



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

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

## SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*A. Almeida Dias*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

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

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem diurese **prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, 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** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

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

# CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.  
— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções  
— nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Podir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colónias:

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

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

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

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

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

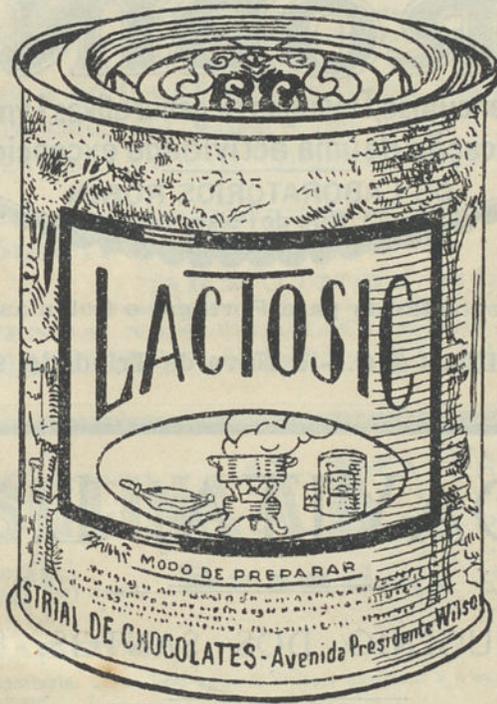
N.º 52 \_\_\_\_\_

LISBOA MÉDICA

# LACTOSIC

---

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias

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

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

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.<sup>o</sup>

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

# Alimentos ALLENBURY'S

para crianças e adultos

**cientificamente adaptados a cada idade**

N.º 1 — lacteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lacteo, dos 3 aos 6 meses.

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

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

**BISCOITOS** — para o período do desmame e dentição.

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

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

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

ACENTES NO PORTO, COIMBRA, BRAGA, ETC.

## Termómetros HICKS

GENUINOS-CLÍNICOS

Usados em todo o mundo

À VENDA NAS FARMÁCIAS DO PAÍS

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

# INSULINA 'A.B.' A PRIMEIRA PREPARADA



## Brand NA EUROPA

### VANTAGENS:

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

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

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

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

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

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

Representante em Portugal: COLL TAYLOR, LDA.

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

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

BRAGA — Farmácia Central, Rua Miguel Bombarda, 6.

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

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

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)

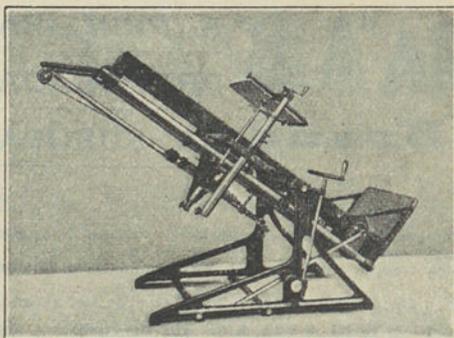
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais da Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITÁRIOS  
EXCLUSIVOS

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



Os melhores aparelhos de

Raios X

Electromedicina

Electrodentaria

são os da

**Siemens-Reiniger-Veifa**

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

Agentes exclusivos para Portugal:

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

**CIGARROS  
DE ABYSSINIA  
EXIBARD**  
*Sem Opio nem Morphina.*  
Muito eficazes contra a  
**ASTHMA**  
Catarrho — Oppressão  
e todas affecções espasmódicas  
das vias respiratorias.  
35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>  
6, Rue Dombasle, 6  
PARIS  
E BOAS PHARMACIAS

Aparelhos e instalações completas de:

**RAIOS X**

DA CASA

**KOCH & STERZEL A. G., de Dresden**

Para diagnóstico e tratamentos

**GRANDE VARIEDADE DE MODELOS**

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X  
AMPOLAS para todos os fins  
PELICULAS „Maro” de dupla Emulsão  
EUBARYT para exames do Estômago  
etc. etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

**MATOS TAVARES, LIMITADA**

Rua dos Fanqueiros, 218-3.º — LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS  
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

---

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

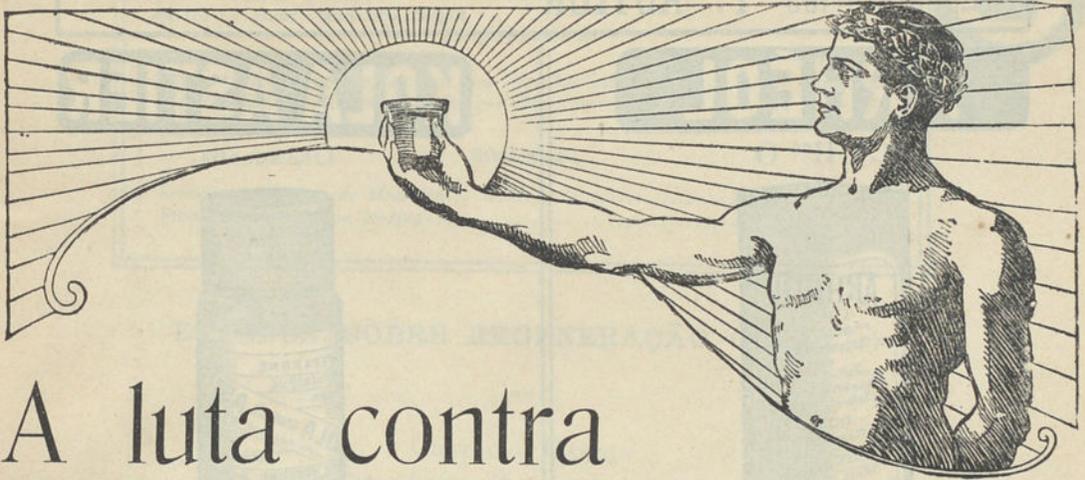
CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

---

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS  
PROVADAMENTE POBRES



# A luta contra a Pneumonia

Por um lado o doente é obrigado a lutar contra os efeitos da pneumonia, por outro o médico é forçado a lutar para salvar o doente. Na pneumonia o ar respirado deve ser rico em oxigênio e comparativamente fresco; a superfície do corpo e sobretudo o torax, pelo contrário deve manter-se quente, porque um resfriamento poderia entravar os fagócitos na sua luta contra os pneumococos. O efeito do frio sobre o torax faz dirigir o sangue da circulação superficial para o pulmão já congestionado e engorgitado.

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

Constitue não só a melhor maneira de aplicar o calor húmido, uniforme e contínua, sem contar as vantagens das suas propriedades físicas (higroscopia, endosmose e exosmose), mas, além disso ela oferece ao pneumónico aquilo de que êle tem absoluta necessidade: O CONFORTO e o REPOUSO.

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

Sede principal: **The Denver Chemical MFG. CO.** — NEW YORK CITY, U. S. A.

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

Depositários em Portugal: **ROBINSON, BARDSLEY & C.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**, Cais do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

# ARHÉOL

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



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

# KOLA ASTIER

GRANULADA



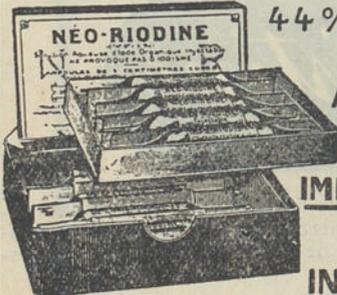
Antineurasténico. Regulador do coração  
Gripe. Astenia. Surmenage.  
Convalescência das doenças infecciosas

# NÊO-RIODINE

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

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel

44% de Iodo



ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venosas.  
Dose: de 1.2.3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

**NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO**

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

# RIODINE

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

Derivado organico iodado  
Ether glycerico  
iodado do acido  
ricinoleico.

ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA



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

Deposítários gerais para Portugal e Colonias:

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



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Estudos sôbre regeneração óssea</i> , por Custódio Cabeça.....	pág. 105
<i>A linfocitose nas úlceras gástricas</i> , por Mário Moreira.....	" 131

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	" 138
<i>Biblioteca da «Lisboa Medica»</i> .....	" 156

## ESTUDOS SÔBRE REGENERAÇÃO ÓSSEA (1)

POR

CUSTÓDIO CABEÇA

Professor de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa

Para compreender o estudo que vamos fazer da patologia óssea é indispensável conhecer, embora resumidamente, a embriologia e a anatomia dos ossos.

A embriologia diz-nos que a célula primitiva, o óvo, dividindo-se infinitamente, chega a formação do organismo adulto, que não vem a ser mais do que um agregado de células, mas que não são iguais umas às outras, porque ao mesmo tempo que se multiplicavam iam adquirindo uma outra propriedade, a diferenciação.

A primeira fase dessa diferenciação é aquela em que nós vamos encontrar o blastoderme constituído por três camadas: o ectoderme, o mesoderme e o endoderme, das quais derivam todos os tecidos que entram na estrutura do nosso organismo. É possível que qualquer diferenciação exista já no óvo, mas não temos possibilidade de a demonstrar por ora.

Do ectoderme nascem os epitélios de revestimento externo, os epitélios dos órgãos anexos e os centros nervosos. Do endoderme nascem os epitélios de revestimento interno, os dos órgãos anexos e os da parte do aparelho urinário. Do folheto médio ou mesoderme derivam os epitélios da outra parte do aparelho urinário e os dos órgãos sexuais e originam-se também

(1) Lição feita na aula de Clínica Cirúrgica.



o tecido conjuntivo, o tecido muscular, os vasos sangüíneos e linfáticos.

O tecido ósseo provém do mesoderme e é destinado exclusivamente à formação do esqueleto. A evolução do tecido ósseo pode compreender-se dêste modo :

I. — Formação do tecido conjuntivo embrionário, cujas células, irregularmente estreladas, mergulham numa substância amorfa, rica em mucina. Êste tecido tem-se chamado tecido mucoso e tecido gelatinoso.

II. — Na substância amorfa aparecem fibras conjuntivas constituídas por substância colagénea.

A origem destas fibras é discutível e o seu número crescente transforma o tecido embrionário em tecido fibroso.

III. — Na substância amorfa aparecem fibras elásticas constituídas por uma substância, a elastina, quimicamente diferente da colagénea anterior.

IV. — Na substância amorfa aparece a condrina e o tecido embrionário transforma-se em cartilagem.

O tecido embrionário conjuntivo pode assim evolucionar até à formação do osso, quer directamente, quer sofrendo primeiro a transformação cartilagínea. Estão no primeiro caso os ossos da abóbada craniana e muitos dos ossos da face; encontram-se no segundo caso os ossos compridos.

O tecido ósseo só se encontra nos elementos que constituem o esqueleto e é formado por uma substância fundamental, mistura ou combinação de matéria orgânica colagénea a osseína e de sais calcáreos fosfatos (80 0/0), carbonatos (20 0/0) de cálcio. A substância fundamental tem umas cavidades, as lacunas ou osteoplastes, onde estão contidos os elementos celulares específicos ou osteoblastes.

Todo o osso, excepto raríssimas excepções (o etmóide, o únguis) tem os canais de Havers ou canais vasculares que contêm os vasos sangüíneos, artérias, veias, linfáticos e nervos; pelos canais de Havers se faz a passagem do sangue da face profunda do periósteeo para os espaços medulares dos ossos chatos e cavidade medular nos ossos compridos. (Fig. 1, a parte pontilhada é a medula óssea).

A substância fundamental não é homogénea: dispõe-se em lamelas concêntricas aos canais de Havers e ao canal medular.

Todo o osso tem umas cavidades que se apresentam ao corte como pequenos corpos negros de forma lenticular ou ovóide, destacando finos prolongamentos de tôda a superficie; são todos canaliculados, uns longos, outros curtos, isolados ou anastomozados entre si e abrindo-se alguns nos canais de Havers; são as lacunas.

Dentro das lacunas estão os osteoblastes, elementos celulares específicos, sem os quais não pode haver osso; a sua forma pode ser arredondada, ovalar, achatada; o núcleo é redondo ou oval, muito cromático e granuloso.

Todos os ossos têm em maior ou menor abundância a medula óssea, substância mole, conjuntiva, reticular, rica em células gordas, vasos sanguíneos e elementos celulares osteoblastes e osteoclastes.

A medula óssea tem dois tipos: *a)* vermelho, onde as células gordas são menos abundantes, mas onde os vasos sanguíneos são muitos e de grande calibre; encontra-se no embrião, no feto e no recém-nascido; *b)* amarelo, com muita gordura e poucos vasos; encontra-se no adulto. No fundo a estrutura é a mesma; a proporção dos elementos que entram na sua constituição é que lhe modifica o aspecto.

Deixaremos de lado os elementos celulares hemogénicos que servem a formar os glóbulos rubros e glóbulos brancos do sangue e consideremos agora só os osteoblastes e osteoclastes.

Os osteoblastes têm os caracteres acima descritos, achatados quando estão colocados na espessura do endóstio ou comprimidos por êste contra a face interna das cavidades que êle reveste, ou quando existem na face profunda do perióstio; ovalares ou redondas quando estão livres na massa gordurosa.

Os osteoclastes são células gigantes multinucleadas, que destroem o excesso de osso durante o período de crescimento; são êles que, absorvendo o osso da parte central, dão lugar à forma-

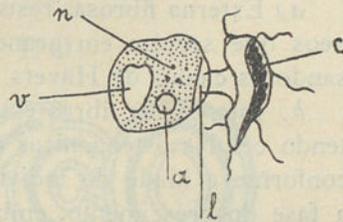


Fig. 1

Secção dum canal de Havers:

- a)* arteria;
- v)* veia;
- n)* fibras nervosas;
- l)* linfático;
- c)* lacuna ou osteoplaste.

ção do canal medular e o osso absorvido é depois depositado na periferia, formando-se a parte compacta.

A origem da substância óssea não é ainda bem conhecida; uns julgam-na como um produto de secreção dos osteoblastes (Waldeyer); outros julgam-na depositada em tórno dos osteoblastes e sob a sua directa influência específica.

Todo o osso que não é coberto por cartilagem articular é envolvido pelo periósteo.

O periósteo é constituído por duas camadas:

a) Externa fibrosa, resistente, rica em nervos e vasos sanguíneos que servem em grande parte à nutrição do osso, atravessando os canais de Havers até à medula;

b) Interna, de fibras elásticas, finas, feixes conjuntivos e contendo células osteogénicas ou osteoblastes, variáveis em número conforme a idade do individuo. No adulto, depois de terminada a fase do crescimento, embora o número de osteoblastes esteja muito reduzido, ainda são bastantes para fazerem a regeneração óssea.

O periósteo realiza para a face externa do osso o que o endósteo faz na face interna.

O tecido ósseo aparece-nos assim formado do folheto mesodérmico e sucedendo à formação da cartilagem, a chamada ossificação endocranal. Mas o tecido ósseo pode suceder directamente à fase conjuntiva e dá-se assim a ossificação intramembranosa. Os ossos chatos da abóbada craniana formam-se directamente do mesoderme; um grupo de células dispõe-se em membrana irregular e entre elas aparecem feixes de fibrilhas colagénicas, fibras de Sharpey; então as células começam a funcionar como osteoblastes e a substância calcárea deposita-se entre células e fibras. Na ossificação intramembranosa os osteoblastes são menos numerosos, mas os ossos são igualmente revestidos de periósteo.

Tal é a estrutura do osso verdadeiro; mas há tecidos duros, calcáreos, que não são ossos e que devemos conhecer.

Produtos calcáreos e que não são osso:

a) *tecido osteóide* de Virchow; é formado por trabéculas ósseas reunidas por tecido fibroso. A diferença do osso normal está em que no lugar da medula se encontra o tecido fibroso e os vasos e ainda na disposição irregular das trabéculas. Em lugar de corpúsculos e lamelas há pequenas células sem lacunas metidas

¿ QUANDO DRYCO ?

«Quando se tem chegado ao IMPOSSÍVEL para alimentar a criança com o leite materno torna-se absolutamente necessário conseguir outro alimento capaz de lhe proporcionar as energias necessárias para a vida».

DR. OSCAR ESPARZA, Médico do serviço de Santa Clara — CUBA.  
*Higiene Infantil.*

A FAMA DO

**DRYCO**

(LEITE DE CONFIANÇA)

não é apenas local nem nacional, mas internacional, universal e constitue a prova mais eloquente de que é um produto sem igual nem rival na sua classe.

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

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL**

O leite DRYCO é o único auxiliar das mães quando estas têm de desmamar os seus filhos, ou quando, pelas suas múltiplas ocupações, não os podem amamentar todas as vezes necessárias. No caso de falta parcial ou total do leite materno o DRYCO substitue-o sem provocar quaisquer transtornos, ainda que seja desde o nascimento da criança.

