Chickclé em 1925 foram desfavoráveis a este método. Defaut em 1928 chega a conclusões favoráveis, tanto pelo que diz respeito à conservação, frequência e eficácia das contracções, como pelo que respeita aos incidentes por vezes angustiosos que acompanham este modo de anestesia (hemorragias, sofrimento do feto).

O estudo das observações dos AA. mostra que :

1.º — A altura de penetração da agulha ao canal sagrado, e por consequência a do líquido anestésico, é duma importância capital.

Alta, a injeção epidural acompanha-se duma anestesia total. Interrompe-se o trabalho e só volta depois de restabelecida a sensibilidade.

Baixa, anestesia completamente o perineo, a vulva, a vagina, os levantadores, algumas vezes o colo uterino. Provoca uma diminuição das dores do período de dilatação, torna indolor a passagem da cabeça através do perineo, e, relaxando este último, facilita a expulsão fetal. Não modifica as dores internas.

2.º — As intervenções obstétricas são mais ou menos facilitadas por este modo de anestesia.

3.º — As vantagens deste método sobre a raquianestesia e a anestesia geral são: ausência de choque, de perturbações gerais, grande duração (duas a três horas) e na anestesia epidural baixa ausência de perigo de inércia uterina por paresia.

4.º — Os inconvenientes do método são :

- a) Ausência de anestesia do corpo do útero na anestesia epidural baixa.
- b) Perigo de hemorragias graves na anestesia epidural alta.

As indicações da anestesia epidural em obstetria podem resumir-se do seguinte modo :

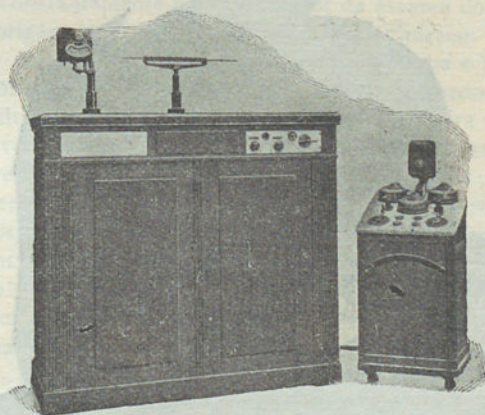
I. — A anestesia epidural alta deve reservar-se para os seguintes casos :

- a) Quando se deseja parar o trabalho durante duas ou três horas.
- b) Em certas versões difíceis por manobras externas.
- c) Nas versões por manobras internas dificultadas pela contractura uterina.

II. — A anestesia epidural baixa, que não tem perigo, pode empregar-se:

- a) Nos casos em que se deseja um fim da dilatação e expulsão sem dor.
- b) Nos casos de intervenções obstétricas; excelente para as aplicações de *forceps*, é menos favorável para as versões por manobras internas.
- c) Nos casos de perineorrafia.

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE-GALLOT & 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

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
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

As malformações ósseas nos monstros exencefálicos e anencefálicos.
(Les malformations osseuses chez les monstres exencéphaliens, pseudencéphaliens et anencéphaliens), por H. ILOBOZIVNO, A. GEORGESEO e P. HERSCONVICI. — *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 2. 1929.

Em seis monstros dos quais um exencefálico, um iniencefálico, dois tlipsencefálicos, um nosencefálico e um anencefálico, observaram os AA. as seguintes malformações ósseas:

a) A porte orbitária do frontal está reduzida a uma lamela de 1 a 3 milímetros de largura. Por êste facto as cavidades orbitárias abrem-se para cima e são pouco profundas, o que explica a exoftalmia.

b) Faltam os ossos do crânio que têm um desenvolvimento membranoso.

Apenas se encontram formações ósseas de origem cartilaginosa. Faltam as escamas do frontal, temporal e occipital. Os parietais não existem. O facto de se encontrar constantemente a parte inferior da escama do occipital explica-se pela sua origem cartilaginosa (pontos supra-occipitais). Esta formação apresenta-se sob dois aspectos: a) lâmina óssea que fecha o buraco occipital para trás; b) apófises situadas nas partes laterais dos rochedos e das massas occipitais. Neste último caso o buraco occipital fica aberto para trás.

c) A coluna vertebral apresenta escolioses, cifoses, lordoses consecutivas a maioria das vezes a malformações dos corpos vertebrais: aplasia duma parte do corpo vertebral, desenvolvimento assimétrico das vértebras com soldadura dos corpos entre si, corpos vertebrais bifidos por segmentação antero-posterior ou transversal, soldaduras das apófises transversas.

d) As anomalias dos corpos vertebrais foram observadas nos casos que apresentaram igualmente *rachischisis*. A ausência dos arcos posteriores das vértebras e a malformação do corpo vertebral encontram-se nos mesmos casos.

e) Num dos casos citados (monstro exencefálico) o tórax tem um aspecto reticulado, dado pelas apófises que reúnem as costelas entre si e que são mais frequentes na região lateral e dorsal do tórax.

F. FONSECA.

Combinação da irradiação com injecções intravenosas de glicose. (*Zur Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen*), por P. SCHUMACHER. — *Klin. Woch.* N.º 13. 1929.

O A. verifica que, combinando a irradiação com injecções intravenosas de glicose, a primeira é muito melhor suportada em virtude de melhorado o estado geral da doente. A irradiação dêste modo quasi não determina uma fase negativa da curva do pêso. O A. não pode afirmar que a dextrose tenha uma acção sensibilizadora sobre o tecido carcinomatoso, mas é de grande utilidade no combate ao carcinoma e aos tumores malignos o aumento das forças de defesa do organismo no sentido duma activação protoplasmática geral. Deve-se ser cuidadoso com a dosagem da glicose quando há sinais in-

flamatórios à volta do tumor, visto que a inflamação é agravada pelas injeções de dextrose e a irradiação feita nestas condições não dá os resultados desejados.

F. FONSECA.

Sobre o tratamento do empiema na infância. (*Ulur empyenhehandlung im Kindesalter*), por W. REIMOLD. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 3. 1929.

Nos primeiros anos da vida a mortalidade por empiema é elevada. A estatística do material de empiemas observados nos últimos dez anos na clínica de crianças da Universidade de Breslau é a seguinte.

Foram tratados :

Com 1 ano de idade	23 empiemas dos quais	19 morreram	= 82,6 %
» 2 » » »	17 » » »	7 » »	= 41,1 %
» 3 » » »	12 » » »	— » »	=
» 4 » » »	7 » » »	1 morreu	= 14,3 %

Com 5 anos de idade 3 empiemas dos quais — morreram

» 6 » » »	5 » » »	»
» 7 » » »	2 » » »	»
» 8 » » »	2 » » »	»

Soma 71 empiemas dos quais 27 morrem = 37,8 %.

O perigo do empiema está nos dois primeiros anos da vida, sendo o lactante a maior vítima.

A frequência do agente infeccioso foi a seguinte:

39 empiemas	pneumocóccicos.
12 »	stafilocóccicos.
7 »	de infecção mixta.
7 »	influenza.
5 »	em que se não descobriu o agente..