The Dry Milk Company, 15 Park Row, New York

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

Para amostras e literaturas dirigir-se aos agentes para Portugal:

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

Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



# SILISTREN

Ester tetraglicólico do ácido orto-silícico  
para a terapia silícica

Amplas garantias de  
resorção e assimilação  
ajudando eficazmente

a formação de cicatrizes e o encapsulamento  
dos processos tuberculosos.

No Comércio: frascos com 30 gramas  
Empacotamento original «BAYER»

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft  
Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius",

....

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



numa substância irregularmente fibrilhada e infiltrada de sais calcáreos.

*b) infiltração calcárea, calcificação :*

É a infiltração dos tecidos por sais calcáreos, processo passivo em que a célula não toma parte. Não basta que os sais calcáreos existam em excesso no sangue ou na linfa; é necessário que os tecidos tenham sofrido uma destas alterações :

1.<sup>a</sup> Necrose de coagulação ou pelo menos profunda alteração nutritiva, como se verifica na experiência seguinte : laqueando as artérias renais por espaço de uma ou duas horas dá-se a necrose de coagulação nos epitélios renais e dias depois a sua calcificação (experiência de Litten e Werra). A calcificação das articulações e cartilagens na velhice explica-se pela diminuição de vitalidade, que os anos trazem.

2.<sup>a</sup> A de produtos inflamatórios em más condições de nutrição; gânglios tuberculosos, falsas membranas, paredes arteriais e venosas, paredes de sacos aneurismáticos, etc.

As partículas calcáreas depositam-se dentro das células ou na substância intercelular.

A ossificação normal é um acto da vida; a calcificação é um sinal de morte, já porque supõe a necrose ou a caseificação que produzem a morte das células, já porque tira a liberdade de viver ao tecido atacado.

Só talvez num caso é salutar : quando invade os gânglios tuberculosos, tirando ao bacilo de Koch as condições de vida e dando ao doente a possibilidade de cura.

Com estes breves conhecimentos sôbre a osteologia vamos passar ao estudo da regeneração óssea.

Quem fizer o estudo da regeneração óssea não pode deixar de ler e estudar os trabalhos de L. Ollier, de 1858 e anos seguintes, mais tarde compilados no seu livro, de 1885, *Traité des Resections*.

Antes de Ollier já Duhamel, Heine, Flourens, Charmeil, Medici e tantos outros tinham abordado o assunto, mas nenhum atingiu a perfeição de Ollier, que ainda hoje se lê com proveito.

Começa o citado trabalho por lembrar que, para o tecido conjuntivo embrionário, entre outras transformações que pode sofrer, há duas que particularmente nos interessam :

1.<sup>a</sup> Quando na substância fundamental embrionária se depo-

sita a *condrina* segregada pelas células, o que dá maior transparência ao tecido e forma cartilagem embrionária. Esta transformação faz-se nos pontos de condrificação, isolados uns dos outros e que mais tarde vem a ser a origem dos *ossos cartilagineos*.

2.<sup>a</sup> Quando na substância fundamental apparecem fibras conjuntivas formadas por substância colagénea, que alguns querem também segregada pelas células; mais tarde dando lugar à formação de tecido fibroso, que por sua vez pode dar origem à formação de osso, muito raro, o *osso fibroso*.

Num e noutro caso a deposição dos sais calcáreos faz-se em volta das células osteogénicas ou osteoblastes e sob a sua influência directa e sem dúbida *específica*.

Numa série de experiências, Ollier veio demonstrar que o periosteó é activo na regeneração óssea e que, deslocado do seu ponto de origem, leva consigo as suas propriedades osteogénicas.

Quando se descola um retalho de periosteó num animal ainda novo, encontramos na face profunda uma camada mais ou menos espessa formada por células novas análogas às células da medula. São estes elementos que proliferando activamente no meio duma substância, primeiro mole e depois cartiláginea, vão formar o osso novo. A camada fibrosa exterior conserva a sua consistência, vasculariza-se, tumefaz-se, infiltra-se, mas não leva directamente à ossificação.

Estes termos, esta concepção são depois repetidos pelos que lhes succederam no estudo da regeneração óssea.

A camada de células novas, verdadeira sede da ossificação, é a *camada osteogénica*.

Se o periosteó é activo, se as células da camada profunda conservam a sua autonomia, ossificando-se em qualquer tecido onde se enxertem, devemos investigar se o periosteó é o único tecido que possui essas propriedades e se os outros elementos constituintes do osso, a medula, a parte óssea propriamente dita, não podem substituí-lo na formação do tecido ósseo.

A medula não tem um papel comparável ao do periosteó: desagrega-se e destrói-se quando é separada do osso por um violento traumatismo, isto é, fica doente.

A substância óssea é inerte ou quasi inerte e a pouca actividade que conserva é devida à medula ou ao periosteó.

Quanto aos outros tecidos, são bem claras as suas conclu-

sões: se se formam aqui e além, nos tendões ou nos ligamentos, pequenos nódulos ósseos, êles são por tal forma raros e insuficientes, sob o ponto de vista da forma e das funções do membro, que podemos deixar de os considerar. De resto são explicáveis pela presença de células cartilagineas no estado normal e que ali tinham ido parar. Nos outros tecidos da série conjuntiva, nos músculos por exemplo, para que se formem nódulos de ossificação é indispensável que estejam em relação com o osso ou o periosteio irritado.

Se para explicar a regeneração óssea as teorias de Ollier eram bem aceites no que diz respeito ao periosteio, já não sucedia o mesmo quanto às chamadas *ossificações heterotópicas*.

Cohnheim defendeu a teoria dos germens embrionários incluídos e latentes até que uma causa irritativa os desperta e faz proliferar.

Macewen supõe que o periosteio não tem função osteogénica; o agente especial é o osteoblaste, dotado de movimentos próprios, e que pode emigrar pelo sangue ou linfa: os osteoblastes formam-se dos núcleos cartilagineos cujas células desaparecem quando se faz a ossificação endondral; são os osteoblastes restantes duma destruição óssea que entram em proliferação e regeneram o osso destruído ou formam osso heterotópico.

Macewen diz textualmente nos seus trabalhos:

«O periosteio é uma membrana limitante e protectora de grande uso em condições fisiológicas e patológicas. Não há dados para supor que êle possa segregiar ou reproduzir osso, pois não tem função osteogénica. Só o osteoblaste tem propriedades osteogénicas.»

Mas Macewen não podia admitir que o periosteio fôsse formado de duas camadas e que a interna contivesse osteoblastes. Dizia que essa camada profunda ou interna não é periosteio, mas osso; ou então os osteoblastes que se podem encontrar no periosteio não existem aí normalmente, estando lá em virtude dum processo anormal. O osteoblaste é um elemento específico e só no osso existe.

Outros supõem que o osso neoformado provém sempre de bocados de periosteio arrancados da sua inserção óssea e levados pela contracção e retracção muscular para os pontos onde depois vão proliferar.

Trabalhos recentes, sobretudo alemães, de Lexer, professor de Freiburg, vieram confirmar os estudos e trabalhos de Ollier. É a estes trabalhos que vou referir-me.

Em todo o animal vivo há a constante regeneração do tecido ósseo, que a própria vida consome; essa regeneração é fisiológica: reconstitui o osso tal qual êle era, sem deixar o menor vestígio apreciável, quer anatómico, quer fisiológico.

Nenhuma regeneração patológica, isto é, a que se faz depois de uma destruição óssea por causa externa, um traumatismo ou uma inflamação, é completa, quer sob o ponto de vista anatómico, quer fisiológico, mas o osso regenerado pode prestar ao animal um bom funcionamento.

Se a regeneração fisiologica se não pode estudar e só podemos apreciar os seus resultados, a regeneração patológica tem sido muito estudada e se mais experiências se não fazem é porque elas demandam muito tempo e muito dinheiro.

Quando um osso sofre uma irritação, os vasos sangüíneos da região congestionam-se, formando vasos novos que igualmente se enchem de sangue; em virtude desta hiperemia as funções tornam-se muito mais activas, a nutrição é mais abundante e a eliminação dos detritos é mais rápida e mais perfeita. A marcha do processo pode assim indicar-se:

1.º Traumatismo, hiperemia, infiltração de produtos de destruição dos tecidos lesados.

2.º Os tecidos respondem com hiperplasia, proliferação e hipertrofia dos elementos específicos e não específicos dos tecidos, o que produz nas condições normais uma cicatriz conjuntiva fibrosa.

Antes de referir as experiências de Lexer, vejamos como êle compreende a estrutura do osso (1):

1.º *Periosteo*. — É composto de duas camadas, uma externa adventícia, constituída por tecido conjuntivo rico em vasos sangüíneos, que serve de ligação com os tecidos vizinhos e fornece a maior parte da nutrição do osso, ao mesmo tempo fazendo o

---

(1) Esta mesma descrição já eu fiz nas lições de Patologia Cirúrgica, quando regia esta cadeira, e portanto muito antes de ter lido os trabalhos de Lexer, que são recentes.

papel de membrana isoladora. A camada interna é fibro elástica, pobre de vasos sangüíneos, constituída por fibras elásticas dispostas no sentido longitudinal do ôsso e de células redondas, fusiformes, entremeadas com fibras conjuntivas. Na face que volta para o ôsso compacto encontra-se uma camada de células corticais escuras com o núcleo redondo e que são os *osteoblastes*.

O periósteo está ligado ao ôsso por vasos sangüíneos que vão do periósteo ao canal medular, atravessando os canais de Havers, pelas fibras elásticas e pelas fibras de Sharpey.

Nos animais novos esta união é fraca, mas com a idade torna-se dura e resistente; também com a idade diminui o calibre e o número dos vasos sangüíneos.

Como a camada específica e capaz de regenerar ôsso é a interna, e como a sua nutrição vem da adventícia, é claro que ambas as camadas vêm a ser necessárias para essa regeneração. Mas não basta; também a adventícia não pode ser separada dos tecidos moles vizinhos porque é daí que vêm os vasos sangüíneos. A camada interna pode estar separada do ôsso e a regeneração faz-se igualmente.

2.º *Endósteo*.—É uma finíssima membrana fibrosa colocada entre a face interna do ôsso compacto e a medula; é constituída por tecido conjuntivo, vasos sangüíneos e células, entre as quais existem alguns osteoblastes. A medula não contém fibras elásticas, só fibras conjuntivas, osteoblastes e células gordas, notando-se que nos animais novos a medula é vermelha e mielóide, ao passo que nos animais velhos é cinzenta ou amarelada e gorda.

Os vasos que alimentam a medula vêm dos vasos periósticos pelos canais de Havers e das artérias centrais ou nutritivas pelos canais próprios.

A concepção de Lexer sôbre a constituição do ôsso é muito semelhante à de Ollier.

Para determinar o papel que os diferentes elementos constituintes do ôsso desempenham na sua regeneração, isto é, o periósteo, o endósteo e o ôsso compacto, fizeram-se séries de experiências em que um desses elementos era visado e ficava intacto e os outros dois eram destruídos. Ao mesmo tempo a circulação sangüínea para o tecido visado era poupada, mas a que se destinava aos outros dois elementos era impedida.

## PRIMEIRO GRUPO DE EXPERIÊNCIAS

¿ Qual é o papel do periósteeo na regeneração óssea ?

O osso operado é um osso comprido a que se retira um bocado circular de osso compacto com a respectiva medula e endósteeo; a cavidade medular nos dois topos é raspada e a artéria nutritiva do osso destruída à entrada no respectivo canal. Assim, só as duas camadas do periósteeo são conservadas, bem como as suas relações com os tecidos vizinhos.

O periósteeo e as partes moles são suturadas e os membros imobilizados num aparelho gessado. Passados 82 dias encontram-se os dois topos unidos por uma massa óssea bem conformada, mas sem cavidade medular. O exame microscópico d'este calo mostra que é constituído por osso bem conformado.

Isto passa-se sempre assim nos animais novos; se a experiência fôr feita em animais velhos, a regeneração não se faz ou é muito incompleta.

Bier supõe que faltam os hormones para estimular o periósteeo, porque elles só se encontram nos animais novos. Lexer diz-nos que quando se pretende separar a camada interna do periósteeo da face externa do osso compacto, como as fibras são muito resistentes, a maior parte dessa camada interna fica aderente ao osso e é extirpada com elle; além disto as duas camadas interna e a adventícia são maltratadas durante as manobras, ficando muito prejudicadas as suas relações e os vasos que as atravessam. Nos animais velhos quando as duas membranas ficam unidas e os vasos sangüíneos são intactos, mesmo que a separação do osso compacto tivesse sido menos perfeita, a regeneração óssea faz-se, mas é muito demorada.

Fazendo a transplantação livre do periósteeo, isto é, dum farrapo de periósteeo isolado, é necessário que as duas camadas fiquem bem unidas, o que no velho não é fácil de obter pelas aderências já apontadas.

## SEGUNDO GRUPO DE EXPERIÊNCIAS

¿ Qual é o papel do endósteeo e da medula na regeneração óssea ?

Pelas experiências anteriores podemos já dizer que a sua

acção é muito pequena e por experiências directas vamos ver que a regeneração exige a conservação da artéria nutritiva, porque sem ela o que se obtém é a formação de tecido conjuntivo e o resultado clínico é uma pseudartrose.

O osso operado é um osso comprido, a que se resseca um cilindro de periósteo (compreendendo as duas camadas) e igual extensão de osso compacto: o endósteo, a medula e a artéria nutritiva são conservadas, o membro imobilizado num aparelho de gesso.

Aos 32 dias não há calo ósseo, a medula forma como que uns cogumelos nos topos ósseos e toda a perda de substância está ocupada por tecido conjuntivo formado à custa do tecido conjuntivo não específico da vizinhança. É muito interessante notar que o bordo da secção do periósteo regenera osso e se o animal é bastante novo e a parte ressecada do osso compacto não vai além de dois centímetros e o periósteo foi cortado ao nível do topo ressecado, essa regeneração pode ser completa.

Entre o periósteo e o endósteo, sob o ponto de vista de regeneração óssea, não há diferença na forma, há no quantum; a primeira alteração dá-se logo no manusear o endósteo e a medula, que são muito sensíveis e ficam alterados; quando se fecham os topos ósseos interrompe-se a circulação por esses pontos, de forma que a nutrição da medula fica muito deficiente, ao passo que a circulação e nutrição do periósteo ficam intactas.

Hoje as amputações dos membros devem fazer-se cortando o periósteo 5 a 10 milímetros acima da secção óssea, para evitar que se formem pontas ósseas regeneradas pelo periósteo, que se tornavam dolorosas e prejudicariam o apoio dos membros (fig. 2). É o contrário do processo antigo, que mandava deixar um retalho circular do periósteo para cobrir os topos ósseos.

Voltaremos ainda a este assunto.

### TERCEIRO GRUPO DE EXPERIÊNCIAS

¿Qual é o papel do osso compacto na regeneração óssea?

O cilindro ósseo desnudado de periósteo e esvaziado da medula não pode formar osso, não tem circulação e está portanto condenado a morrer; torna-se poroso, rarefaz-se, perde os sais cálcicos e é invadido pela proliferação do tecido conjuntivo vizinho.

Todo o processo de regeneração óssea em qualquer das experiências apontadas exige que a circulação fique normal, irrigando e nutrindo bem os tecidos ; se assim não fôr, a regeneração óssea não se faz, ou faz-se mal : forma-se uma pseudartrose.

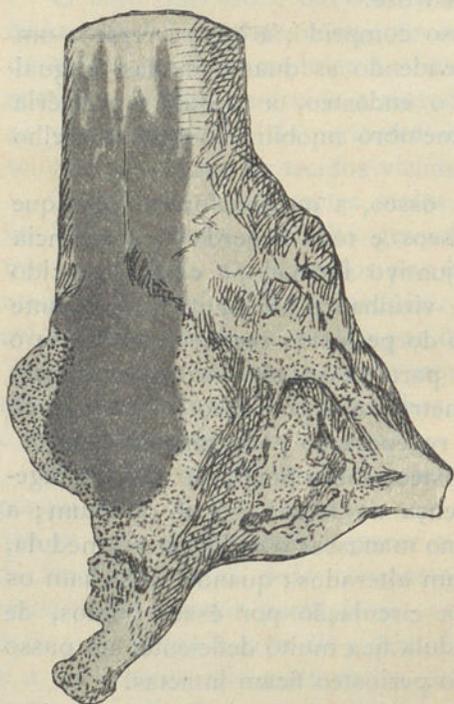


Fig. 2

#### QUARTO GRUPO DE EXPERIÊNCIAS

¿ Qual o papel do tecido conjuntivo na regeneração óssea ?

O resultado das experiências que agora vamos ver responde aqueles que não admitem a especificidade do osteoblaste e que consideram o tecido conjuntivo como o único e verdadeiro tecido capaz de regenerar osso.

Agora nós ressecamos um cilindro ósseo de 2 a 3 centímetros, compreen-

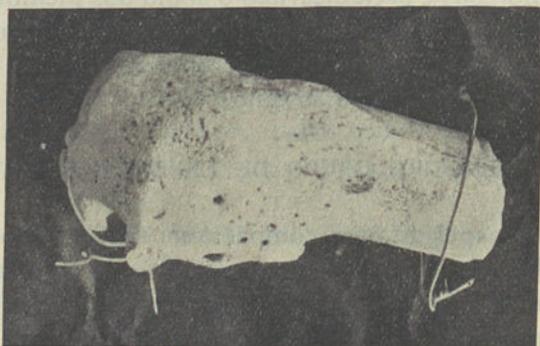


Fig. 2

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electroselenium (selênio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enzofre) Ioglysol (iodo-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

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

## NEO-TREPARSEAN

(914 francez)

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

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

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta  
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Línimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.  
Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.  
Tubos esterilizados para todas as anestheticsas.  
Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :  
1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylsvaleramide)

Antiespasmódico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

## INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

## VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.  
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

COMAR & C<sup>ia</sup> — PARIS

LISBOA MÉDICA



## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræ do Sangue total

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

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

## SPARACHIR

Película transparente de celulose pura, essencialmente vegetal,  
impermeável nos corpos gordos, cheiros, líquidos voláteis, etc.

Flexível, resistente, e de conservação indefinida

Insolúvel na água mesmo fervente, no alcohol, nos éteres e nomeadamente no salicilato de mercúrio, nos corpos gordos e na maior parte dos agentes químicos.

Pode esterilizar-se pela água a ferver e pelo autoclave onde pode suportar durante uma hora sem se alterar, a acção do calor húmido a 140° C.

O SPARACHIR recomenda-se muito em particular para a esterilização e para manter em estado aséptico perfeito os instrumentos de cirurgia e os pensos esterilizados: gaze, algodão em rama, etc.

Pode lavar-se mesmo em água a ferver e torna-lo a ferver indefinidamente. Nunca perde a força, nem se desgasta nas feridas e pode servir por conseguinte como dreno nos casos de osteomielite e nos casos de supuração das fracturas complicadas, de abscessos, nos enxertos de pele, punções do fígado, etc.

O SPARACHIR substitue vantajosa e economicamente todos os produtos de que actualmente se faz uso para os mesmos fins, sem ter nenhum dos seus inconvenientes.

**AMOSTRAS GRATUITAS Á DISPOSIÇÃO DOS EX.<sup>MOS</sup> MÉDICOS**

LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN - PARIS  
A. VINCENT, L.<sup>DA</sup>, CONCESSIONÁRIOS PARA PORTUGAL  
RUA IVENS, 56 - LISBOA

dendo todos os elementos que o constituem: periósteo (as duas camadas), osso compacto, endósteo e medula; suturamos as partes moles em tórno e imobilizamos o membro dentro dum aparelho gessado. Passadas semanas, passados meses, a perda de substância óssea está substituída por tecido conjuntivo proveniente de duas origens:

- 1.<sup>a</sup> Do tecido conjuntivo do periósteo, endósteo e medula;
- 2.<sup>a</sup> Do tecido conjuntivo vizinho.

No primeiro caso, em virtude da grande alteração, ou mesmo destruição que sofrem os vasos sangüíneos da região, a nutrição é deficiente ou nula e há como que uma degenerescência dos diferentes tecidos que entram na constituição do osso, levando a formação do tecido conjuntivo.

No segundo caso, o tecido conjuntivo, da vizinhança entra em franca e activa proliferação, mais rápida do que a proliferação óssea específica, e unindo-se ao tecido conjuntivo proveniente do periósteo e da medula vai encher o espaço deixado pelo osso ressecado.

O tecido conjuntivo proveniente do periósteo, da medula e do tecido conjuntivo vizinho, forma uma cicatriz resistente que enche a perda de osso e se chama *pseudartrose*. Esta cicatriz, que não se calcifica, impede a proliferação dos verdadeiros elementos regeneradores do osso, ao mesmo tempo que os topos do osso compacto se tornam porosos em virtude do poder absorvente do tecido conjuntivo.

A conclusão de numerosas experiências é a seguinte: os elementos do tecido conjuntivo do periósteo, da medula, bem como os do tecido conjuntivo não específico da vizinhança, nunca podem formar tecido ósseo por metaplasia, isto é, uma *pseudartrose* não pode transformar-se em osso.

¿ Como podemos então resolver o problema da *pseudartrose*? Por vários processos e alguns dêles têm servido de argumento para defender a teoria da metaplasia. Assim temos a transplantação de osso vivo com retalho perióstico, medula e endósteo; de osso morto; de pasta óssea; dos diferentes elementos químicos que entram na composição dos ossos e que são obtidos sinteticamente: o carbonato de cálcio, o fosfato de cálcio ou de magnésio; os sais da urina, etc.

Todos estes elementos, do osso vivo aos sais, exercem a sua

influência por intermédio dos osteoblastes, mas outra teoria pretende que eles vão estimular o tecido conjuntivo não específico e levam-no por metaplasia à transformação óssea.

A transplantação ou enxerto de osso vivo desprovido de perioste, de medula e de endoste, não prova porque este osso tem ainda osteoblastes vivos que é impossível separar.

Macewen, para demonstrar o poder do osteoblaste, fazia a seguinte experiência: fendia o perioste numa extensão de dois ou três centímetros e ressecava o cilindro de osso compacto e respectiva medula; quebrava num almofariz o cilindro ósseo até o reduzir a pasta; então metia esta pasta na região intraperiostica de onde tinha sido retirado o osso, cosia o perioste e as partes moles e immobilizava o membro em aparelho gessado. Obtinha, passados meses, uma regeneração óssea completa e evidentemente só o osteoblaste, pelo seu minúsculo volume, podia escapar com vida ao traumatismo, portanto era ele o agente exclusivo dessa regeneração.

A transplantação de osso morto em tecidos conjuntivos com grande espessura para bem isolar o enxerto dos ossos próximos, do tecido osteoblástico ou de cartilagens; o enxerto de osso fervido, em pó ou em cinzas, dentro da cavidade peritoneal ou no tecido célulo-gorduroso, seria provativo da metaplasia, mas não conheço nenhuma experiência que o prove, embora as veja apontadas e negadas.

Fazendo a transplantação de osso morto em músculos, tendões, aponevroses e tecido celular subcutâneo, nenhuma formação óssea metaplástica se encontrou e se não é reabsorvido ou expulso fica encapsulado como um corpo estranho e sem a menor união com o tecido da sua cápsula; outras vezes é o osso tornado poroso como uma esponja e os espaços livres são atravessados por prolongamentos dessa cápsula.

Em conclusão: osso vivo ou osso morto enxertado em tecido conjuntivo, não se produzindo infecção, ou é reabsorvido ou é encapsulado, isto é, num ou noutro caso não há formação de osso novo.

Mas encontram-se às vezes formações heterotópicas em tecidos moles, cuja origem vamos explicar.

Durante o período de evolução dos tecidos e órgãos o mesenquimo desenvolve-se em tecido conjuntivo, músculos, tendões, te-

cido gordo, cartilagem e osso. Mas num ou noutro ponto ficam células ou grupos de células não diferenciadas e que não participam dessa evolução; mantêm-se latentes, mas conservam o seu poder de diferenciação. Mais tarde, se uma irritação qualquer traumática, infecciosa ou tóxica, ou se qualquer perturbação metabólica actua sôbre elas, essas células despertam e ficam aptas a diferenciar-se. Isto pode dar-se com as células ósseas e é isto que se realiza algumas vezes na miosite ossificante circunscrita, ainda que na maior parte das vezes a doença se origina por arrancamento e enxerto do periósteo.

Na miosite ossificante progressiva há a diferenciação de células, que tinham ficado latentes e que uma alteração metabólica foi despertar. Tal é a ossificação do tendão de Aquiles, das cicatrizes da parede abdominal, do pénis e dos músculos adutores nos cavaleiros.

A presença de sais de cálcio por si não pode dar lugar à formação do osso, porque se em cada traumatismo produzindo esmagamento de tecidos, hemorragias e com deposição de sais de cálcio houvesse, *ipso facto*, a formação de osso, as formações ósseas heterotópicas deveriam ser em número infinito. Ora verifica-se exactamente o contrário e isso mingua ou anula a importância, que por si só se pretende dar à presença dos sais de cálcio na patogenia dos ossos heterotópicos. Os sais de cálcio só têm importância quando chegam ao contacto com os osteoblastes ou com as células do mesenquimo destinadas à evolução óssea e que não seguiram essa evolução. Se esta coincidência se não realizar, embora os sais de cálcio sejam muito abundantes, a osteogenese não se realiza nos tecidos moles.

Por outro lado, se os osteoblastes entram em proliferação e não têm sais de cálcio para concluir a ossificação, vão buscar êsses sais aos ossos próximos, que, pouco a pouco, se descalcificam.

De todo o trabalho de Lexer, das suas experiências e das suas investigações clínicas podemos tirar estas conclusões:

1.<sup>a</sup> A faculdade de fazer ou regenerar osso só se encontra nos elementos especiais para êsse fim destinados; os osteoblastes do periósteo e do endósteo medular.

2.<sup>a</sup> A formação heterotópica de osso em tecidos moles faz-se à custa de células latentes não diferenciadas e que uma irritação vem despertar e fazer evolucionar.

3.<sup>a</sup> O osso compacto desnudado de periosteio, de endosteio e de medula não pode regenerar osso e vai por isso necrosar-se.

4.<sup>a</sup> Os vasos nutritivos, quer externos, quer internos, são indispensáveis para a vida e regeneração dos ossos; quando esses vasos são destruídos o osso morre e é substituído por tecido conjuntivo.

Os trabalhos de Lexer são confirmados por quasi todos os osteologistas e seria ocioso querer citar todos os nomes. Apenas vou referir-me aos do notável cirurgião americano, que foi Murphy, o qual já em 1911 defendia a teoria do osteoblaste, fazendo notar que os últimos trabalhos de Lexer são de 1925.

Murphy (*Surgery, Gynecology and Obstetrics, May, 1913*) publicou o resultado dos seus trabalhos sobre osteoplastia, começando por dizer: «todo aquele que quiser fazer estes trabalhos deve ter um perfeito conhecimento e a clara concepção da embriologia e da anatomia dos ossos, assim como do processo de regeneração dos ossos e dos tecidos moles.»

Para obter os melhores resultados no enxerto ou transplantação óssea devemos observar o seguinte:

1.<sup>o</sup> Um bocado de periosteio normal completamente destacado do osso e enxertado num tecido conjuntivo-muscular do mesmo animal, se este for novo, dá lugar a formação de osso, tendo o cuidado de fazer com que os osteoblastes fiquem agarrados à camada interna do periosteio.

2.<sup>o</sup> Um bocado de periosteio normal destacado do osso, mas pediculado num só dos extremos e introduzido nos tecidos próximos, faz osso; esta é a origem das exostoses traumáticas.

3.<sup>o</sup> Um bocado de osso com ou sem periosteio, enxertado, é reabsorvido, não tendo poder osteogénico. Esse poder osteogénico está nas células, que normalmente se encontram nos canais de Havers e nas lacunas do osso vivo.

Mas o enxerto é indispensável e deve estar pelo menos num dos topos em contacto com o osso vivo: serve para conduzir ou dirigir os osteoblastos proliferados do osso vivo através dos canais de Havers do osso enxertado. Se esse contacto não existe os osteoblastes não podem atingir o enxerto e a regeneração óssea não se faz.

Murphy conclui: «o periosteio serve realmente mais como membrana limitante do que como força osteogénica; esta força



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

*Inventor o Prof. Sero, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.*

**Efeitos rapidissimos.**

*Em todas as idades*

**: NENHUMA :  
INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampolas duma vez em injeções diarias de 10 cc.

**Não dá dôr  
nem reacção**

Muito empregadas as injeções grandes mesmo nas Senhoras e até nas crianças.

PODE-SE APLICAR EM  
GRANDES QUANTIDADES  
E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,  
nunca imitada.**

**METRANODINA SERONO** — *Hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, can-nabis indica.*

**IPOTENINA SERONO** — *A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.*

**CARDIOLO SERONO** — *Extrato fluido bem titulado de estrofanto, noz vomica, cebola albarrã e lobe-  
lia. E' um preparado de titulo constante.*

**VIOSAN SERONO** — *Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina (via bucal).*

**UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.**

## OPOTERICOS SERONO

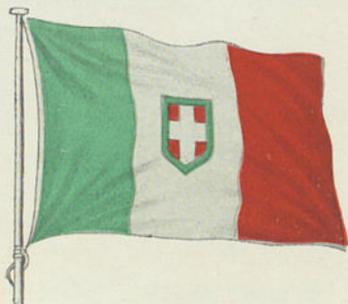
**EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS** preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados a dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com sôro fisiologico para evitar a acção irritante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

**PEPTOPANCRE** — **OVAR** — **ORCHIT** — **SURREN** — **TIROID** —  
**REN** — **IPOFIS** — **LIEN** — **EPAT** — **MAST** — **BILE** —  
(pituitaria) (baço) (mamaria)

**ASI SERONO**

**EUGOZIMASE FEMININA SERONO** — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

**EUGOZIMASE MASCULINA SERONO** — Frascos Orchitisi, Surrenasi e Tiroidasi.



## Arseniato de Ferro Solúvel Zambelletti

### COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado eletro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

### Ferro Fisiológico Alimentar

Gotas — Injecções de 3 graus  
COM OU SEM ESTRICNINA

### RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

## Iodarsones Zambelletti

Peptonas arseno-iodadas com glicero-fosfatos de calcio e de magnésio e principios vegetais tonico-euopepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

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

**INDICAÇÕES** — Linfatisimo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convalescência de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

*O preparado que, tendo a suficiente dosagem de arsenio metalico (mgrs. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de acido arsenioso), tem entre os seus similares a mais alta de iodo metalico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metalico e gr. 1 de extratos tonicos.*

**Otimo sabor, sem vinho e admiravel para criancas.**

AMOSTRAS:  
ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214  
LISBOA

## Arseno= Bromo= Tonicas Zambelletti

(INJECCOES)

### FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO--VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciais com alteração da crase sanguinea. (Oligoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

## Iodosan Zambelletti

(IODO SOLUVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 0/0 de iodo metaloidico colóide, separavel, por diluição com agua comum ou por contacto com secreções organicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluido em agua comum constitui o mais ATIVO, o mais PRATICO, o mais AGRADAVEL antiséptico e profilático

PARA

**Gargarejos:** — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.

**Colutorios:** — Na ESTOMATITE, na CARIE dentaria, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.

**Lavagens** dos ouvidos e do nariz.

**Irrigações:** — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de Iodo em todas as suas applicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL  
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI

osteogénica é-lhe dada pelas células osteogénicas que estão ligadas à sua face interna.»

Axhausen demonstrou que o enxerto do osso vivo com periosteio dá em resultado: o periosteio continua a viver e produz osso novo, ao passo que o osso do enxerto morre e é reabsorvido, sendo os seus elementos calcáreos fixados no osso de nova formação.

Numa fractura completa da diafise dum osso comprido, horas depois do traumatismo que a produziu, encontra-se:

a fractura do osso compacto; o periosteio rasgado irregularmente e descolado da superfície externa do osso em maior ou menor extensão; o tecido conjuntivo, os músculos e os vasos da região mais ou menos rasgados e destruídos; um derrame de sangue, dependendo o seu volume do calibre dos vasos rasgados; o derrame faz-se na cavidade medular, entre os topos ósseos, por dentro e por fora do periosteio, na espessura das partes moles e vindo até à pele, formando as equimoses. Num doente com fractura da tibia no  $\frac{1}{3}$  superior as equimoses chegaram do pé à raiz da coxa. Passados alguns dias pode verificar-se já uma disposição bem diferente (Fig. 3).