Na clínica de Breslau emprega-se o seguinte processo no tratamento dos empiemas pneumocóccicos. Depois de esvaziado o pus faz-se a lavagem com 100 a 200 c. c. (até que o líquido saia claro) duma solução de cloridrato de optoquina a 0,5 %, deixando depois ficar uma porção de soluto correspondente a 0,05 gr. por quilograma, tendo o cuidado de não exceder 0,5 gr. de optoquina, isto é, 10 c. c. do soluto a 5 %. Só em raros casos o A. observou um pequeno abcesso da parede consecutivo àquela prática e necessitando ser incisado.

A acção da optoquina traduz-se rapidamente do seguinte modo :

1.º — O pus torna-se estéril depois de uma a três lavagens. Os ratinhos inoculados continuam sãos.

2.º — A secreção diminui. Exsudados que á função de prova davam 200 c. c. passam a dar apenas 10 a 20 c. c. dum pus espêsso. Em virtude de o pus ser mais espêsso e se não poder aspirar está indicada a resecção que nesta altura não acarreta o perigo de perda de líquido. Pouco tempo depois sobrevém a cura.

3.º — O estado geral melhora rapidamente, a temperatura cai e o apetite volta.

Nos empiemas não pneumocóccicos faz o A. lavagens com soluto de rivanol, de 1: 1000 a 1: 2000, e submete a critério idêntico ao anterior a medição operatória. Os resultados operatórios das crianças da clínica de Küttner são bons. Para evitar retracções torácicas, escleroses e escoliose, aconselha para as crianças com mais idade exercícios respiratórios.

F. FONSECA.

Carcinoma primitivo do pulmão. (*Primary carcinoma of the lung*), por B. KIRKLIN, R. PATERSON e P. VENSON. — *Sury Gyn. and Obst.* Fevereiro de 1929.

Todas as noções fundamentaes de patologia, de radiologia, de clínica e de anatomia patológica vêm incluídas neste artigo. Como fundamento do trabalho figuram por um lado as mais importantes contribuições publicadas sobre o assunto e por outro os resultados do estudo de material clínico do Instituto Mayo. Diz-se em resumo:

Nos primeiros períodos de evolução, o carcinoma do pulmão pode ser dividido em dois tipos, com entidades clínicas e radiológicas diferentes:

- 1) Tipo brônquico, com ponto de partida na parede dos brônquios.
- 2) Tipo pulmonar, com ponto de origem no parênquima pulmonar.

No tipo brônquico existe uma história inicial de tosse persistente, pouco produtiva, associada com hemoptises ou com expectoração hemoptóica. Como regra geral a doença acompanha-se de emmagrecimento. Ao exame radiológico encontra-se, em alguns casos, uma infiltração unilateral da região hilar; com mais frequência observa-se a atelectasia de um lobo pulmonar, devida á oclusão brônquica.

O tumor do parênquima é de evolução mais lenta, com perda de pêso acentuada. Há dores persistentes, localizadas no tórax. Ulteriormente o brônquio pode ser invadido, produzindo-se então um quadro radiológico semelhante ao do tipo primeiramente apontado. Nas radiografias dos casos de tumor do parênquima nota-se uma densificação nodular infiltrante, isolada no meio do campo pulmonar.

Nas suas fases evolutivas terminais, os dois tipos tendem a confundir-se em um tipo comum e a verdadeira índole do tumor maligno das vias respiratórias torna-se menos precisa, e assim é possível a confusão com a pleurisia com derrame ou com afecções pulmonares de natureza inflamatória.

O tumor do parênquima é quasi sempre um adeno-carcinoma e o tumor brônquico um adeno-carcinoma ou um epitelioma. Qualquer dos tipos de neoplasia é de uma alta malignidade.

MORAIS DAVID.

O coração no hipertiroidismo. Alterações da onda T do electrocardiograma consecutivas ao tratamento iódico e a tiroidectomia. (*The heart in thyroid disease. Changes in the T wave of the human electrocardiogram following iodine medication and thyroidectomy*), por W. HAMBURGER, M. LEO, W. PRIEST e H. HOWARD. — *Arch. of Int. Med.* Janeiro de 1929.

O tratamento do hipertiroidismo com o soluto de lugol determina na maioria dos casos uma diminuição na altura da onda T do electrocardiograma; mais raramente esta onda não sofre alteração ou aumento de altura.

A tiroidectomia sub-total é seguida de um abaixamento mais pronunciado do mesmo accidente electrocardiográfico e em dois casos pôde mesmo verificar-se a sua passagem a um tipo invertido.

O abaixamento no metabolismo basal acompanha a diminuição da onda T, quer provenha do tratamento medico pelo iodo quer do tratamento cirurgico pela tiroidectomia.

As variações de forma e altura da onda T filiam-se naturalmente em alterações no *tonus* do vago e do simpático assim como do *tonus* do próprio músculo cardíaco.

Nos casos tiroidectomizados a onda T invertida sobrevém a um período isoeléctrico a partir da onda R e contrasta com a inversão produzida pela medicação digitalica ou pela oclusão coronária, que é immediata à onda R.

O repouso preliminar no tratamento dos doentes com hipertiroidismo, sem intervenção da terapêutica pelo iodo, produz uma baixa na frequência do pulso e no metabolismo basal mas não altera a excursão da onda T. As afirmações dos autores são corroboradas por vários traçados.

MORAIS DAVID.

O ácido tânico no tratamento das queimaduras nas crianças. (*The tannic acid treatment of burns in children*), por A. MONTGOMERY. — *Surg. Gyn. and Obst.* Fevereiro de 1919.

As queimaduras são de um prognóstico immediato grave e têm consequências a distância também graves e independentes da lentidão com que se efectuam os processos de cicatrização. Todas estas particularidades tornam bem comprehensíveis as atenções que se têm dispensado ao tratamento das queimaduras e os múltiplos aspectos por que este tem sido encarado. Qualquer que seja porém o tratamento, para que ella seja efectivo, deve suspender as dores, impedir a toxemia, garantir a assépsia, impedir a perda de fluidos pela superficie da queimadura, assim como a aparição de contracturas e cicatrizes viciosas,

São três as modalidades a que tem sido subordinado o tratamento das queimaduras :

a) Tratamento bioquímico ou alcalino, por meio dos banhos ou aplicações locais de compressas húmidas, embebidas em soluto esterilizado de bicarbonato de sódio a 10 %.

b) Tratamento com penso protector de parafina.

c) Tratamento pelo método de fixação, que provoca a dissecação e fixação dos tecidos necrosados e a formação de uma crosta protectora. Este tipo de tratamento pode ser levado a efeito com o alcohol absoluto, com o acetato de alumínio, com o ácido picrico e com o ácido tânico. O autor descreve assim a sua técnica para o tratamento das queimaduras :

Logo após a admissão, o doente recebe uma dose de morfina suficiente para calmar a dor. A pele da área queimada é cuidadosamente desinfectada com benzina ou éter e os corpos estranhos ou detritos são removidos com instrumentos esterilizados. Pincela-se a ferida da queimadura com um soluto de ácido tânico a 5 %, recentemente preparado. A criança, completamente nua, deita-se em uma cama coberta por um lençol esterilizado e aplicam-se, quando são precisas, talas ou suspensões. Por cima do doente arma-se uma cobertura em forma de tenda, com uma ou duas lâmpadas eléctricas que asseguram uma temperatura agradável e útil para a dissecação das feridas.