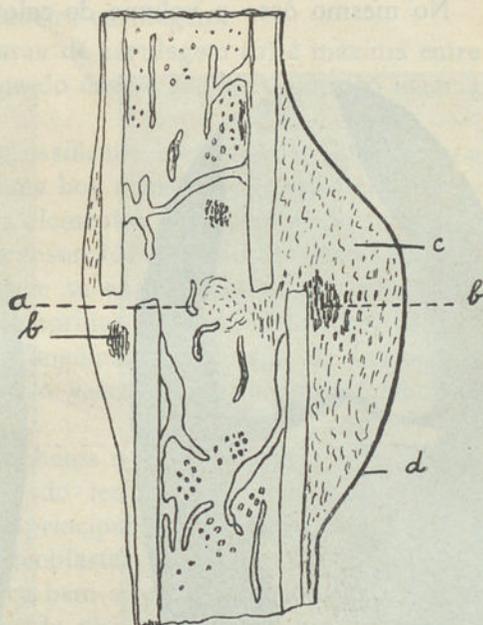


Fig. 3

10 dias depois da fractura.

O calo periosteio está muito adiantado:

a) tecido osteóide da medula óssea;

b) cartilagem;

c) tecido osteóide do periosteio;

d) periosteio tenso e empurrado pelo tecido osteóide de nova formação.

A reparação começa imediatamente formando o calo, que primeiro é mole e depois se ossifica. O calo é formado pelas célu-

las da camada interna do periósteeo, calo periósteeo; pelas células da medula, calo medular ou mielogéneo. Entre os topos de fractura forma-se também calo, mas proveniente do periósteeo e da medula; chama-se o calo intermediário.

No mesmo ósso o volume do calo depende do sítio da frac-

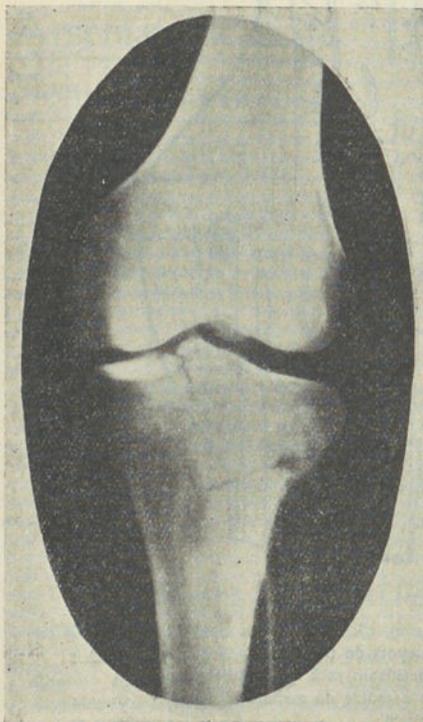


Fig. 4

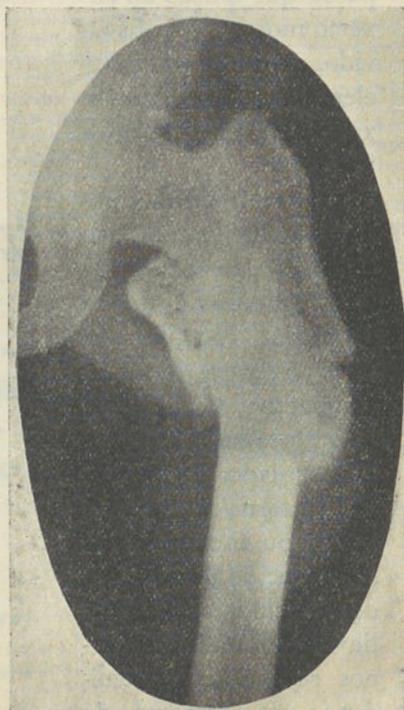


Fig. 5

tura; é maior ao centro da diáfise, é mais pequeno junto das epífises. Nas vértebras e nos ossos chatos é sempre muito pouco volumoso: o volume do calo depende ainda do grau de afastamento dos topos de fractura, isto é, depende de maior ou menor actividade do periósteeo (Fig. 4 e 5).

Ao mesmo tempo que começa a proliferação celular conjuntiva do periósteeo há uma forte emigração de leucócitos, porque o traumatismo provoca uma reacção inflamatória.

O calo é constituído por tecido conjuntivo vascular contendo

muitas células fusiformes, outras irregulares, que são os osteoblastes, metidas em substância hialina; depois o tecido torna-se fibroso e começam a aparecer pequenas massas de tecido osteóide (a). Mais tarde a substância hialina transforma-se em tecido condróide ou em verdadeira cartilagem.

A formação destas massas de cartilagem (b) é máxima entre o periósteeo e a face externa do osso e são elas que dão lugar à mais extensa ossificação.

O calo assim formado e ossificado é em geral mais volumoso do que o necessário para uma boa consolidação, mas vai ser reduzido por atrofia dos seus elementos constituintes ou por reabsorção. ¿Como se faz esta reabsorção? São os osteoclastes as grandes células multinucleares que se encarregam dessa reabsorção.

Na diafase dos ossos compridos a marcha da formação do calo é portanto: derrame sangüíneo, emigração de leucócitos, formação de tecido conjuntivo vascular, cartilagem e finalmente osso verdadeiro.

Nas fracturas dos ossos chatos o calo não chega à fase cartilaginosa; passa directamente do tecido conjuntivo à ossificação, mas num e noutro caso é principalmente a camada interna do periósteeo, com os seus osteoblastes, que forma a parte mais activa. A radiografia mostra bem a parte que cabe ao periósteeo na reparação desta fractura da tibia. A Fig. 3 é um desenho do que pode verificar-se em algumas provas radiográficas.

Compreende-se bem que a evolução dum calo de fractura o coloca sempre em qualquer dos grupos de experiências atrás apontadas; umas vezes o calo forma-se, ossifica-se e o resultado da reparação óssea é anatómica e fisiologicamente bom; outras vezes o calo é deficiente em volume ou então exuberante e outras ainda não se ossifica.

Estudaremos só os casos em que a reparação óssea se não faz ou é deficiente.

Kaufmann (*Anatomia patologica speciale*, trad. italiana, 1913) diz-nos: quando se não faz a união dos topos ósseos ou quando ela se não ossifica, forma-se uma pseudartrose que é devida ao periósteeo ter sofrido grave destruição e perdido a sua actividade ossificante.

Certamente que há outras condições em que o calo se não forma: mobilidade dos topos que não se conservam coaptados, grande afastamento, como succede nas fracturas da rótula e do

olecrânio, interposição de partes moles: músculos, tendões, gordura, na senilidade, etc. Não trato agora destes casos e vou referir-me só àquele em que os topos estão coaptados e mantidos e não se forma calo.

É freqüente ver atribuído êste fracasso a condições gerais ou locais; entre as condições gerais figura em primeiro lugar a sífilis. Não contesto que a sífilis possa fazer más cicatrizações ósseas, como as faz nos tecidos moles, músculos e aponevroses, mas deve ser raro êsse efeito. Murphy supõe que há só causas locais, porque é freqüente ver na fractura completa da perna a tibia não consolidar e o peróneo ao lado fazer uma boa consolidação. Outras vezes os tratamentos gerais antisifilíticos ou tónicos, a mobilização ou imobilização prolongadas ficam longo tempo sem darem resultado e, feito um enxerto ósseo ou uma sutura óssea, o calo forma-se imediatamente. As fracturas dos colos femurais e humerais fornecem-nos exemplos semelhantes; são difíceis de consolidar e porque algumas consolidavam dizia-se: *estes doentes são de boa carnadura*. A radiografia permite-nos hoje explicar esta boa carnadura; é porque consolidam as fracturas em que houve encravamento dos topos ósseos. Sabemos já que quando se faz um enxerto é indispensável que fique bem em contacto com os topos da fractura para que a regeneração óssea se faça.

¿ O que se passa quando não há formação de calo? Ou não se forma o coalho que há de amparar e acompanhar a multiplicação dos capilares ou o coalho chegou a formar-se, mas veio a infecção e a supuração que o destroem por completo ou só parcialmente permitindo ainda uma regeneração tardia.

Todo o calo de fractura é mais volumoso do que o necessário e por isso o trabalho local só pára com a reabsorção do excedente; reabsorve-se a parte externa subperióstica como se reabsorve a parte interna de forma a restabelecer o canal medular. O excesso de calo desaparece por atrofia ou por reabsorção devida aos osteoclastes.

Considerando agora muito rapidamente o que se passa na inflamação dos ossos e em especial o periosteio, chegamos a estas conclusões:

1.<sup>a</sup> *Periostite fibrosa*. — O agente é de irritação crónica e

pouca virulência; depois de longa duração chega a um espessamento caloso, duro, aderente ao osso, que pode rarefazer-se na parte subjacente. Não há formação óssea. (Fig. 6).

2.<sup>a</sup> *Periostite ossificante*.— Neste caso é irritada a camada

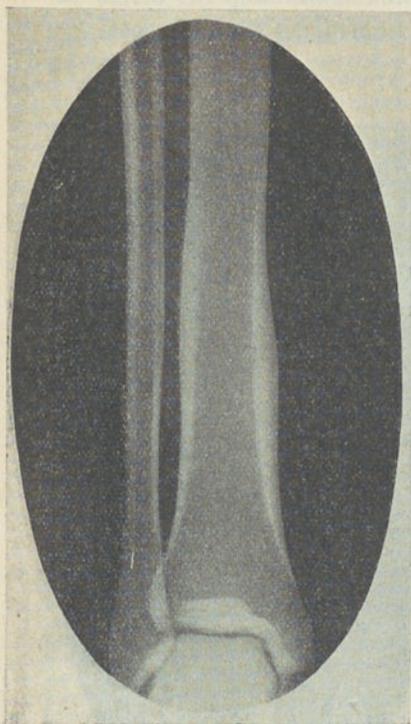


Fig. 6

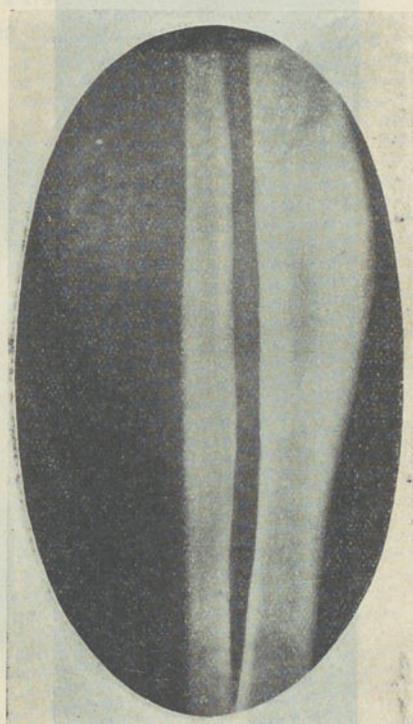


Fig. 7

interna do perióstio que reage fazendo osso novo; assim se produzem os osteofites, as exostoses, as periostoses. (Fig. 7).

3.<sup>a</sup> *Periostite purulenta*.— Agente de irritação enérgica, que pode matar por infecção, e, quando menos virulento, dá exsudado entre perióstio e face externa do osso, tornando-se mais tarde em pus, o osso subjacente esfolia-se, necrosa-se e forma sequestro. Não há regeneração óssea. (Fig. 8).

4.<sup>a</sup> *Osteomielite*.— A medula é destruída e fundida em pus, o osso compacto necrosa-se e o perióstio, se a sua camada interna

osteogénica foi poupada, regenera osso, que mais tarde vem substituir o que se necrosou (Fig. 9).

Quási todos os osteologistas defendem hoje estas teorias da

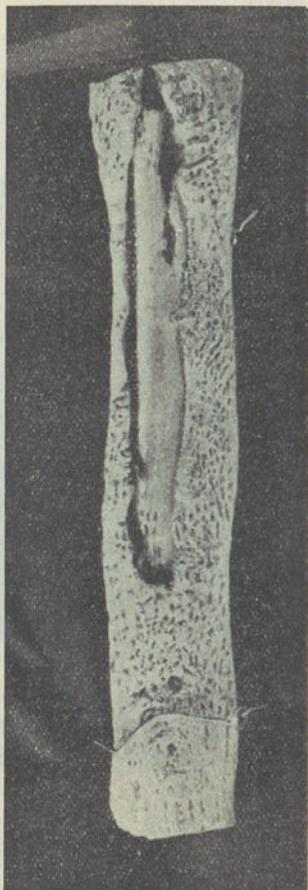


Fig. 8

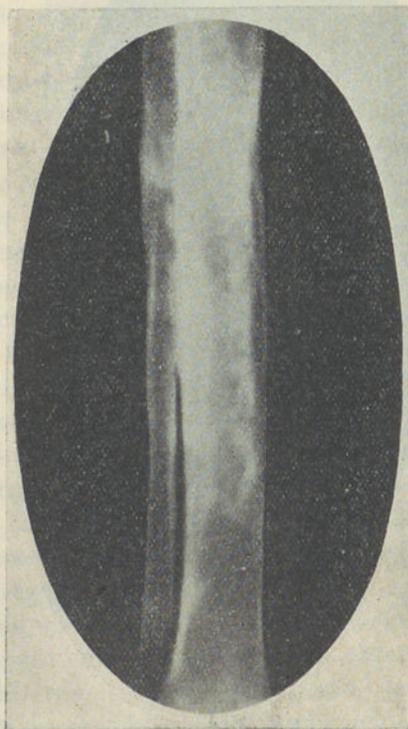


Fig. 8

especificidade do osteoblaste e do poder osteogénico do perióstio; há contudo uma camada de novos cirurgiões que pensam de outra forma. De entre os cirurgiões franceses destacarei Leriche e Policard.

No livro *Therapeutique Chirurgical* (T. I., pág. 364) lê-se: «Sob o ponto de vista histológico, foi estabelecido (o que os his-

tologistas já sabiam) que a camada osteogénica não existe. O periosteio não é mais que uma banal membrana conjuntivo-fibrosa sem especificidade, nunca segrega osso, mas quando certas condições locais histologicamente conhecidas (congestão, edema, indiferenciação) e clinicamente mal determinadas (presença de sais de cálcio em quantidade suficiente) existem, pode ossificar-se.

Descolando o periosteio com uma rugina muito cortante como

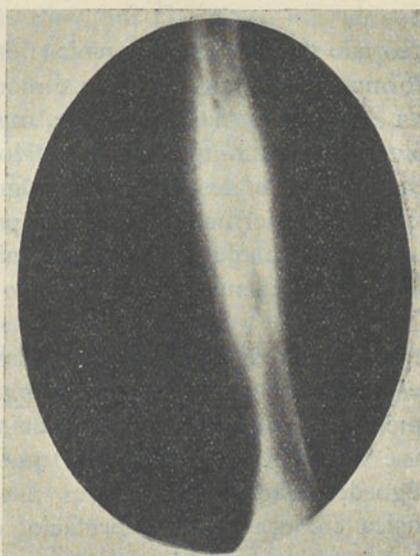


Fig. 9

para conservar ao máximo a não existente camada osteogénica, obtêm-se belas regenerações ósseas intraperiósticas. A rugina destaca uma poeira óssea que fica ligada à face profunda do periosteio e aí fornece os elementos calcáreos necessários à ossificação do periosteio congestionado e tornado permeável à infiltração intersticial. Esta poeira óssea (porque não são lascas nem estilhaços) não se enxerta; as células morrem e em tôrno destas ilhotas de osso morto aparece em breve por metaplasia osso novo. Êste osso estende-se por placas a todo o periosteio, que se torna assim a madre dum osso novo. Mais tarde esta ossificação

estende-se ao tecido conjuntivo vizinho (aos músculos em particular).

Em suma, na ossificação reparadora o periósteo não é activo, é passivo.»

No *Surgery, Gynecology and Obstetrics* (N.º 3, Setembro de 1926), vem um resumo dos trabalhos dos citados autores com o título: *Alguns principios fundamentais na patologia dos ossos*:

1.º Os osteoblastes não são células formadoras de osso; pelo contrário, lutam contra a invasão óssea da substância fundamental.

2.º O periósteo não tem acção osteogénica: em condições normais impede a formação de osso e quando é modificado por alteração circulatória ou por edema, ossifica-se, mas passivamente.

3.º A metaplasia óssea no tecido conjuntivo é um processo revogável, o osso aparece e desaparece com grande facilidade, mas não há nunca uma neoformação óssea sem prévia reabsorção de osso; isto é uma lei absoluta. Numa transplantação óssea a formação de osso novo depende da reabsorção do osso transplantado.

Mais recentemente veio o livro de Leriche & Policard, *Les problemes de la Physiologie normale et pathologique de l'os*.

É possível que este livro tenha algum valor científico e prático; para mim é tão cheio de confusões que nada me pôde ensinar. É um jôgo de palavras.

A sua metafisica começa logo no prefácio, quando diz: (1) «O problema da osteogenese pretence actualmente aos químicos e aos físicos; quando êles tiverem resolvido certas questões pendentes poderemos fazer osso à nossa vontade». E mais ainda (2): «O progresso no estudo das doenças dos ossos está ligado a uma questão de definição. É necessário modificar a linguagem patológica corrente, os têrmos usuais são inadequados, empregam-se expressões que não têm sentido e que conduzem a erros.»

«Propomos não empregar os termos fisiolôgicamente falsos de osso fértil, osso estéril, enxertos periósticos, atrofia óssea, osteíte rarefaciente e osteíte condensante e daríamos um grande passo

---

(1) Pág. 9.

(2) Pág. 190.

se quiséssemos fazer o esforço de falar uma língua adequada aos nossos conhecimentos.»

Quem assim fala não sabe distinguir estes tēmos, tão precisos em patologia, de tecido ósseo, tecido osteóide e calcificação ou infiltração calcárea. Para o Prof. Policard um osso é uma formação conjuntiva e para a sua produção concorrem dois actos que se sucedem: formação dum meio conjuntivo ossificável e libertação de materiais calcáreos na proximidade. Assim se formam ossos nas paredes dos aneurismas, das artérias, nos coalhos, nos músculos, nas cicatrizes, nos nervos, etc.

Na pág. 176: «As ossificações heterotópicas de um certo volume possuem espaços conjuntivos. Habitualmente estes são ocupados por tecido conjuntivo não adaptado, outras vezes por tecido adiposo. Não há osso assim constituído fisiològicamente; a este tecido ósseo chama-se tecido osteóide, exactamente para o diferenciar do verdadeiro osso.» É notável esta relutância para o tēmo osteóide, quando os mesmos autores admitem o tecido condróide, para o diferenciar do tecido cartilágneo (pág. 177).

Laqueando temporariamente, por 1 a 2 horas, o pedículo vascular renal, provoca-se a aparição de osso heterotópico no tecido conjuntivo e nas paredes vasculares do rim. Estas experiências, feitas há muitos anos por Litten e Werra, agora citadas de Sacerdotti e Fratin, constituem uma das melhores demonstrações de infiltração calcárea após a necrose de coagulação dos epitélios renais.

Os osteomas musculares são, de tôdas as formações ósseas heterotópicas, as mais bem estudadas, diz-nos o Prof. Policard; histològicamente constituem massas de tecido ósseo grosseiro e chegam a adquirir um volume considerável. Uma contusão faz um coalho e uma congestão vasoparalítica; depois, quando a reabsorção se inicia, libertam-se os sais calcáreos e a formação óssea começa.

A tendência dos osteomas musculares é para desaparecer; o que mantém um osteoma é a permanência das causas que o provocaram e novos traumatismos o que fazem é crescer o osteoma.

Isto é tanto assim que basta imobilizar um membro de forma absoluta, durante dois a três meses num gesso, para obter a desapareção completa do osteoma; o Prof. Policard, pessoalmente, já o observou duas vezes (pág. 180).

Termina êste capítulo com duas experiências, que não posso deixar de citar, para a produção experimental de ôsso no homem.

Numa vasta ferida da coxa em excelente estado de granulação descola-se êste tecido granulado numa certa extensão; a parte descolada enrola-se em tubo e fixa-se com pontos de sutura. Ao fim de alguns dias novo tecido de granulação cobre a superfície da ferida e alguns dias mais tarde vamos encontrar no centro do tubo enrolado um cilindro de ôsso verdadeiro!

¿ Como se formou êste ôsso? Sob a influência de modificações trazidas ao tecido conjuntivo pela formação experimental do tubo; houve a necrose duma certa quantidade de elementos do tecido da ferida. A esta necrose sobrepôs-se uma infiltração calcárea. E assim esquece o Prof. Policard que a formação de ôsso verdadeiro é atributo do tecido vivo, ao passo que a infiltração calcárea só se dá no tecido morto.

A outra experiência também é muito original e inexplicável: uma cavidade óssea da tíbia, cuja cicatrização era demorada, foi cheia de tecidos de granulação convenientemente dissecados; estes formaram logo ôsso de boa qualidade que fêz desaparecer a cavidade.

O livro de Policard não vem explicar-nos ou tirar dúvidas sobre a osteogenese; vem é confundir o assunto, sobretudo para quem tenha fraco conhecimento do mesmo. Confundir verdadeiro ôsso com infiltração calcárea, quando o primeiro só pode obter-se no tecido vivo e o ôsso formado é produto da sua actividade e o segundo só se forma no tecido morto, em que a célula não se pode nutrir nem reproduzir nitidamente, é estabelecer e intensificar a confusão que o livro pretende e se propõe evitar sobre a fisiologia e a patologia dos ossos.

A primeira parte dêste trabalho (a acção do periósteo e do osteoblaste na osteogenese) respondem os trabalhos de Lexer, cujo nome Policard nem sequer cita no seu trabalho.

O estudo da evolução do calo ósseo e das osteoperiostites mostrou-nos a parte activíssima e quasi exclusiva que o periósteo toma na sua regeneração e defesa óssea e que não é vã e inútil a frase do *periósteo irritado*, porque quando êste não é irritado não há formação óssea e quando o está forma ôsso mais ou menos abundante conforme a natureza do agente irritante e a actividade do mesmo periósteo.

## A LINFOCITOSE NAS ÚLCERAS GÁSTRICAS

(NOTA PRÉVIA)

POR

MÁRIO MOREIRA

Assistente de Clínica Médica

O estudo de um grupo de doentes gástricos, hospitalizados nos serviços de Clínica Médica, levou-nos a pôr em relêvo um sinal, que pela sua insistência chamou a nossa atenção, desprevenida pela falta de referência literária anterior.

Referimo-nos à fórmula leucocitária, evidenciando nas úlceras uma linfocitose tão constante, que nos instigou a procurar qual o valor dela como possível elemento diagnóstico.

Do resultado das nossas observações daremos os quadros esquemáticos, tirando a seguir as conclusões plausíveis.

Após a apresentação dêstes quadros, limitar-nos hemos a tirar as conclusões que eles estrictamente permitem. Precisamos, todavia, justificar um certo número de principios, sem os quais os nossos raciocínios podem parecer infundados.

1.º Os diagnósticos apontados são os de saída, estabelecidos após a investigação total da anamnese, observação clínica, laboratorial, radiológica e evolução.

São portanto tão perfeitos quanto possível; os duvidosos, a despeito disto, levam a respectiva nota.

2.º A pesquisa da freqüência do pulso, é para nós considerada de valor restricto, tantos factores a podem influenciar. Não quizemos deixar de a reproduzir dos boletins que manusiámos, porque, sendo apontada pelos autores como lenta nas úlceras, —o que a nossa observação pessoal quási sempre confirmou e

a noção da vagotonia, dominante nesta afecção, reforça, — não pudemos todavia tirar do presente exame conclusão que lhe fôsse favorável.

3.º Os limites dados como normais e conseqüentes aumentos e diminuições dos glóbulos brancos, não podem deixar de ser um pouco arbitrários, tão grandes diferenças há entre os hematologistas a êste respeito.

Assim, procurámos, tendo em consideração os dados clássicos, referirmo-nos principalmente às normas obtidas nos nossos laboratórios, em circunstâncias quanto possível semelhantes, convencidos que não só a técnica, mas até as condições étnicas e topográficas (altitude, etc.) influenciam e explicam até certo ponto a discordância dos autores.

Chamamos, por norma, leucocitose ao número de glóbulos brancos superior a 10.000 por  $\text{mm}^3$  e leucopénia ao inferior a 6.000, tomando como normal a margem entre êstes dois limites.

Maior dificuldade tivemos em estabelecer os da norma linfocítica dadas as grandes discordâncias que se notam nos tratados.

Duma maneira geral temos visto que, nos nossos laboratórios e com vários operadores, o número, não alterado patologicamente, de linfocitos gira entre 18 e 25 %. Foram êstes termos que tomámos como norma, reconhecendo que pequenas variações para menos ou para mais não podem em rigôr impor-se como alteração patológica.

Como, em suma, o nome pouco importa e o nosso fito é estabelecer uma indicação diagnóstica tirada da contagem dêstes elementos, assentaremos em que as nossas apreciações tomarão como base aquela percentagem, como mais apta a evidenciar as diferenças encontradas.

Posto isto, façamos a crítica dos resultados.

## I — ÚLCERAS

*Pulso* — Em 38 casos contados em várias fazes de evolução o pulso mostrou-se muito mais vezes freqüente do que lento: 30 contra 8 ou sejam 78 % contra 21 %.

Este dado não nos parece importante, visto que, obtido na compulsão de boletins clínicos feitos indiferentemente em horas, períodos e fazes variadas, é influenciado por factores que deviam

ser constantes se os quizéssemos considerar. Referimo-nos ao estado emotivo causado pela visita médica, à taquicárdia do periodo digestivo, à das anemias post-hemorrágicas, doenças coexistentes, etc.

Excluídas estas causas, poderemos afirmar que nos casos directamente observados por nós, e em harmonia com a noção clássica, é geralmente lento o pulso dos ulcerados, coexistindo com outros sinais mais ou menos numerosos de vagotonia.

Cabe aqui acentuar que estes factores de variação estão reduzidos ao mínimo nas verificações hematológicas a seguir criticadas, exclusão feita, é claro, das anemias post-hemorrágicas.

*Leucocitos*— A quantidade de glóbulos brancos está aumentada em 34 % dos casos, dentro dos limites dados como normais em 40,9 % e diminuída em 25 %.

No conjunto podemos dizer que os glóbulos brancos tendem a conservar-se dentro dos limites normais ou a aumentarem e, menos, a diminuírem.

Não devemos pois falar em leucopénia dominante nas úlceras gástricas, reconhecendo que pode existir, principalmente nas anemias graves post-hemorrágicas.

Sobre os outros factores susceptíveis de influenciarem a leucocitose, como infecções concomitantes, etc., não insistiremos por desnecessário.

*Linfocitos*— Nos 45 casos contados, 27 eram superiores a 25 %, 17 entre 18 e 25 % e só um, numa anemia grave post-hemorrágica, inferior a 18.

Dentre os 17 contidos entre os limites normais, só 3 são inferiores a 20, contando-se quasi todos os outros entre os números máximos considerados fisiológicos.

A percentagem é pois de 60 % de linfocitose, 37,7 % de valores normais e 2,2 % de linfocitopénia.

Se excluíssemos os dois casos de fortes anemias, que sempre se nos mostraram susceptíveis de alterar as fórmulas leucocitárias e os de diagnóstico duvidoso, teríamos, em 40 casos de úlceras não complicadas, 26 superiores a 25 %, o que dá uma percentagem de linfocitoses igual a 65 %, 14 entre 18-25, percentagem 35 %, e nenhum inferior a 18.

Podemos pois dizer que nas úlceras gástricas não complicadas, a linfocitose se mostrou, em relação aos casos de linfocitos normais, na proporção de 2 : 1 e nunca houve linfocitopenia.

Estas percentagens, já de si impressionantes, mais avultam se as considerarmos comparativamente com as obtidas nos dois outros quadros (neoplasias e outras gastropatias) em que nem de longe foram atingidas.

Tirando uma média geral da percentagem de linfocitos nos 45 casos de úlceras, método evidentemente artificial e defeituoso, mas que se presta a demonstrar o aumento geral destas células naquela doença, obteremos 29,6 linfocitos em cada cem glóbulos brancos.

Seja qual for a norma que admitamos como certa, estas médias estão iniludivelmente entre as mais altas, e a sua significação mais se avoluma pela sua constância e pela comparação com as das outras gastropatias, como vamos ver.

A análise dos dois restantes quadros pouco nos deterá, visto que a crítica deles fica subentendida no que está dito, servindo apenas para reforçar as anteriores constatações.

## II — NEOPLASIAS

*Pulso* — Taquicardia em 71 % dos casos, bradicardia ou normal nos 28 % restantes, percentagens que pouco diferem das referidas nas úlceras.

*Leucócitos* — Leucocitose em 60 % dos casos, valores normais em 35 %, leucopenia em 5 % (1 caso), o que está em harmonia com a noção clássica da leucocitose nas neoplasias.

Comparando com as úlceras, vemos que não só a percentagem dos casos de leucocitose é superior: 60 % contra 34 % ou seja quasi 2:1, como a média absoluta de leucocitos nos 20 casos de neoplasia é muito superior à das úlceras: 11.615 para 8.913. A leucocitose é portanto sinal importante de presunção a favor da neoplasia e contra a úlcera, a qual, todavia, não exclui em absoluto, como vimos em 34 % dos casos.

*Linfócitos* — Em 20 casos, encontramos 13 inferiores a 18 %, 2 entre 18 e 25 % e cinco superiores a 25 % ou sejam respectivamente 65, 10 e 25 %, percentagens demonstrativas dos dados clássicos sobre a natureza neutrofilica da leucocitose neoplásica,

e que, pelo contraste, reforça muito a importância das conclusões feitas a propósito da linfocitose das úlceras.

Percorrendo as histórias destes doentes, verificamos que quatro dos cinco casos de linfocitose coincidião com muito prováveis degenerescências malignas de velhas úlceras (3 casos) ou linhite plástica (1 caso).

Em tão pequeno número de observações, não podemos, é claro, fundamentar raciocínios, mas é extraordinariamente sugestiva esta verificação de linfocitose em processos eminentemente crónicos.

É este um ponto que demanda novas observações e que seria muito útil esclarecer.

Calculando a média dos linfocitos nos 20 casos, como já fizemos nas úlceras, obtemos 19,6 contra os 29,6 daquelas, valores que dispensam mais largas considerações.

### III — OUTRAS GASTROPATIAS

Êste é um quadro heterogénio, que só mereceu elaboração para servir de testemunha aos dois outros.

Como o nosso trabalho foi feito sobre uma série ininterrupta de observações de gastropatias acompanhadas de análise de sangue, com fins principalmente diagnósticos; e como, por outro lado, algumas das contidas nesta rubrica são susceptíveis de se confundirem com qualquer das outras, julgamos elucidativo não as excluir dos nossos quadros comparativos.

É tabela portanto que por si pouco vale para caracterizar as espécies várias nela contidas, mas que no conjunto define a feição especial das anteriormente estudadas.

*Pulso* — Contagem em 6 casos.

Bradycardia em 2 casos, normal ou taquicardia em 4. Percentagens 33 % e 66 %.

*Leucocitos* — 10 casos contendo:

Leucocitose, 4 casos.....	40 %
Valores normais, 5 casos.....	50 %
Leucopenia, 1 caso.....	10 %

valores situados entre as úlceras e as neoplasias, como antecipadamente se poderia prever.

*Linfocitos:*

Linfocitose em 2 casos .....	20 0/0
Normal em 4 casos.....	40 0/0
Linfocitopénia em 4 casos.....	40 0/0

com uma média global de 21, valor ainda situado entre o das outras duas espécies nosológicas.

É neste quadro, como também fácil seria calcular, que as percentagens de valores normais para leucocitos e linfocitos aparecem mais elevadas.

Os dois casos de linfocitose mais elevada (35,8 e 32,2) correspondem a um síndrome que geralmente acompanha ou precede as úlceras.

Sem nos querermos deixar seduzir pela tentação fácil, que a noção de úlceras latentes ou indagnosticadas poderia induzir-nos em refôrço da nossa proposição, desejamos acentuar o interesse que tem averiguar se a linfocitose acompanha os estados hiperclorídricos ou se necessita ulceração para se produzir.

Isto lançar-nos ia em congeminções patogénicas, aliás interessantíssimas, mas que o restrito material da presente nota não permite sequer abordar.

Á priori, parece cómodo relacionar a noção da linfocitose nos estados inflamatórios crónicos, com a aparição dela na úlcera gástrica. O desenvolvimento dêste ponto, inseparável da controvertida etiologia e patogenia da própria úlcera, levar-nos ia muito além dos limites e índole dêste estudo.

Também não deixará de acudir ao espírito de muitos, a relação que a linfocitose possa ter com a sífilis ou a tuberculose, que tão freqüentemente se tem procurado reconhecer como causas da úlcera gástrica.