Os fluidos administram-se por via rectal ou sub-cutânea. Nos casos mais graves empregam-se os solutos de glicose por via intravenosa e as transfusões sanguíneas.

De meia em meia hora pincela-se a ferida com o soluto de ácido tânico. Logo ao fim da 1.ª meia hora a dor desaparece.

Dentro de 15 a 24 horas forma-se uma crosta sêca, que preserva a zona de tecido mortificado pela queimadura e a torna insensível. A criança mantém-se deitada e suspende-se o tratamento pelo ácido tânico ao fim das 15 a 24 horas necessárias para a formação da crosta a que se fez referência. Ao 3.º ou 4.º dia desaparecem as manifestações de toxemia. Localmente, se a ferida é superficial, a cicatrização progride e vai determinando o descolamento sucessivo da camada de tecido coagulado. Nas queimaduras mais profundas esta cobertura de tecido coagulado cai no fim de duas a três semanas deixando em seu lugar uma cicatrização com boa vitalidade e bom aspecto, sobre a qual se pode depois fazer a implantação de enxertos.

Se aparecem sinais de infecção por debaixo desta crosta abrem-se-lhe umas janelas, pelas quais se efectua depois as lavagens da superfície de granulação com soluto de Dakin, ou pode mesmo destacar-se toda esta crosta amolecendo-a previamente com vaselina.

O A., em contraposição a Davison, reprova o tratamento pelas compressas embebidas em ácido tânico porque, diz êle, as compressas tendem depois a aderir às partes moles.

Algumas fotografias demonstram a grande extensão das queimaduras em vários casos, reoberta do coágulo tânico, e assim como certos preceitos do tratamento.

A reacção de Wassermann nas ictericias. (*The Wassermann reaction in jaundice*), por D. DANIS N. SIDEL. — *Boston Med. Surg. Jour.* 9 Fevereiro de 1928.

A reacção de Wassermann efectuada em 102 casos de ictericia, de diferentes naturezas, foi positiva em 20 dêsses casos.

Em 17 doentes dêste grupo havia sinais de sífilis, certa ou provável; só em 3 casos os dados anamnísticos e o exame clínico foram inteiramente negativos quanto à suspeita da sífilis.

A icterícia não determina, por si só, uma reacção de Wassermann falsamente positiva.

MORAIS DAVID.

O ritmo de galope na hipertensão. (*Gallop rhythm in hypertension*), por H. MOND E E. OPPENHEIMER. — *Arch. Int. Med.* Fevereiro de 1929.

Os AA., servindo-se de diversos métodos gráficos, estudam o ruído de galope e as suas relações com os fenómenos mecânicos e eléctricos do músculo cardíaco.

O ritmo de galope, como se encontra nas pessoas hipertensas, depende de um ruído suplementar que coincide com a contracção auricular.

O aumento da tensão diastólica do ventrículo e da tensão intra-auricular são os factores fundamentais da génese do ruído acessório, que pode afectar um carácter transitório em relação com o estado funcional do músculo.

Tanto o ruído de galope proto-diastólico, como o pre-sistólico, têm o mesmo significado patogénico. Não há espécie nenhuma de afinidades entre o ruído de galope e o 3.º tom fisiológico ou o desdobramento do 2.º tom.

MORAIS DAVID.

Mal de Pott lombar. Diagnóstico confirmado pelo lipiodol. (*Mal de Pott, etc.*), por OCT. COQUELET (Bruxelas). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie.* 30.º ano, n.º 7. Julho 1927. Pág. 626.

O doente apresentado pelo A. tem uma doença absolutamente banal, um mal de Pott lombar com abcesso e fistulização. A sua história tem um certo interesse sob o ponto de vista do diagnóstico.

26 anos, fez serviço militar, um dia queixou-se de vagas dores nos rins, que mais tarde passaram à coxa direita que começou a inchar. Passado tempo, appareceu na anca um pequeno tumor avermelhado e pouco doloroso que um clínico punccionou com o bisturi. Desde então supuração, e o pus, muito abundante nos primeiros dias, parecia provir da face interna da coxa.

A columna lombar não está dolorosa e é preciso carregar com bastante fôrça para provocar uma dor ao nível das apófises espinhosas de L 3 e L 4;

L 5 está ainda praticamente indolor. O doente imobiliza a coluna, curva os joelhos para apanhar um objecto do chão, e se experimenta levantá-lo pelos pés, quando está deitado de barriga, o corpo vem num bloco. O A. teve a sorte de ver positivas estas duas provas quando examinou o doente e fez o diagnóstico de mal de Pott da 2.^a e 3.^a lombares. Infelizmente, na ocasião de exames consecutivos feitos por outros médicos, o doente não imobilizava a coluna e tocava normalmente o chão com as pontas dos dedos, sem curvar os joelhos. Não confirmaram o diagnóstico. A radiografia, ainda por cima, não mostrava nada nas 3.^a e 4.^a lombares nem nos discos intervertebrais, e quando muito uma falta de nitidez da 5.^a lombar, que fez timidamente pensar na possibilidade dum comêço de sacralização ou numa osteocondrite. Cuidou-se que a supuração ingüinal proviria dum gânglio tuberculoso incisado — existiam outros gânglios em ambas as virilhas — e mandaram o doente tratar-se de novo na consulta externa.

Para saírem da indecisão, exploraram o orifício ingüinal com uma sonda vesical de borracha. Conseguiram encontrar um trajecto no qual injectaram uma seringa de lipiodol. Esperavam saber assim se se tratava duma cavidade de abcesso antigo ou duma fistula conducente a uma vértebra. As radiografias obtidas, das quais se reproduz uma, mostraram: a de perfil, que o lipiodol chegou ao contacto do corpo da L 5 e contornou-o em baixo e em cima para chegar atrás ao contacto com o canal raquidiano; a de frente, que o lipiodol está acumulado na concavidade do sacro e em volta da 5.^a lombar, que está por êle envolvida.

A inecção de lipiodol foi portanto preciosíssima para confirmar o diagnóstico num momento em que era ainda duvidoso, e para precisar a localização da lesão espondilítica.

NOTA DO REDACTOR. — Ao redactor foi o mesmo processo muito útil num doente de mal de Pott lombar fistulizado para a virilha, e no qual uma nova fistula se abriu para a região glútea, com limitação dos movimentos da articulação coxo-femural dêsse mesmo lado e radiografia da articulação bastante duvidosa.

O processo do lipiodol esclareceu imediatamente tratar-se duma nova fistula de origem póttica, atribuindo-se então as perturbações dos movimentos da coxa à psoite quási constante nas lesões daquele segmento vertebral.

MENESES.

O pneumoartro terapêutico nas lesões endo-articulares do joelho. (*Il pneumoartro terapêutico*, etc.), por CORRADINO GIACCOBLE (Florença). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XII. Fasc. 5. Págs. 433-441.

Nunca é demais insistir nas novas técnicas diagnósticas e terapêuticas dêsse formidável capítulo da patologia cirúrgica que é a traumatologia, que entre nós parece não merecer as atenções que a sua já nítida individualização reclama.

A hemartrose, que se observa em quási todos os traumatismos fechados

do joelho, pode, além da dor, ser muitas vezes o único sintoma nas contusões; freqüentemente é a expressão de muitíssimas lesões que podem escapar ao mais rigoroso exame clínico. Estas lesões quasi sempre são da sinovial ou dos ligamentos, e podem também ser as mais variadas (arrancamento da inserção dos ligamentos cruzados, rasgamento do ligamento adiposo, arrancamentos ósseos parciais, fracturas dos meniscos, lesão de Segond, etc.) as quais é necessário precisar quanto antes, não por simples luxo diagnóstico, mas para um oportuno e adequado tratamento e um exacto prognóstico funcional.

A radiografia é um meio de investigação inegavelmente precioso e indispensável, especialmente se fôr feita após a injeccção de ar na articulaçáo; êste pneumoartro facilita o diagnóstico diferencial.

A prática do pneumoartro com fins diagnósticos é de uso corrente, pelo menos no estrangeiro. No 3.º Congresso Internacional de Medicina Militar (Paris 1925) o Prof. Caccia fez uma communicacáo sôbre a evoluçáo e o tratamento das artrites traumáticas, e, referindo-se a um novo processo de tratamento, descreveu a applicaçáo ás hemorragias endo-articulares de um método que deu resultados brilhantes nos hemotórax traumáticos, isto é, o pneumoartro terapêutico, precedido de lavagem endo-articular com o líquido de Dakin. Êste A. faz notar como com êsse método, enquanto são removidos os coágulos endo-articulares, factores freqüentes da hidartrose nas hemartroses simples, se evita, pela compressáo do gás, que se repitam as hemorragias dos pequenos vasos endo-articulares ainda não trombosados.

O A. teve occasião de, no prazo de ano e meio, aplicar êste método de Caccia em cinqüenta casos de hemartroses, de hidro-hemartroses e de hidrartroses traumáticas do joelho.

O pneumoartro foi applicado sistemáticamente e imediatamente em todos os casos de derrame endo-articular do joelho por traumas recentes sem lesões ósseas apreciáveis.

Nos casos em que eram evidentes lesões ósseas (fractura da rótula, fractura da extremidade inferior do fêmur, fractura sub-condilvêdea, etc.) apenas se fez a artrocentese, antes de iniciar o tratamento especial para cada caso.

A técnica é bastante simples, feita com as regras correntes da assépsia.

É útil fazer a desinfecçáo da pele com o soluto alcoólico de ácido pícrico a 5 %, que se presta ao exterior exame radiográfico, não produzindo o véu da película que o iodo produz, mercê da sua natureza metalóide.

Depois de se ter esvaziado cuidadosamente e completamente o derrame com uma agulha grande, derrame hemático, e depois de se ter feito uma lavagem endo-articular com um soluto tépido e diluído de Dakin recentemente preparado, ou com soro fisiológico esterilizado, injecta-se no joelho ar filtrado, praticamente considerado estéril. O aparelho de Morelli para pneumotórax presta-se muito para isto porque permite, num único tempo, fazer a artrocentese, a lavagem eventual da articulaçáo, e emfim a insuflaçáo de ar na cavidade da articulaçáo.

Na falta dêste aparelho podemos utilizar uma seringa de vidro graduada, interpondo entre a agulha e o *raccord* de cauchu um tubo de vidro contendo uma bola de algodáo esterilizado, para filtrar o ar.

Ao nível do ângulo súpero-externo da rótula penetra-se fácilmente na

METODO CYTÓPHYLATICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações às sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)*

DELBIASE

**ESTIMULANTE BIOLOGICO GERAL POR
HYPERMINERALISAÇÃO MAGNESIA DO ORGANISMO**

UNICO PRODUTO PREPARADO SEGUNDO A FORMULA DO PROFESSOR DELBET

PRINCIPAIS INDICAÇÕES:

Perturbações digestivas, Infecções das vias biliares, Perturbações neuro-musculares, Asthénia nervosa, Perturbações cardiacas por Hypervagotonia, Pruridos e Dermatose, Lesões do tipo precanceroso, Prophylaxio do cancro

DOSE: 2 A 4 COMPRIMIDOS, TODAS AS MANHÃS, EM MEIO COPO D'AGUA

**DEPOSITO: Laboratorio de PHARMACOLOGIE GENERAL
8, rue Vivienne, PARIS**

A pedido mandam-se amostras aos medicos

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAX, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

PRODUTOS

Serono

Nos casos de SIFILIS em que não seja possível praticar-se o tratamento por meio de injecções, recorra-se ao

VIROSAN SERONO

(Em pílulas)

que não tem os inconvenientes comuns nos SAIS DE MERCURIO

Productos

Zambeletti

Arseniato de Ferro Soluvel "ZAMBELETTI,"

(Em gotas)

Nos estados de esgotamento e depauperamento orgânico; nas convalescenças de doenças longas e debilitantes e em todas as alterações da crase sanguínea.

Amostras gratis á disposição dos Senhores Medicos



L. LEPORI

R. Victor Cordon, 1-A

Apartado 214 — LISBOA

cavidade articular; mas aí os planos anatómicos são constituídos por aponevroses de inserção, as expansões dos vasos, cuja ferida produzida pelo instrumento fica escancarada, pois as fibras, dissociadas pela agulha grossa, pouco retrácteis e tensas pelo ar injectado, não tendem a juntar-se de novo. O ar, atravessando êsse buraco, torna a sair, pelo menos em parte, insinuando-se nos tecidos circunstantes (enfisema sub-cutâneo). Para evitar êste inconveniente basta meter a agulha através dum plano músculo-aponevrótico, como é o da base da rótula, ao nível do fundo do saco superior (Terracol e Colaneri), onde a reunião dos bordos da pequena ferida produzida pela agulha é imediata.

A quantidade de ar a injectar varia de indivíduo para indivíduo; pouco mais ou menos é igual ou ligeiramente inferior à do líquido extraído. A distensão completa da articulação é notada pela resistência oferecida. Para evitar que o ar introduzido pela acção da temperatura dos tecidos articulares se dilate excessivamente, applicaremos no joelho uma bôlsa com gêlo. Aplicar-se há também uma ligadura ligeiramente compressiva, que será tirada no dia seguinte.

Feito o pneumoartro, é em seguida feito o exame radiográfico nas duas posições. O membro depois fica imobilizado numa goteira metálica bem estofada; mas no dia seguinte, depois de tirada a ligadura e deixado livre o membro, iniciam-se massagens do quadricípede e movimentos progressivos e prudentes, sejam activos sejam passivos, do joelho.

Quando desapareceu nitidamente qualquer diferença de temperatura entre os dois joelhos e o pneumoartro se reabsorveu parcialmente, e sobretudo quando não existam contraindicações provocadas pelas lesões encontradas (geralmente uma semana depois), começa-se com exercícios de deambulação.