Estudámos os boletins clínicos nêsse sentido e, se nalguns casos a coexistência de qualquer destas afecções parecia provada ou sòmente provável, não excediam no conjunto a percentagem com que essas doenças entram no quadro geral das espécies mórbidas hospitalizadas.

Na grande maioria dos casos, tal suspeita não encontrava fundamento, e nem por isso êles figuravam entre as de mais fraca linfocitose. Parece-nos portanto impossível avançar aqui

# Vacina antipiogenica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **"Antipio"**

FORMULA — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — E' eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abscessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., *com acção tambem preventiva.*

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influencia, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diárias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

*E' garantida a sua inocuidade.*

Nos casos gravissimos o Medico devera recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc. e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Médico.

## Polivacina antipiogenica Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alterando com a VACINA CURATIVA.

### Sôro-vacina Bruschetti

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

### Vacina curativa Bruschetti

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antipiogénia (para as formas bacilosas).

### VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraquecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

## Vacina antigonococica Bruschetti (Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **"Antigono"**

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de germens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite hienorrágica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diárias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampólas), alternadas em alguns casos com instilações uretraes de vacina (1 ampóla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mês depois do seu vencimento (2 annos).

*Absolutamente inofensiva.*

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA  
APARTADO 214 — LISBOA

# PRODUTOS "I. B. Y. S."



## Adrenoserum "Ibys"

**FORMULA** — Associação de soro normal de cavalo e adrenalina (Soro equino adrenalinico). — Ampôlas de 10 cc.

**INDICAÇÕES** — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofílias etc.).

**USO** — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutânea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampôla de 2 cc. de ANTIANAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Tambem temos

**Soro normal equino "Ibys"**

## Bronconeumoserum "Ibys"

**FORMULA** — Soro pneumo-diftérico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

**INDICAÇÕES** — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

**USO** — De duas a quatro ampôlas no primeiro dia em injeção subcutânea, e duas ampôlas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O Bronconeumoserum vai acompanhado de uma ampôla de 2 cc de ANTIANAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

**INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID**  
DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTES

## Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

**FORMULA** — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de germens por centimetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.

**INDICAÇÕES** — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

**USO** — Como curativa: uma injeção subcutânea de dois em dois dias, começando por  $\frac{1}{2}$  cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

Como preventiva: bastarão tres injeções de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

## Atosferin "Ibys"

**FORMULA** — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa. Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha tambem a segunda serie.

**INDICAÇÕES** — Tratamento da tosse convulsa.

**USO** — Injeção intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampôla pela ordem da numeração que teem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

**OBSERVAÇÕES** — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

**IMPORTANTE** — Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.

**Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidiftérico "Ibys"**

**AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA**

QUADRO I  
45 ÚLCERAS GÁSTRICAS

Enfermaria	Cama	Nome	Diagnóstico	Pulso	Leucócitos	Linfócitos
M1A	1	D. R.	Úlcera gástrica	52	3.000	31
"	25	J. D. M.	"	70	5.100	50
"	17	A. G. C.	"	90	6.900	25
"	36	F. A. S.	"	76	17.600	28
"	28	J. V. M.	"	80	10.800	26,5
"	28	M. F.	"	80	11.400	21,5
"	2	E. R. T.	Úlcera gástrica (neoplasia secundária?)	71	14.000	20,5
"	31	J. C.	Úlcera gástrica?	76	14.800	27,5
"	9	A. J. L.	Úlcera gástrica	54	—	33
"	4	A. F. O.	"	78	5.200	21,5
"	24	E. A.	"	88	7.800	27,5
"	20	C. M.	"	96	13.200	33,5
"	12	A. R.	"	80	5.800	24,5
"	26	M. A.	"	65	10.800	24,5
"	15	J. B. M.	Úlcera gástrica (após hematemese)	95	8.400	10,5
"	28	J. V.	Úlcera gástrica	60	11.800	28,5
"	15	J. A. A.	"	75	11.600	36
"	20	J. D. A.	"	—	5.100	50,4
"	12	V. J. P.	"	74	7.400	33,8
"	19	F. C. N.	"	—	5.900	36,4
"	25	E. A. B.	"	70	9.200	27,4
"	23	M. B.	"	80	6.600	47,6
"	5	J. A. C.	"	—	6.000	45,2
"	27	"	"	—	8.000	41,6
M2A	9	A. L. N.	"	120	9.600	22,5
"	27	E. J.	"	80	10.600	28,5
"	4	J. T.	"	—	10.600	21,5
"	14	J. F. A.	"	70	6.800	28,5
"	28	A. G. B.	"	62	10.000	22,5
"	41	J. C.	"	80	9.800	37,5
"	20	L. F. T.	"	—	5.500	32,8
"	26	F. T.	"	75	3.200	53,2
"	16	J. A. C.	"	76	12.600	21,5
"	6	A. S. F.	Úlcera gástrica?	84	10.000	18
"	31	J. A. P.	"	79	9.000	24,5
"	34	F. M. C.	"	92	12.200	24,5
"	38	A. F. R.	"	—	8.800	18
"	40	A. A. T.	"	75	9.200	35,5
"	36	J. E.	"	84	4.200	21,5
"	14	J. R.	Úlcera gástrica (anemia post-hemorrágica)	94	4.800	18,5
M2B	3	C. G. N.	Úlcera gástrica	82	11.800	37,5
"	22	A. A.	"	66	4.400	28,5
"	39	M. J.	"	64	13.000	23,5
"	7	M. L. S.	"	80	9.200	29,6
"	30	J. O.	"	65	9.600	33,5

Resumo: 45 casos  
 $80 \geq 70$  392.200:44 = 8,913  
 $8 < 70$  1.333,5:45 = 29,6  
 $15 > 10.000$  34 %  $27 > 25$  60 %  
 $18 = 6-10.000$  40,9 %  $17 = 18-25$  37,7 %  
 $11 < 6.000$  25 %  $1 < 18$  2,2 %

Descontando as 2 máximas linfocitoses e as 2 mínimas (M2A c 26 e c 6 e M1A c 20 e c 15)  
temos  $\frac{1.201,4}{41} = 29,3$ .

QUADRO II  
20 NEOPLASIAS GÁSTRICAS

Enfermaria	Cama	Nome	Diagnóstico	Pulso	Leucócitos	Linfócitos
M1A	21	C. A. S.	Neoplasia	66	15.600	20,8
"	4	J. A. T.	"	—	12.000	16,6
"	3	A. F.	"	90	8.800	19,5
"	17	F. J. E.	"	62	9.000	13,5
"	2	J. O. C.	Linhite plástica	82	6.400	39,4
"	22	J. C.	Neoplasia	—	3.900	49
"	2	H. C.	Carcinoma secundário?	74	11.900	26,4
"	29	R. C. M.	Carcinoma secundário	—	8.600	28,4
"	20	J. D.	Carcinoma secundário	—	6.100	46,4
"	26	J. M. S.	Neoplasia	64	17.300	10,2
"	23	J. A.	"	72	8.900	10
M1B	14	G. A. V. P.	" (?)	—	21.400	9,2
M2A	30	A. L.	"	70	12.000	16
"	36	A. D.	"	80	7.800	15
M2B	12	G. M. C.	"	100	13.400	16
"	28	M. C.	"	92	15.400	14
"	25	J. L.	"	60	10.400	15,5
"	31	J. M. P.	"	84	18.400	10,5
"	36	M. A. C.	"	75	11.600	7,5
"	21	I. J.	"	—	13.000	9,5

Resumo: 20 casos  
 $\frac{232.300}{20} = 11.615$   $\frac{393,4}{20} = 19,6$   
 $12 > 10.000$  60 %  $5 > 25$  25 %  
 $7 = 6-10.000$  35 %  $2 = 18-25$  10 %  
 $1 < 6.000$  5 %  $13 < 18$  65 %

Descontando as 2 linfocitoses máximas e as 2 mínimas (M1A c. 20 e 22 M2B c. 21 e M1B c. 14)  
temos  $\frac{279,3}{16} = 17,4$ .

QUADRO III  
10 OUTRAS GASTROPATIAS

Enfermaria	Cama	Nome	Diagnóstico	Pulso	Leucócitos	Linfócitos
M1A	9	L. S.	Gastrite	72	8.800	10,5
"	30	J. G.	Dispepsia	72	10.800	23
"	18	E. C.	Gastrite	—	9.800	19,2
"	19	L. A. A.	Gastrosucorrea	—	11.500	35,8
"	17	M. M.	"	56	11.500	12
"	26	J. A. M.	Hipercloridria	—	7.300	32,2
M2A	31	A. C.	Gastrite	60	9.600	20,5
M2B	22	M. N.	Dispepsia	100	11.800	16
"	9	M. F.	Hipercloridria	88	7.600	24,5
M1B	39	M. A.	Dispepsia	—	4.400	17

Resumo: 10 casos  
 $\frac{448}{6} = 74$   $\frac{93.100}{10} = 9.310$   $\frac{210}{10} = 21$

$4 > 10.000$  40 %  $2 > 25$  20 %  
 $5 = 6-10.000$  50 %  $4 = 18-25$  40 %  
 $1 < 6.000$  10 %  $4 < 18$  40 %

Descontando a máxima linfocitose e a mínima M1A c. 19 e c. 9 temos  $\frac{164,4}{8} = 20,5$ .

QUADRO IV  
RESUMO

	Úlceras	Neoplasias	Outras gastropatias
Leucócitos .....	8.913 (média da contagem em 44 casos)	11.615 (média da contagem em 20 casos)	9.310 (média da contagem em 10 casos)
Mais de 10.000 por $m^3$	34 %	60 %	40 %
Entre 6 a 10.000 " "	40,9 %	35 %	50 %
Menos de 6.000 " "	25 %	5 %	10 %
Linfócitos % .....	29,6 (média da contagem em 45 casos)	19,6 (média da contagem em 20 casos)	21 (média da contagem em 10 casos)
	29,3 (média corrigida: exclusão de 2 máx. e 2 mín.)	17,4 (média corrigida)	20,5 (média corrigida)
Mais de 25 % .....	60 %	25 %	20 %
Entre 18-25 % .....	37,7 %	10 %	40 %
Menos de 18 % .....	2,2 %	65 %	40 %

QUADRO 1  
 2. QUANTAS QUANTAS

QUANTAS QUANTAS

QUANTAS QUANTAS	QUANTAS QUANTAS	QUANTAS QUANTAS	QUANTAS QUANTAS
1000	1000	1000	1000
2000	2000	2000	2000
3000	3000	3000	3000
4000	4000	4000	4000
5000	5000	5000	5000
6000	6000	6000	6000
7000	7000	7000	7000
8000	8000	8000	8000
9000	9000	9000	9000
10000	10000	10000	10000
11000	11000	11000	11000
12000	12000	12000	12000
13000	13000	13000	13000
14000	14000	14000	14000
15000	15000	15000	15000
16000	16000	16000	16000
17000	17000	17000	17000
18000	18000	18000	18000
19000	19000	19000	19000
20000	20000	20000	20000
21000	21000	21000	21000
22000	22000	22000	22000
23000	23000	23000	23000
24000	24000	24000	24000
25000	25000	25000	25000
26000	26000	26000	26000
27000	27000	27000	27000
28000	28000	28000	28000
29000	29000	29000	29000
30000	30000	30000	30000
31000	31000	31000	31000
32000	32000	32000	32000
33000	33000	33000	33000
34000	34000	34000	34000
35000	35000	35000	35000
36000	36000	36000	36000
37000	37000	37000	37000
38000	38000	38000	38000
39000	39000	39000	39000
40000	40000	40000	40000
41000	41000	41000	41000
42000	42000	42000	42000
43000	43000	43000	43000
44000	44000	44000	44000
45000	45000	45000	45000
46000	46000	46000	46000
47000	47000	47000	47000
48000	48000	48000	48000
49000	49000	49000	49000
50000	50000	50000	50000

um passo sequer nêsse sentido, reconhecendo o interêsse que mais ordenadas investigações possam ter no futuro.

As percentagens, que para comodidade de exposição, calculamos para os tres quadros, sofrem, além de tudo, do defeito de serem feitas sôbre números muito dissemelhantes — 45 úlceras para 20 neoplasias para 10 outras gastropatias.

Se fossemos a igualá-las pelo mínimo, ficaria um número irrisório de casos que não nos permitiria qualquer verificação séria.

Tais como são, representam as proporções com que estas espécies mórbidas são hospitalizadas, visto que não excluimos nenhum caso, e tendo um máximo de úlceras, doença que para o momento nos interessa, sem exclusão das demais, pareceu-nos legítimo aproveitá-las.

Compreende-se o número limitadíssimo de dispepsias, visto que êstes casos se tratam em regra em consulta externa, e a percentagem relativamente avultada de cancros em relação às úlceras, dado que são sistematicamente hospitalizadas as neoplasias, na esperança de possível intervenção cirúrgica.

## CONCLUSÕES

I — A linfocitose relativa é sinal valioso de presunção em favor do diagnóstico de úlcera gástrica.

II — Na degenerescência maligna da úlcera gástrica e talvez na linhite plástica parece persistir essa linfocitose.

III — A leucocitose absoluta é sinal importante a favor das neoplasias e só se verifica em 34 % das úlceras gástricas.

IV — Nas restantes gastropatias, a linfocitose relativa e a leucocitose absoluta são variáveis, pouco freqüentes e moderadas, distinguindo-as por êsse facto das duas outras enfermidades.

## Revista dos Jornais de Medicina

Dez anos no Instituto Nacional de Assistência Materna e infantil em Viena. LEOPOLD MOLL — *Monatschr. f. Kinderh.* 32:387, 1926. — *Amér. J. of Diseas. of Child*, vol. 32, n.º 6. Gerstley, Chicago.

O instituto fundado e construído durante os anos de 1912 a 1914 — serviu durante a Grande Guerra de hospital militar e só no inverno de 1915-1916 é que começou a desempenhar o seu verdadeiro fim. Não só é um centro de assistência aos lactantes, crianças pequenas e às mães, mas também serve de escola para a prática de enfermeiras de crianças, assistentes sociais, parteiras e dos médicos.

A secção de lactantes, comporta cem crianças e 30 mães — estas são admitidas quando já podem amamentar o seu filho. A maioria das admissões é por perturbações digestivas e a duração da hospitalização varia de 30 a 60 dias, atendendo se a criança é ou não amamentada pela mãe.

Durante os dez anos, expirados a 30 de setembro de 1926, foram tratadas 4.630 crianças neste instituto e 1.944 mães. Nos últimos sete anos, num total de 4.043 casos, houve 717 mortes, isto é, 17,73 %. Dêstes, 260 nos primeiros dias precedendo a admissão. Há duas elevações na curva da mortalidade, uma correspondendo ao verão, e outra ao inverno. A média de casos fatais no inverno, eram devidos a infecções do aparelho respiratório e a curva é algo mais frisante do que a correspondente ao verão, que é pequena e com ascensão pouco prolongada.

A mortalidade nos anos de 1918 a 1922 é de 12 a 14 %.

Nesta ocasião uma alteração na técnica da alimentação baixou a média a 8 ou 9 %.

O instituto também funciona como escola, e durante o ano, cerca de 40 senhoras praticam a assistência social, sendo diplomadas.

Como há sempre 25 a 30 mães-amas, no serviço, os estudantes têm ocasião de estudar a alimentação natural, bem como a artificial. Fazem cursos para médicos cuja duração varia de 2 a 4 semanas. Há cerca de 700 médicos que freqüentaram estes cursos.

SARA BENOLIEL.

---

O estado actual dos nossos conhecimentos sôbre a vacina anti-tuberculosa. (*L'état actuel de nos connaissances sur la vaccination anti-tuberculeuse*), pelo Prof. CALMETTE — *La Presse Méd.* n.º 57 (17 Juillet 1926) — *Cevr. nat. de l'enf.* Brux. n.º 4, 1927, HEERNU.

O mecanismo da imunidade tuberculosa difere sensivelmente do da maioria das doenças microbianas. Está ligado à presença no organismo, dum pequeno número de bacilos pouco virulentos. É desta maneira que se constitui a imunidade natural: ainda que desde a primeira infância o

homem se contamina, só um quinto dos indivíduos, sucumbem à infecção; os outros, devido a uma infecção mínima, tornam-se resistentes. Nas investigações de diferentes autores, para premunir os animais e o homem, tem-se empregado até hoje, bacilos de origens diversas, mas tendo conservado toda, ou parte, da sua virulência primitiva. As vacinas, eliminadas secundariamente pelos emonctórios naturais, podiam tornar-se uma fonte de contágio. A descoberta do bacilo B. C. G. que perdeu toda a virulência, mas que conserva todas as outras propriedades biológicas, resolvia a questão. O bacilo B. C. G. introduzido num organismo novo, estabelece-se em simbiose nos órgãos linfáticos e nunca produz tubérculo. Da existência e da persistência da célula bacilizada depende a imunidade anti-tuberculosa. Os indivíduos possuindo já B. K. são refratários à imunização.

Por estas razões, é necessário dar a vacina a indivíduos muito novos, aos recém-nascidos.

Os resultados provenientes de muitas vacinas feitas até hoje em crianças, expostas ao contágio familiar, mostraram que a mortalidade das crianças de zéro a um ano, por doenças tuberculosas, descia de 25 a menos de 1 0/0. Nunca produziu a ingestão da vacina B. C. G. perturbações nas crianças e a eficácia é certa nos três primeiros anos de vida.

SARA BENOLIEL.

---

O sinal muco-midriático de Flatteau. (*Le phénomène muquo-mydratique de Flatteau*), por M. ERLICH — *Rev. franç. de Pédiatr.*, n.º 2, Juni, 1926 — *Rev. Nationale de L'enf.* n.º 4. Bruxelles, Janvier, 1927, J. HEERNU.

O sinal descrito por Flatteau, consiste na dilatação das pupilas em crianças atingidas de meningite, quando se lhes flete a cabeça.

Êste sinal, algumas vezes muito precoce, é patognomónico da meningite, seja qual fôr o agente etiológico. Mesmo em presença de sinais fazendo presumir uma meningite, o sinal de Flatteau negativo, permite afastar com muitas probabilidades êste diagnóstico. Adquirindo assim, um grande valor nas crianças.

SARA BENOLIEL.

---

Febre nos recém-nascidos. (*Fever in the new-born infant*), por F. L. ADAIR and CH. A. STEWART. (*Amér. Journ. of Diseas. of Child.*). N.º 6, Janeiro de 1926. — *Euvre. nat. de l'enfant.* Brux. N.º 4, 1927, HEERNU.

Observa-se muitas vezes sobretudo nos meses de verão (maio a setembro) uma elevação de temperatura nos recém-nascidos, e durante os dias seguintes.

Parece que esta febre se pode ligar à febre de desidratação: acompanha uma perda de pêso importante, e seria devida a uma insuficiência de absorção de líquido. O facto da febre baixar rapidamente após ingestão importante de líquido, depõe em favor desta hipótese.

SARA BENOLIEL.

**Etiologia do impétigo contagioso.** (*The aetiology of impetigo contagiosa*), por A. R. BALMAIN. — *Lancet*. 1926, II pg. 484. — *The British J. of Child. Disaes.* Vol. XXIII, n.ºs 274-276. — J. D. ROLLESTON.

Balmain tendo examinado numa série de 56 casos, de impétigo contagioso, encontrou 43 vezes estreptococos (13 vezes em cultura pura), 52 vezes estafilococos (21 vezes em cultura pura), e 3 vezes difterioide (uma vez em cultura pura).

As vesículas quer serosas ou purúulentas e o exsudado de debaixo das crostas, pode conter estreptococos. A maioria dos casos estavam infectados com estreptococos estafilococos.

Experiências no homem, provam que o estreptococos pôde produzir lesões típicas de impetigo contagioso.

O tratamento mais conveniente para fazer cair as crostas e para curar a lesão é segundo o autor, a acriflavina a  $\frac{1}{1000}$  em emulsão de parafina.

SARA BENOLIEL.

**A cadeira ambulante de Higiene infantil ou de puericultura e a escola popular de maternidade.** (*La catedra ambulante de Higiene infantil o de puericultura y la escuela popular de maternidad*), pelo DR. ERNESTO CACACE. — *Arch. Españoles de Pediatria*. N.º 7, Julio 1926. — *Ar. vr. nat. de L'enf. Brux.* N.º 4, 1927, HEERNU.

O A. lembra o fim da cadeira ambulante de higiene infantil e de puericultura, assim como a escola popular de maternidade de que êle primeiro concebeu a ideia e realizou. Essas instituições têm a missão de inspecionar a higiene da criança e de instruir as mães e raparigas, dos cuidados a dar aos bebês. Em diversos países de Europa e da América, funcionam já e dão ótimos resultados.

SARA BENOLIEL.

**Os arrepios na apendicite aguda.** (*Chills in acute apendicitis*), por RALPH COLP. — *Annals of Surg.* Fevereiro de 1927.

Deve ser investigada uma referência de arrepios em todos os doentes de apendicite aguda. Os arrepios, nas primeiras 48 horas de doença, não são índice da severidade da afecção nem da extensão do processo.

Um primeiro arrepio ao terceiro dia ou mais tarde representa um abcesso apendicular ou o começo de peritonite generalizada.

Quando há arrepios, como acontece especialmente na apendicite gangrenosa, deve ter-se presente a possibilidade da pileflebite e procurar cuidadosamente no meso apendicular a flebite supurada.

Com uma história de arrepios repetidos é uma regra de rotina operatória laquear ou ressecar a veia íleo-cólica e de preferência antes da apendicectomia.

Os arrepios post-operatórios são quasi sempre uma consequência da pileplebite supurada.

MORAIS DAVID.

# Urotropina effervescente

*Schering*



Preparado tendo por base  
a UROTROPINA original.  
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex<sup>a</sup>. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar

**Urotropina - Schering.**

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

**Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.), Berlin.**

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante scientifico:

**C. A. GLADE, LISBOA, Rua Victor Gordon, 7**

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

Queira remeter-me amostras e literatura do

**UROTROPINA SCHERING**

Nome : .....

Enderêço : .....

PILULAS

# OPOBYL

PILULAS

## TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoïdarios.*

### COMPOSIÇÃO

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

## INSUFFICIENCIAS 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.

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

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

”  
**eregumil**  
**Fernández**  
 Alimento vegetariano completo em base  
 de cereais e leguminosas  
 Contem no estado coloidal:  
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
 e principios minerais (fosfatos naturais)*  
 Insostituivel como alimento, nos casos de intolerân-  
 cias gástricas e afeções intestinais.— Especial para  
 crianças, velhos, convalescentes e doentes  
 do estomago  
 Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo  
**FERNANDEZ. & CANIVELL Y C.<sup>as</sup>—MÁLAGA**  
 Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.<sup>as</sup>  
 Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup>  
 LISBOA

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

C. A. Glade

Rua Vitor Cordon, 7

Lisboa

**Observações acerca da enxaqueca.** (*Observations on migraine*), por MECLURE e HUNTSINGER. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 17 Fev.º 1927.

Como material de estudo o autor seleccionou as formas de cefalalgia paroxística, acompanhada de sintomas gastro-intestinais. São sintomas complementares vários fenómenos oculares, náusea e vômito, sintomas gastro-intestinais e sintomas do sistema nervoso central.

A demarcação do quadro clínico é bastante difícil e as noções patogénicas muito confusas.

A fadiga ocular e a má descreminação dos alimentos representam um papel importante como factores etiológicos.

A investigação sistemática das vias biliares, com método de contraste, revela alterações numa larga percentagem de casos. Um outro facto a aproximar dêste é a presença de sinais de insuficiência hepática na maioria dos casos observados. As reacções anafiláticas às proteínas alimentares devem também prender a atenção.

A compensação da insuficiência hepática e a eliminação dos alimentos proteicos capazes de provocar reacção anafiláctica comprovada no organismo são normas elementares de boa prática a usar.

MORAIS DAVID.

**O valor do lipiodol no diagnóstico e tratamento dos abscessos pulmonares.** (*The value of lipiodol in diagnose and treatment of abscesses of the lung*), por H. C. BALLON — *Surg. Gyn. and Obst.*, Janeiro 1927.

Apreciando em conjunto os dados clínicos que lhe forneceu a observação de 94 casos de abscessos pulmonares, número total de doentes com esta afecção entrados durante um período de 16 anos no serviço cirúrgico do Royal Victoria Hospital, o autor salienta as deficiências, de ordem clínica terapêutica que se deparam no exame de todo este material tanto mais apreciáveis se as compararmos com a relativa precisão que fornece o exame com método de contraste pelo lipiodol e conclui assim :

Uma alta percentagem de abscessos pulmonares (25 %) sobrevêm a intervenções cirúrgicas da bôca e das fauces. É fácil o êrro diagnóstico quando como único apoio se consideram os elementos da história clínica. São relativamente raras as cavidades intra-pulmonares com nível líquido, reveladas pelo exame radiológico. O uso do lipiodol pelo método broncoscópico a par da observação médica é de um valor seguro, O lipiodol não provoca sinais de intolerância ou de irritação. Os métodos radiológicos habituais dão uma localização anatómica muito imperfeita ou mesmo errônea, que a observação médica é incapaz de corrigir.

Os resultados do tratamento podem ser seguidos pela repetição do exame aos raios X, com meio de contraste.

O abcesso pulmonar associa-se muitas vezes à bronquiectasia.

Esta pode ser a consequência de uma cicatrização do abcesso.

MORAIS DAVID.

O recém-nascido filho de mãe tuberculosa. (*Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse*), por A. COUVELAIRE — *Press Med.*, 19 Fevereiro 1927.

O A. apresenta um trabalho em que resume as contestações feitas numa assistência clínica de seis anos em um serviço de Maternidade para doentes tuberculosas.

Foi preocupação dominante do A. estudar o futuro dos recém-nascidos provindo de mães tuberculosas e sobre este ponto apresenta informações interessantes.

A par da contaminação transplacentária, determinando uma tuberculose congénita com lesões tuberculosas desenvolvidas *in utero*, facto que o A. nunca conseguiu observar, é legítimo recordar uma possibilidade menos excepcional da transmissão transplacentária do virus tuberculoso cujo carácter essencial é não determinar lesão anatómica específica, pelo menos durante a vida fetal e durante as primeiras semanas de vida. Esta transmissão do virus tuberculoso pode ser revelada pela presença de bacillus ácido-resistentes nos gânglios e nas vísceras do feto e indirectamente por inoculações em cobaias, com ou sem filtração prévia através de velas de porcelana porosa; alguns dos animais inoculados apresentam mais cedo ou mais tarde bacilos ácido resistentes nos gânglios, sem produção de lesões anatómicas específicas.

MORAIS DAVID.

Existem diabetes refractárias à insulina. (*Existe-t-il des diabètes réfractaires à l'insuline?*), por MARCEL LABBÉ. — *Bull. Acad. Méd.* 4 Jan.º 1927.

Ácerca da dúvida suscitada por certos autores sobre se a insulina actua de facto em tôdas as formas de diabetes ou se existem formas atípicas nas quais a hormona não manifesta a mais pequena actividade, o A. analisa diferentes casos apontados como rebeldes ao tratamento insulínico.

Áparte a diabetes renal, glicosúria sem afinidades patogénicas ou terapêuticas com a verdadeira diabetes, a glicosúria tiroideia e hipofisária e a glicosúria por insuficiência hepática (cirróticos, descompensados cardíacos), estas últimas variedades realmente pouco sensíveis à medicação pela insulina, pode dizer-se que não existem formas rebeldes a este tratamento; são antes as desregramentos do doente em relação à insulina ou à dieta, imperfeições de técnica seguida, as verdadeiras razões de aparente resistência ao tratamento.

As diabetes verdadeiras, quando sejam conveniente e conscienciosamente cuidadas, cedem à insulina e é por isso descabido falar de diabetes verdadeiras rebeldes.

Não se pode estabelecer uma relação matemática entre os hidratos de carbono e a insulina e ainda que como norma seja de 1 gr. o peso de açúcar assimilado por cada unidade de insulina, existem casos que se afastam para mais ou para menos dêste termo médio apontado.

MORAIS DAVID.

**Colelitiase e gravidez.** (*Colelitiase e gravidez*), por CARLO BERTONE. — *Renasc. Med.*, 15 de Janeiro de 1927.

O fígado e as vias biliares são pontos vulneráveis da gestação, os mais forte e freqüentemente tocados por ela.

A insuficiência hepática funcional e a estase biliar mecânica criam condições favoráveis à calculose. Os números das estatísticas são a êste propósito bastante eloqüentes.

A calculose pode manter-se latente, sem despertar o mais leve sinal clínico, mas pode também sobrevir como um entrave sério ao seguimento da gestação, do trabalho de parto ou do puerpério.

Em tais termos a cura da afecção reduz-se à intervenção cirúrgica.

O A. cita a história clínica de uma múltipara que no 4.º mês de gestação foi acometida de dores na região vesicular e de febre. Procedeu-se à colecistectomia e tanto a convalescença como a evolução da gravidez se fizeram normalmente.

MORAIS DAVID.

**A exploração funcional do fígado pelo rosa-bengala.** (*L'exploration fonctionnelle du foie par le rose bengale*), por N. FIESSENGER e H. WALTER. — *Rev. med. cir. des mal. du foie, pancreas et de la rate*. Julho-Setembro de 1926.

O rosa-bengala é um composto côrado da série das fialeínas e que, à semelhança de outros derivados da mesma série, tem um organotropismo acentuado, fixando-se e sendo excretado quasi exclusivamente pelo fígado. Daqui a ideia de o utilizar como índice da capacidade funcional dêste órgão. A excreção urinária, que é quasi constante, só em casos particulares merece atenção.

Emprega-se um soluto em sôro fisiológico (15 mgr. por cc.) na dose de 1,5 mgr. por kgr. e nesta dose é quasi sempre bem tolerado.

Pela acção da luz solar o composto altera-se e pode dar sinais tóxicos, que na experiência do A. foram sem importância, mas que se evitam resguardando o doente da exposição à luz intensa durante a observação.

Colhe-se uma amostra de sangue em tubo de centrifuga e em jejum e pela mesma agulha que serviu para esta colheita faz-se a injeccção do côrante. Passados 45 minutos faz-se nova colheita de sangue. Procede-se depois ao exame colorimétrico do plasma.

Os valores baixos significam praticamente integridade do parênquima hepático ou lesão em focos pequenos com grandes porções de parênquima íntegro.

Valores médios ou elevados são exclusivos de doentes hepáticos, recentes ou antigos.

Valores muito elevados encontram-se ou nos ictéricos ou nos indivíduos sem icterícia mas com insuficiência excretora do fígado.

Fora de números elevados em indivíduos não ictéricos, os valores isola-

dos pouco significam; para que tenham valor torna-se indispensável repetir os exames.

Nas insuficiências hepáticas duvidosas uma prova do rosa-bengala positiva representa afecção hepática certa. A prova do rosa-bengala diz respeito a uma função apenas e um exame hepático comporta uma investigação pluri-funcional.

A possibilidade de uma asinergia funcional demonstra-se pela aparição de casos com determinadas provas funcionais normais e outras anormais.

MORAIS DAVID.

**O uso e acção do ácido o-iodoxi-benzóico no tratamento das artrites.**  
(*The use and action of o-iodoxy-benzoic acid in the treatment of arthritis*),  
por M. SMITH — *Boat. Med. Surg. Jour.*, 24 de Fevereiro de 1927.

O tratamento pelo ácido o-iodoxi-benzóico foi introduzido na terapêutica das artrites por Young e Youmans e os seus resultados, que há pouco foram publicados, contêm ensinamentos de utilidade.

As artrites que serviram para ensaio do tratamento constituem um grupo bastante heterogêneo quanto à natureza e duração da enfermidade.

De uma maneira geral colheram-se resultados bastante satisfatórios em 36% dos casos, em 23% houve melhoras moderadas, em 14% ligeiras melhoras e em 7% não se notaram modificações nos sinais clínicos.

Estes resultados merecem tanto maior apreço quanto é certo que o grupo das artrites que serviram para estudo era constituído por formas rebeldes a todos os métodos de tratamento habituais.

Emprega-se o ácido o-iodoxi-benzóico sob a forma de sal sódico ou amoniacal, em soluto aquoso a 1% e em injeções intravenosas. A dose média é de 1 gr.

O soluto deve ser recentemente preparado. As injeções têm de fazer-se com a maior lentidão no intuito de diminuir ao máximo a possibilidade de reacção orgânica ao medicamento.

Além da via intravenosa podem utilizar-se as vias bucal ou rectal, mas o 1.º método é o preferível.

As reacções consecutivas à injeção são o ardor ao longo da veia, securas e ardências em várias regiões do corpo, vômitos, arrepios, febre e trombose.

Por via gástrica ou rectal os sintomas tóxicos são muito mais atenuados.