Compreende-se facilmente como com tal método se evitem todos os perigos inerentes à permanência do sangue na cavidade articular, e, graças aos movimentos iniciados precocemente e à massoterapia, também aqueles gravíssimos devidos à imobilização da articulação.

Apenas seja reconhecida a formação de uma hemartrose deve-se esvaziar o joelho e fazer imediatamente o pneumoartro, a titulo de hemostático; dêste modo é excepcional recidivar o derrame.

Quanto mais precoce fôr a intervenção melhores serão os resultados.

Evitar-se há que permaneçam os coágulos que irritam a sinovial, reagindo esta com a formação de um exsudado seroso mais ou menos abundante.

Nas contusões e distorsões simples o resultado foi verdadeiramente ótimo quando o método foi executado nas primeiras 24 horas. Nestes casos não é necessária a lavagem da articulação, pois o sangue ainda está fluido e pode por isso ser completamente e facilmente esvaziado.

Nas contusões simples do joelho só depois de duas semanas de tratamento podem os doentes ter alta, e só depois de três nas distorsões.

Quando o tratamento foi feito 4 a 5 dias depois do trauma, isto é, quando se formou já um derrame mixto hidro-hemático, os resultados foram ainda bons, mas foi necessário um período mais longo de permanência hospitalar (30 a 60 dias) e algumas vezes foi preciso repetir a artrocentese.

Nestes casos, isto é, depois das primeiras 24 horas, é indispensável a

lavagem com o Dakin tépido e com o Cl² Na fisiológico (que é menos irritante) para arrastar coágulos eventuais.

Uma semana passada depois do trauma os resultados são já pouco satisfatórios, e mais tarde ainda vão sendo quasi insignificantes. Nas hidartroses primitivas traumáticas, nas quais o derrame seroso aparece depois das 24 horas, não obteve o A. benefícios apreciáveis com o pneumoartro.

Também applicou o método em alguns casos complicados por lesões do esqueleto com bons resultados.

Em conclusão, o método Caccia é absolutamente inofensivo, de applicação fácil e simples, e dá melhores resultados quando applicado precocemente, pois, além de impedir a reprodução do derrame hemático, evita a formação de uma hidrartrose, obtendo assim um rápido e completo restabelecimento funcional.

Com a lavagem endo-articular com o soluto de Dakin pode-se prevenir a complicação séptica e removem-se os factores da paquisinovite, da hiperplasia fibrosa dos tecidos subsinoviaes, da hidartrose recidivante, etc. Com a massoterapia e com a mobilização precoce evitam-se a hipotrofia muscular e os graves danos a ela inerentes.

MENESES.

Artrotomia do joelho. (*Arthrotomie du genou*), por BRANDÃO FILHO (Rio de Janeiro). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*, Vol. XII, Fasc. 2, Março, 1928. Págs. 130-139.

Depois de fazer uma crítica muito judiciosa aos diferentes métodos frequentemente utilizados para a artrotomia do joelho, o A. apresenta uma técnica sua que já foi objecto duma comunicação feita em 1920, e que provavelmente ficou esquecida na revista brasileira onde foi dada à luz da publicidade. Talvez por isso o A. a vem de novo expor numa revista de leitura mundial. Na verdade parece utilíssima e simples, e as gravuras que acompanham o artigo são muito claras e expressivas.

Os tempos operatórios são os seguintes:

1.^o tempo. — Incisão em U, cujo ramo horizontal corresponde à tuberosidade da tíbia. O canivete deve somente cortar a pele e o tecido celular sub-cutâneo, e o retalho é dissecado e rebatido. O comprimento dos ramos verticais do U varia para cada caso, mas deve ir até dois ou três dedos de través por cima da rótula. Em todo o caso, as incisões laterais podem ser prolongadas no decurso da intervenção, se fôr necessário.

2.^o tempo. — Incisam-se as duas asas da rótula. Sobre estas incisões traçam-se duas perpendiculares, que vão terminar na altura em que o ligamento rotuliano se insere na rótula. Este ligamento é ligeiramente compreendido na incisão. Sobre a face anterior da rótula traça-se uma incisão em forma de pêra, compreendendo apenas as partes fibro-aponevróticas que a recobrem. Esta incisão tem por fim guiar o operador durante a secção da rótula e impedir que os planos já citados impeçam os movimentos da serra.

3.^o tempo. — Coloca-se a rótula em posição vertical. Com uma serra de

lâmina fina, ou com uma serra de Gigli montada, secciona-se a rótula segundo a incisão preceçentemente marcada sôbre ela, tendo no entretanto o cuidado de conduzir o instrumento de maneira a obter um bisel à custa da rótula. Esta precaução é necessária para manter o nível da superfície articular da rótula quando, mais tarde, se porá o osso no seu lugar. Separam-se os fragmentos ósseos, obtendo-se assim uma luz perfeita sôbre a cavidade articular. As gravuras exprimem melhor do que toda a descrição.

4.º tempo. — Terminada a intervenção e tratadas as lesões, adaptam-se os fragmentos ósseos e refaz-se em seguida a articulação com uma sutura cuidadosa em varios planos. Faz-se a sutura da sinovial, das asas da rótula, do involucro fibroso que reveste a face anterior da rótula, e da pele. Em consequência da sua forma os fragmentos ósseos, uma vez engrenados um no outro, ficam automaticamente bem adaptados.

Uma contracção do quadricípede não pode senão apertar melhor ainda os dois fragmentos rotulianos. O retalho cutâneo aplicado sôbre êste osso impede a sua disjunção. Será preferível no entretanto, para assegurar uma boa posição das partes ósseas, dar sempre dois ou três pontos nas camadas fibrosas pre-rotulianas.

O A. apresenta em seguida um caso em que empregou esta técnica, em que se tratava dum fibroma pediculado intra-articular.

Esta intervenção veio à idea do A. por necessitar duma grande luz que outras técnicas não dão, além doutras vantagens, em casos de lesões dos ligamentos cruzados, dos meniscos semi-lunares e dos corpos estranhos intra-articulares, e sobretudo em casos não especializados em que o diagnóstico antes da operação é duvidoso, e a lesão incerta, mínima, e descrita sem precisão. É superior aos três tipos de artrotomia conhecidos, látero-vertical ou látero-transversal; vertical mediana ou transrotuliana; e artrotomia em U, com resecção de tuberosidade tibial.

MENESES

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Boletim da assistência médica aos Indígenas e da luta contra a moléstia do sono. — Loanda.

Arquivos de Clínica Médica. — Pôrto. Tõmo II.

O diagnóstico laboratorial do cancro, por ANTÓNIO PROENÇA. — Coimbra



Hospital Geral de Santo António. (Boletim Clínico). — N.º 1, ano I.
Pôrto, 1928.

**História da Rainha D. Leonor e da fundação do Hospital das
Caldas,** por JORGE DE S. PAULO. — Edição de 1928.

**Investigaciones sobre la virulencia de la sangre en la tubercu-
losis,** por Dr. R. PLA Y ARMENGOL. — Barcelona.

Relações entre a Fitopatologia e a Patologia humana, por CAR-
LOS FRANÇA. — Lisboa, 1927.

**Travaux du Laboratoire de Recherches Biologiques de l'Uni-
versité de Madrid.** — Tome xxv. Madrid, 1927-1928.

Quatro lições de Parasitologia, por CARLOS FRANÇA. — Lisboa, 1928.

O Professor Dr. Tomás de Carvalho, por ANTÓNIO CARVALHO DIAS. —
Lisboa, 1928.

O Instituto Português para o Estudo do Cancro, por F. GENTIL. —
Lisboa, 1928.

Sobre la vacunación contra la tuberculosis en el hombre, por
Dr. PLA Y ARMENGOL. — Barcelona.

La tatuage, por Dr. SANTANA RODRIGUES. — Lisboa, 1927.

Boletim mensal de Estatística Demográfica Sanitária, das cida-
des de Lisboa e Pôrto.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A nova reforma do Estatuto Universitário e as Faculdades de Medicina

A título de que se impõem novas reformas «*que permitam uma maior effcácia da actividade docente do seu professorado e um maior rendimento do trabalho scientifico*», e ainda disposições adoptadas «*pelos países de mais adiantada cultura*» no sentido de «*uma selecção mais perfeita de professores e alumnos*», foi publicado recentemente um decreto modificando o Estatuto Universitário da autoria do ministro Ricardo Jorge.

Não se pode dizer que, em relação às reformas de 1911 e 1918, seja alargada a autonomia universitária. Entretanto, foram introduzidas algumas disposições com as quais lucram o ensino e o País.

Bem andou o autor da reforma em acabar com a terminologia de segundos e primeiros assistentes, dando a estes o nome de professores. Todavia, o qualificativo de *auxiliares*, influência do Estatuto Universitário de Espanha, é que não nos soa bem. Vá que em Espanha, onde, para se concorrer ao professorado, existem ainda as *oposiciones* — nome fradesco que dá, só por si, uma característica especial à Universidade espanhola — se chamem *auxiliares* a esses professores. Auxiliares do ensino são os assistentes; os *professores auxiliares*, nas atribuições que lhes confere a lei agora publicada, têm autonomia no ensino, não são auxiliares nem dêste nem do professor catedrático.

¿Porque não ficou o antigo e tradicional nome de *substituto* — se não desejávamos copiar do estrangeiro, e o nosso vício nacionalista queria aproveitar prata da casa — ou, então, o nome francês de *agregado*, ou o alemão de *professor extraordinário*?

Qualquer dêstes dois era certamente o que convinha à terminologia dos nossos primeiros assistentes.

O número de professores auxiliares de cada Faculdade tem de ser alargado, ganhando, apenas, os que estiverem em exercício, os quais constituiriam um número limitado. O que não tem sentido é que em cadeiras pré-clínicas de uma Faculdade de Medicina haja dois professores auxiliares e num grupo de medicina interna ou de cirurgia, composto cada um de *quatro cadeiras*, haja apenas um professor auxiliar. Os interêsses do ensino e da Nação não se coadunam com êste estado de cousas. Esperamos que na lei orgânica das Faculdades de Medicina, anunciada para breve, se remedeie êste mal.

Outra disposição do Estatuto, à qual nos desejamos referir, é a que diz respeito aos concursos. Cada Faculdade tem uma diferente fisionomia que a caracteriza, à qual se deve submeter a lei orgânica. Se num concurso para a cadeira de história ou de filosofia de uma Faculdade de Letras se deve exigir



uma prova escrita, num concurso para o grupo de medicina interna de uma Faculdade de Medicina essa prova não tem cabimento. Nem tão pouco velharias em desuso «nos países de mais adiantada cultura» que têm por fim, apenas, apreciar a memória dos candidatos e nunca o seu espírito crítico, a sua cultura, as qualidades de investigadores na ciência a que se dedicam, a sua inteligência, numa palavra, e ainda as suas qualidades didácticas.

Concursos à maneira dos antigos *agregados* franceses não os admite nenhum país que queira seguir na pegada dos «países de mais adiantada cultura».

Supomos que não é esse o melhor processo de fazer o recrutamento do professorado.

Se numa Faculdade de Letras ou de Direito «*uma dissertação impressa expressamente elaborada para esse fim e constituindo um trabalho original*» pode ser feita num curto prazo, porque consistirá apenas num trabalho de erudição, numa Faculdade de Medicina a defesa de uma dissertação — trabalho de investigação pessoal de muitos meses — nunca deverá ser exigida. Em medicina o «trabalho original» dá memórias de poucas páginas e nunca do tamanho de uma dissertação de algumas centenas de páginas. Não ser que o investigador vá guardando na gaveta as conclusões dos seus trabalhos à espera do concurso, e então esses trabalhos já não serão originais.

A persistirmos nesta exigência de uma dissertação cairíamos nas antigas teses de medicina, quasi sempre trabalhos de mera compilação.

Neste decreto, como no anterior, parece ligar-se pouca importância a uma prova que é fundamental: o *curriculum vitae*.

Com efeito, apenas se diz que «na apreciação final das provas deverá entrar em linha de conta o *curriculum vitae* do candidato». É pouco. Deverá ser apreciado por uma comissão de professores; e o relatório, por ela elaborado, lido em sessão pública, podendo o candidato defender-se das críticas que, porventura, lhe sejam assacadas. O *curriculum vitae* deve constituir um factor primordial na apreciação dos candidatos. Em vez de dissertações exijam-se *trabalhos científicos originais* demonstrativos de que o candidato não irá cristalizar nas duzentas páginas de uma tese, mas que trilhará o caminho árduo, cheio de desinteresse e de abnegação, da investigação científica, além do seu apostolado pelo ensino, que será um *professor* da Universidade e não de uma escola profissional. É preciso que uma *prova* de *títulos* científicos, consistindo numa exposição pública feita pelo candidato dos seus trabalhos pessoais, seja tomada como elemento importante de apreciação.

O problema da reforma universitária faz parte integrante do problema da reforma da cultura nacional. Problema complexo que não é resolvido com decretos mas com a reforma da intelectualidade universitária. Não basta trazer da terra alheia o que há de melhor; é preciso saber adaptá-lo ao nosso país.

A própria Universidade portuguesa deve possuir características diferentes nas três cidades universitárias e, quiçá, as próprias Faculdades.

Pelo que diz respeito ao ensino médico nas suas diferentes modalidades

— tema que particularmente nos interessa — diremos brevemente nestas páginas como êle está organizado nos «países de mais adiantada cultura» para um maior rendimento intelectual, no sentido de as Faculdades de Medicina fazerem, primeiro, bons profissionais, e depois investigação científica. Diremos, então, como se faz o ensino lá fora e como se deve fazer cá dentro.

Há perto de quarenta anos que Augusto Rocha, um dos mais altos espiritos da nossa terra e da medicina portuguesa, fazia esta afirmação: «*O segredo da fecundidade scientifica das universidades alemãs provém — todos o reconhecem — da sua independência: — um mundo à parte com as suas regras e tradições, com sua história e actualidade, economia e publicidade próprias*».

É por aí que devemos começar. Mas não vemos que isso se vá fazendo.

EDUARDO COELHO.

Instituto Português para o Estudo do Cancro

Instituto português de oncologia

Este Instituto recebeu convite do Dr. WETTERER, em nome da *Foederatio Internationalis Electro-Radiotherapiae*, para organizar em Portugal, sob a presidência do Prof. F. Gentil, director do Instituto Português para o Estudo do Cancro, e a vice-presidência do Dr. Bénard Guedes, o grupo de médicos especialistas que devem fazer parte da F. I. E. R.

O Instituto já enviou cópia dos fins e estatutos da F. I. E. R. a vários colegas para organizar o grupo português.

Em Londres foi organizado no «Cancer Hospital Research Institute» o *International Cancer Committee*, sendo escolhidos, segundo comunicação oficial feita ao Instituto Português para o Estudo do Cancro pelo Prof. Archibald Leitch, como representantes de Portugal os Profs. Francisco Gentil e Mark Athias.

Dêste organismo internacional, que representa a mais sólida tentativa de união dos centros anti-cancerosos do mundo, fazem parte, entre outros oncologistas, Blumenthal, Schmorl, Roussy, Eiselsberg, Dustin, Jurasz, Wassink, Murphy, Roffo, Itchikawa, Daniel, Bastianelli, Fichera, Goyanes, Pio del Rio, Forrsman, Handley, Leitch, Bang, etc.

Em 17 de Abril de 1929 inaugura-se no Instituto Português para o Estudo do Cancro um Curso de Roentgenterapia e Curioterapia, dirigido pelo chefe da Secção de Radiologia Dr. Bénard Guedes.

Condições do Curso:

— A inscrição é limitada a 8 alunos.

— A importância da inscrição é de 500.000, satisfeita na Secretaria do Instituto até 10 de Abril.

— Só poderão inscrever-se no Curso os médicos formados nas três Faculdades da República e serão preferidos os que apresentem certificado oficial de terem completado o segundo ano de internato dos Hospitais Civis de Lisboa.

— O Curso compreenderá duas lições teóricas por semana e exercícios práticos todos os dias.

— Os alunos assistirão às consultas de cancerosos no Instituto.

— No fim do Curso será passado um certificado aos alunos que tiverem frequentado mais de três quartos das aulas teóricas e mais de nove décimos dos exercícios práticos, demonstrando conhecimentos e aptidões.

A Comissão para o Estudo do Cancro tem a honra de participar a V Ex.^a que, em 29 de Dezembro de 1927, foi inaugurado o Instituto Português para o Estudo do Cancro, anexo à Universidade de Lisboa, primeiro centro anti-canceroso criado em Portugal. O Instituto está organizado segundo as bases estabelecidas por ocasião do Primeiro Congresso da Liga Nacional Belga contra o Cancro, efectuado em Bruxelas no ano de 1923, no qual Portugal esteve representado pelo Prof. Francisco Gentil, que assinou as deliberações relativas à formação de uma União Internacional contra o Cancro. Nesta orientação, fez-se representar na recente Conferência Internacional de Londres pelo Professor Mark Athias.

Esta Comissão propõe-se promover na mais larga escala a organização da luta anti-cancerosa no nosso país; a sua acção não se limitará pois a instituir meios terapêuticos e a patrocinar a investigação científica, mas exercer-se há também no campo social colaborando na obra humanitária de defesa contra o cancro.

O Instituto deseja vivamente entrar nas mais estreitas relações com todos os seus congêneres estrangeiros e coloca-se desde já à disposição das entidades interessadas na campanha anti-cancerosa, para uma eficaz colaboração nos vários campos da sua actividade.

No intuito de ampliar os seus meios de trabalho, a Comissão solicita aos directores de institutos, presidentes das associações de propaganda e directores de revistas da especialidade o favor de enviarem ao Instituto Português para o Estudo do Cancro as suas publicações, o que antecipadamente muito agradece.

A COMISSÃO :

Prof. Francisco Gentil — *Presidente.*

Prof. Mark Athias — *Director.*

Prof. João de Magalhães — *Director.*

Prof. Henrique Parreira — *Secretário.*

Dr. Benard Guedes — *Chefe de Serviço (Raios X e Rádio).*

Dr. Simões Raposo — *Chefe de Serviço (Patologia).*

Dr. Gomes da Costa — *Chefe de Serviço (Físico-gutmica).*

*

* * *

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

O Dr. António de Sousa Magalhães de Lemos, professor catedrático desta Faculdade, foi atingido pelo decreto sobre o limite de idade.

De Coimbra

Na Faculdade de Medicina foi substituído um lugar de professor catedrático de Urologia por um de primeiro assistente de Clínica Neurológica.

— O Prof. Luís Pereira da Costa atingiu o limite de idade.

De Lisboa

Na última reunião do Conselho procedeu-se à eleição do director e do secretário. Para director foram eleitos os profs. Moreira Júnior, Egas Moniz e Augusto Monjardino, e, para secretário, os prof.^{es} Adelino Padesca e Carlos de Melo.

— O Prof. Azevedo Neves foi eleito para o cargo de delegado dos professores catedráticos ao Senado Universitário, o qual havia vagado pelo afastamento do serviço do Prof. Ricardo Jorge.

*

* * *

Sociedade das Ciências Médicas

As comunicações apresentadas na penúltima sessão foram as que seguem:

O Dr. Manuel Machado Macedo falou sobre «Uma anomalia: rim sem uretero».

O Dr. Belarmino de Almeida mostrou os resultados obtidos com as operações do saco lacrimal.

Os Drs. Reinaldo dos Santos, Cunha Lamas e José Galdas apresentaram uma comunicação sobre a arteriografia dos membros e visualização arterial por punção da aorta.

— Na reunião seguinte da mesma Sociedade ficou constituída uma comissão pelos Profs. Salazar de Sousa e Melo Breyner e Drs. Ruival Saavedra, Alberto Mac Bride, Oliveira Zuquete e Álvaro Lapa, destinada a indicar as medidas que devem ser adoptadas para a profilaxia das doenças venéreas.

Em seguida, o Dr. Toscano Rico fez uma comunicação sobre «Anquilosomíase autóctona em Portugal».

Sociedade Portuguesa de Biologia

Secção do Porto

Reüniu-se esta secção, sob a presidência do Prof. Pires de Lima.

As comunicações apresentadas foram: — Dr. Tiago de Almeida — «Duas gémeas univetelinas; sobreposição electrocardiográfica»;

Drs. Froilano de Melo e Júlio de Brito — «Sobre um caloinfidio parasitico dum termite indiano»;

Dr. Amândio Tavares — «As variações do conduto malar»;

Dr. Elísio Milheiro — «Sobre a origem do amoníaco urinário; resposta a Polonowski e Boulanger»;

Dr.^a Adelaide Estrada — «Núcleos livres no sangue circulante».

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Presidiu à última reunião desta Sociedade o Dr. Tiago Marques.

O Dr. Pereira Varela apresentou um caso de oclusão dos maxilares por cicatriz fibrosa do plano muscular interno da face, consecutiva a uma ulceração no decurso da febre tifóide. Apresentou também um caso de osteomielite do maxilar consecutiva a manobras inoportunas de extracção dentária. Finalmente mostrou um dente canino bi-radicular.

O Dr. Tiago Marques falou sobre um caso de necrose da abóbada palatina num sífilítico.

O Dr. Sacadura Falcão tratou de reconstituições anatómicas pelas obturações.

Saúde Pública

Foi criada uma secção do Dispensário de Higiene Social e Pósto de Protecção à Infância.

— No dia 10 de Março inaugurou-se oficialmente o Parque Sanitário com sede no Pósto de Desinfecção.

— O Dr. José Lopes Marçal abandonou o lugar de sub-inspector chefe de saúde do distrito de Évora, por ter atingido o limite de idade.

Postos de desinfecção

Foi nomeada uma comissão presidida pelo Dr. António Augusto Gonçalves Braga, inspector chefe de sanidade marítima, e composta pelos sub-inspectores de saúde Drs. Francisco dos Santos Rompana, João Serrão de Moura Freitas, Daniel Esquivel de Maia Saturnino e Raúl de Carvalho, destinada a elaborar novas instruções regulamentares dos serviços dos postos de desinfecção terrestres e marítimos.

*
* *

Postos de vacinação

Pela Direcção Geral de Saúde foram criados postos ambulantes de vacinação contra a variola, a fim de servir os habitantes dos bairros excêntricos da cidade.

*
* *

Serviços de higiene no Pôrto

Está encarregado de proceder à montagem dos serviços de higiene social no Pôrto, e mesmo autorizado a ir ao estrangeiro, o Dr. António de Almeida Garrett.

*
* *

Congresso de Medicina Tropical

Foram louvados os Drs. Aires Kopke, Eurico Carlos de Almeida, Manuel Máximo Prates e Alberto Carlos Germano da Silva Correia, delegados respectivamente da Escola de Medicina Tropical, da colónia de Angola, da de Moçambique e do Estado da Índia e Escola Médica de Nova Goa, ao Congresso Internacional de Medicina Tropical e Higiene no Cairo, realizado em Dezembro de 1928, pela maneira como se desempenharam do cargo.

*
* *

Congresso de Anatomia em Bordéus

O Prof. Celestino da Costa foi autorizado a assistir ao Congresso de Anatomia em Bordéus na 2.^a quinzena do mês de Março.

O representante da Faculdade de Medicina do Pôrto no mesmo Congresso é o Prof. Pires de Lima.

*
* * *

Médicos municipais

Foi nomeado médico municipal de Aveiras de Cima o Dr. António Cabral de Almeida Rodrigues. Também foram nomeados médicos municipais de Fafe os Drs. Teotónio da Silva e Castro e Álvaro Castro.

*
* * *

Médicos militares

Foi aberto concurso para preenchimento das vagas existentes e das que ocorrerem até 31 de Dezembro de 1929, no quadro permanente dos oficiais médicos.

*
* * *

Behring

Passou no dia 15 de Março o aniversário do nascimento de Emil von Behring, o descobridor do sôro anti-diftérico.

*
* * *

Prof. Bettencourt Raposo

O Conselho Médico-Legal retiniu-se sob a presidência do Prof. Abel de Andrade, resolvendo solicitar ao Ministro da Justiça a manutenção do Prof. Bettencourt Raposo no cargo de presidente do mesmo Conselho.

*
* * *

Prof. Mark Athias

Regressou a Lisboa o Prof. Mark Athias que acaba de visitar os hospitais de cancerosos de França, Alemanha, Holanda, Dinamarca e Inglaterra, por encargo do Instituto Português do Cancro.

*
* *
*

Prof. Pires de Lima

O Prof. Pires de Lima foi designado para fazer parte do júri que vai conferir, em Barcelona, o prémio à melhor monografia médica apresentada em concurso.

*
* *
*

Prof. Francisco Gentil e Dr. Borges de Sousa

A conferência realizada pelo Prof. Francisco Gentil no Ateneu de Sevilha versou sobre «Luta contra o cancro».

O Dr. Borges de Sousa fez também na mesma cidade uma conferência cujo tema foi «O interêsse do exame do fundo do olho no diagnóstico das doenças internas e das do cérebro».

*
* *
*

Dr. Gonçalves Braga

O inspector de sanidade marítima do pôrto de Lisboa, Dr. António Augusto Gonçalves Braga, foi nomeado para desempenhar as funções do cargo de inspector chefe da sanidade marítima internacional.

*
* *
*

Dr. Manuel de Vasconcelos

Foi mandado louvar o Dr. Manuel de Vasconcelos, inspector chefe da higiene do trabalho e das indústrias, pela maneira como tem dirigido os serviços da sua especialidade.

*
* *
*

Homenagem

Ao Prof. Costa Sacadura foi prestada, há dias, uma homenagem pelos médicos escolares portugueses, em virtude de haver deixado o cargo de inspector geral de sanidade escolar.



Missões de Estudo

Os Drs. Reinaldo dos Santos e Augusto Lamas foram encarregados de, em comissão gratuita de serviço público, e pelo prazo de 15 dias, estudarem em Paris os progressos da cirurgia.

Prof. Azevedo Neves

Foi eleito para sócio efectivo da Academia das Ciências.

Dr. Gonçalves Braga

O Inspector de sanitidade municipal do Porto de Lisboa, Dr. António Augusto Gonçalves Braga, foi nomeado para desempenhar as funções de cargo de Inspector chefe de sanitidade municipal intermunicipal.

Dr. Manuel de Vasconcelos

Foi nomeado Inspector chefe de sanitidade municipal intermunicipal, Dr. Manuel de Vasconcelos, Inspector chefe de higiene do município e das indústrias, para exercer as suas funções de Inspector chefe de sanitidade municipal intermunicipal.

Homenagem

Dr. José Carlos Sacramento foi eleito para um homenagem pelas mãos escultoras portuguesas em virtude de haver deixado o cargo de Inspector geral de sanitidade escolar.





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



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

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

ADRENALINA BYLA

Solução a $\frac{1}{1.000}$

NATURAL

QUÍMICAMENTE PURA

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

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

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



Nutromalt

Assucar nutritivo para creanças de mama, preparado segundo Soxhlet.

Cura as perturbações digestivas sem submeter as creanças a uma dieta debilitante.

INDICAÇÕES: Para creanças com saúde em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão facil, sem perturbações gastricas ou intestinaes. Em todos os casos de desarranjos das funções digestivas do bebé acompanhadas de fezes ácidas e diarreicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarreia estival.

DOSE: A maior parte das vezes basta substituir o assucar natural pelo NUTROMALT. Segundo os casos deve prescrever-se 2 a 8% de NUTROMALT por biberon. V. literatura.

O NUTROMALT contem as vitaminas de crescimento (factor b) indispensaveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correiros, 41-2.^o - LISBOA

Amostras e literatura gratis



Assucar nutritivo para creanças
de mama

Sala
Est.
Tab
N.e