Existe uma grande semelhança estrutural entre o ácido o-iodoxi-benzóico e o ácido salicílico que é o ácido o-hidroxi-benzóico. A acção medicamentosa do ácido o-iodoxi-benzóico é porém muito mais enérgica que a do ácido salicílico e exerce-se manifestamente sobre todos os sinais articulares.

Um quadro elucida as particularidades clínicas, a evolução e a terapêutica de 23 casos de artrite.

MORAIS DAVID.

# IODARSOLO

## BALDACCI

O PRIMEIRO PRO-  
DUCTO DE IODO  
E ARSENIO

E' UMA  
ASSOCIAÇÃO  
DE

SÔ EM ITALIA  
TEM MAIS DE  
250 IMITAÇÕES

DE GOSTO MUITO  
AGRADABEL

Não irrita as mu-  
cosas E' dese-  
jado pelas  
crianças e  
tambem pe-  
las pes-  
soas de

paladar  
deli-  
cado

### Iodo metálico

feito orgânico pela com-  
binação tânico-proteica.

### Acido Arsenioso:

orgânico, por meio de um me-  
thodo especial.

INJECCÕES NÃO  
DOLOROSAS

Sempre que forem dadas  
intramusculares profun-  
das nas nadeças, pro-  
curando não verter o  
liquido durante o  
trajecto que per-  
corre a agulha  
ao entrar e  
sahir da  
pelle.

*Aprecia-se neste producto a efficacia máxime  
que podem dar o iodo e o arsenio associados  
em doses elevadas, puros, integros, sem que  
sejam observados effeitos secundarios tóxicos com  
sejam iodismo e intolerância arsenical.*

Em garrafas com 300 grammas de  
liquido

Uma colherada de Iodarso-  
lo contém :  
0.030 de Iodo  
0.001 - Arsenio



EM CAIXAS DE 12 EMPOLAS

Uma ampola contém :  
1º GRAU  
grammas 0.030 de Iodo  
0.001 - Arsenio  
0.020 - Gualacel  
2º GRAU  
grammas 0.050 de Iodo  
0.001 - Arsenio  
0.030 - Gualacel

## OXIDOL

Reconstituyente  
fisiológico: Oxi-  
dançe cellular - Em  
caixas de  
16  
Empolas  
de  
2cc

A vende :

Sociedade Industrial Farmacéutica  
Farmacias AZEVEDO - IRMAO E VEIGA - AZEVEDO FILHO

Rua do Mundo 36,

Lisboa

e principais farmacias de Portugal.

Agente para España e  
Portugal: MARIO VIALE

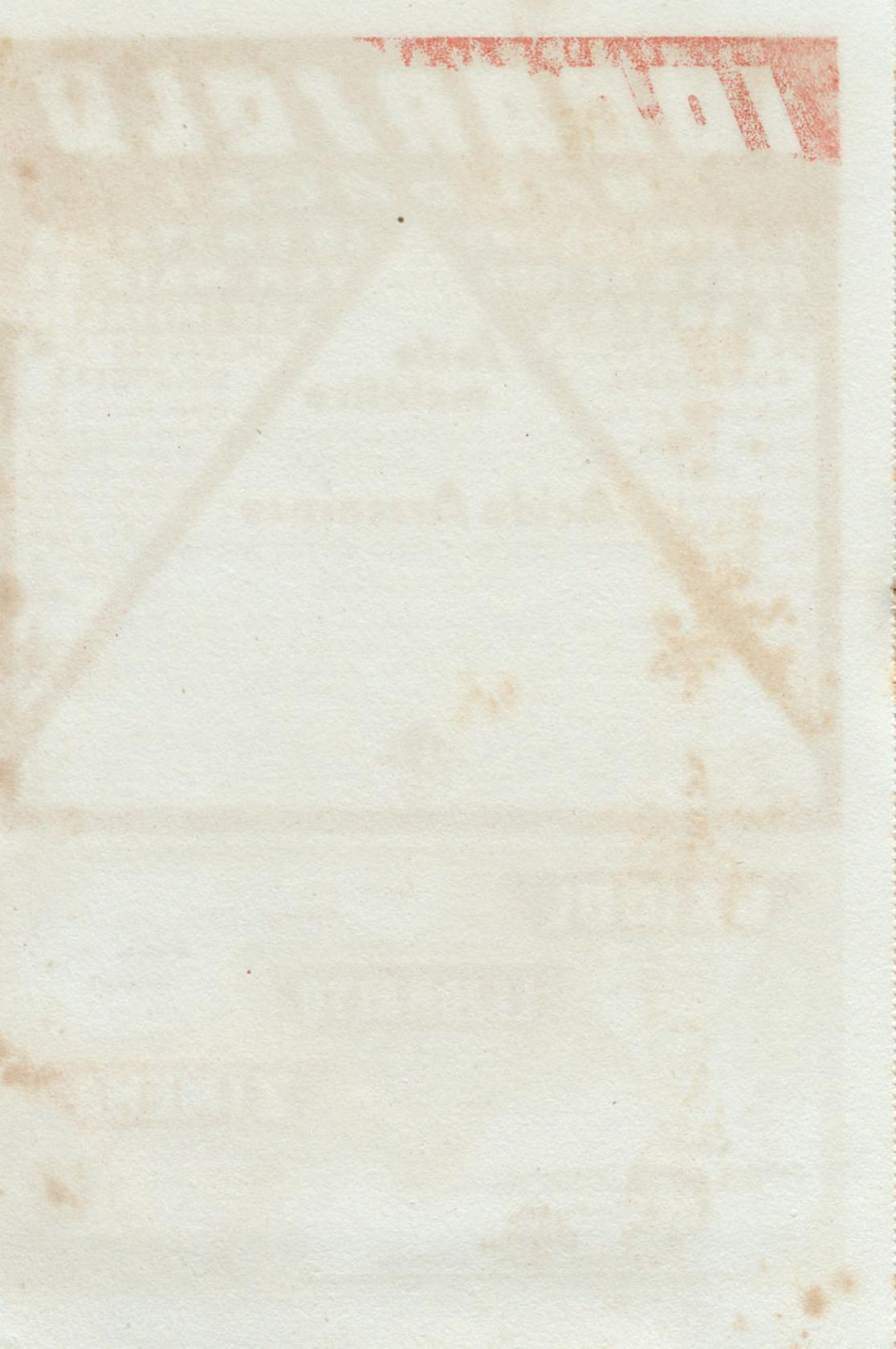
Provenza 427  
Barceloga.

## LEJOMALTO

Mistura especial de Be-  
taína e Maltose con  
amylase inactiva (Por-  
Alimentação artifi-  
cial, mixta, desma-  
mamento - Não  
contem farinha  
Não e' fer-  
mentada  
Líquida

## ZIMEMA

O hemostático fisiológico per-  
excelência, obtido pelo fermen-  
to coagulante do sangue  
Fibrozim-a-l'inno ou  
qualquer periodo a  
idade não exis-  
tem contrain-  
dicações



A doença de Banti. (*La maladie de Banti*), por LÉON-KINDBERG — *Journ. Med. Fran.* Julho de 1926.

O A., separando o síndrome de Banti da chamada anemia esplênica primitiva, faz do síndrome de Banti um estudo detalhado.

A doença de Banti é particular à adolescência e podem marcar-se na sua marcha evolutiva três etapas distintas:

1.<sup>a</sup> De esplenomegalia com anemia ligeira e por vezes discrasia hemorrágica.

2.<sup>a</sup> Período de perturbações digestivas.

3.<sup>a</sup> Período final de cirrose do fígado com ascite e caquexia.

A anatomia-patológica revela lesões primárias e predominantes do baço, peri-esplenite com espessamento do tecido-reticulado, peri-arterite folicular e em certos casos flebite da veia esplênica. No fígado encontra-se cirrose peri-lobular. A patogenia da doença é ainda indeterminada. Na interpelação da ordem cronológica das lesões não há um completo acôrdo. Assim, para certos autores as lesões esplênicas são as primeiras, para outros são primitivas as lesões do fígado e secundárias as lesões do baço, finalmente para outros as alterações hepato-esplênicas são contemporâneas, mas independentes entre si.

A esplenectomia é o tratamento a adoptar, mesmo nas fases avançadas da doença.

MORAIS DAVID.

O «ballottement» do pé sinal da série piramidal. (*Le ballottement du pied, signe de la série pyramidale*), por J. A. SICARD. — *Pres. Med.*, 26 Fevereiro 1927.

Sicard descreve a técnica com que consegue, em certos casos, tornar patente o espasmo-reflectividade de origem piramidal. O sinal de Babinski, os reflexos de defesa do membro inferior e os sucedâneos do sinal de Babinski faltam com frequência nas formas de paralisia espástica, medular ou cerebral, em que os reflexos se apresentem normais, diminuídos ou abolidos.

Nêstes casos o *ballottement* do pé permite demonstrar a espasmo-reflectividade piramidal. Eis a técnica para a demonstração do sinal referido:

Segura-se fortemente o terço inferior da perna e sacode-se, com violência o pé, provocando o *ballottement* lateral dêste segmento do membro. Os abalos do pé devem ser breves, rápidos e de uma duração total de  $\frac{1}{2}$  minuto, aproximadamente.

Suspendem-se bruscamente os abalos do pé e, se o sinal é positivo, observa-se a breve trecho uma das seguintes manifestações:

Extensão do dedo grande, extensão do dedo grande e flexão dos quatro outros dedos, extensão de todos os dedos, flexão dorsal do pé, flexão associada do pé sobre a perna e da perna sobre a coxa.

MORAIS DAVID.

O lipiodol em relação à cirurgia torácica. (*Lipiodol in relation to thoracic surgery*), por H. HEDBLOM e HEAD.— *Annals of Surg.* Fevereiro de 1927.

O exame radiológico dos pulmões pode em certas condições tornar-se de uma utilidade e clareza muito maiores pelo emprêgo do contraste com o lipiodol.

O exame médico e o exame radiológico habitual são, por si sós, incapazes de esclarecer de uma maneira perfeita a maioria dos casos clínicos, o que por via de regra não acontece com o emprêgo do contraste pelo lipiodol. O método é de fácil execução e sem contra-indicações especiais desagradáveis devidas ao iodo.

Abcessos pulmonares, empiemas, fistulas da parede, bronquiectásia, são afecções de uma difícil apreciação sem o método de contraste. Tanto nos casos em via de intervenção cirúrgica, como na evolução dos que já foram operados ou se deixam à mercê do decurso mais ou menos natural, ainda o método tem uma particular utilidade porque fornece elementos de comparação de maior rigor e precisão.

Na tuberculose pulmonar em evolução a oportunidade é discutível. Compreende-se necessariamente que em tais condições as consequências de irritação trazidas ao processo tuberculoso sejam de recear.

O lipiodol introduz-se por injeção por um dos quatro caminhos diferentes: por via supra-glótica, trans-glótica, sub-glótica e broncoscópica.

Para evitar os reflexos da tosse injecta-se uma hora antes da introdução do lipiodol um calmante de tosse.

É da maior importância a posição do doente no momento em que se introduz o lipiodol; o campo pulmonar em que se pretende o contraste deve ficar mais baixo. Além disto ainda a inclinação do tronco tem que se adaptar à altura do pulmão a examinar. 20 a 30 cc. chegam para tornar visível a árvore brônquica de um lobo pulmonar.

Feita a injeção do lipiodol deve proceder-se imediatamente à observação radiológica.

MORAIS DAVID.

Tiroidectomia primária no bócio exoftálmico. (*Primary thyroidectomy for exophthalmic goiter*), por ARNOLD JACKSON.— *Surg. Obst. and Gyn.* Março 1927.

O tratamento do bócio exoftálmico sofreu uma grande modificação nos últimos anos, permitindo, como é fácil de constatar pelos números das estatísticas, uma baixa acentuada na mortalidade operatória e uma melhoria notável nos resultados terapêuticos.

A observação clínica muito mais minuciosa e consciente levando ao discernimento de sintomas no seu início, a intervenção cirúrgica feita em melhor oportunidade que nos tempos passados, os progressos efectuados dentro da técnica operatória com um encurtamento grande do tempo de operação e com

um mínimo de schok, a rapidez da convalescença, o estudo do metabolismo basal e finalmente a preparação médica dos doentes por meio da medicação iódica, são os factores basilares em que se fundamentam as conquistas obtidas no tratamento do bócio exoftálmico.

O tratamento pre-operatório inclui a observação metulosa do doente, o estudo do metabolismo basal, o repouso físico e mental, o régimen dietético rico em calorías e privado dos estimulantes como café, etc., a medicação pelo iodo sob a forma de soluto de lugol em doses repetidas de 10 gotas. O tempo de preparação do doente dura em média uma semana, não excedendo como regra duas semanas.

Nas formas benignas é possível submeter os doentes a este régimen preparatório fora do internamento hospitalar. Nos casos graves é indispensável seguir com atenção a sua marcha, de forma a proporcionar a intervenção quando o estado do doente a consente, sem pressas nem precipitações. O tratamento de preparação, além de facilitar a intervenção cirúrgica, favorece a convalescença; os sintomas nervosos e cárdio-vasculares modificam-se sensivelmente e em pouco tempo o metabolismo basal diminui e na generalidade dos casos a baixa do metabolismo é tanto mais pronunciada quanto mais elevado êle é antes do tratamento.

A anestesia de escolha é a anestesia local. A tiroidectomia deve ser tão completa quanto possível de forma a evitar recaídas, tendo sempre em conta a importância das formações anatómicas vizinhas e que é preciso poupar seguramente; o nervo recorrente laríngeo e as glândulas para-tiroideias.

O tratamento post-operatório compreende a medicação pelo iodo no decurso das primeiras 48 horas.

No artigo figura uma lista de 120 casos de bócio exoftálmico com os resultados da tiroidectomia primária em relação ao peso taquicardia e metabolismo basal.

MORAIS DAVID.

A perfuração aguda da úlcera gástrica e duodenal. (*La perforazione acute della ulcere gastriche e duodenali*), par V. PAUCHET — *Renasc. Med.*, 15 de Março de 1927.

A perfuração gástrica sobrevém como complicação em  $\frac{1}{3}$  de casos sem antecedentes gástricos de qualquer espécie e em  $\frac{2}{3}$  de casos com história de padecimentos anteriores.

A perfuração pode sobrevir em completa acalmia de sintomas, mas a maioria das vezes é precedida de sintomas mais ou menos acentuados.

A evolução espontânea da afecção é, como regra, mortal. A intervenção cirúrgica precoce, feita no decurso das primeiras 20 a 23 horas, constitui o único meio terapêutico de valia.

A intervenção deve reduzir-se ao tratamento de urgência indispensável. O tratamento cirúrgico radical deve adiar-se até à altura em que o doente, sem maiores transtornos, possa suportar as conseqüências de uma intervenção mais demorada.

MORAIS DAVID.

A terapêutica da sífilis aórtica. (*Die Therapie der Aortensyphilis*), por H. SCHLESINGER — *Die Therapie der Gegenwart*, n.º 4, 1927.

O diagnóstico da doença nos casos típicos é fácil e baseia-se na existência dum sopro sistólico aortico com um segundo tom acentuado. A pressão arterial é muitas vezes normal. Muitas vezes existe uma dôr retroesternal quasi contínua. Ao exame radiológico observa-se uma dilatação difusa do tubo vascular. A reacção de Wassermann no sangue é freqüentemente, mas não sempre, positiva. Se a doença atinge o início da aorta associam-se os sintomas de obstrução coronária e de deficiente nutrição do músculo cardíaco com insuficiência, revestindo, especialmente a forma de dispneia cardíaca. Se o processo progride para as valvas aórticas sobrevem insuficiência valvular.

Nas pessoas novas o síndrome: estenocardia, insuficiência das valvas aórticas sem anamnese endocardítica e a dilatação da aorta ascendente, traduz com grande probabilidade a existência de mesaortite luética, mesmo quando a reacção de Wassermann é negativa.

A grande maioria dos aneurismas é também de etiologia luética.

O A. em virtude da existência de aortites que acompanham o doente durante anos sem constituírem um perigo para a sua vida, apesar da ausencia de tratamento e também porque freqüentemente na autopsia de pessoas velhas a mesaortite sífilítica constitui um achado, tira as seguintes conclusões práticas:

1) — A aortite pura não complicada (supra-coronária) é em muitos casos, por si e pelas complicações que pode arrastar, um padecimento tormentoso e perigoso.

2) — Existem, porém, numerosas formas benignas que mesmo sem tratamento se conservam estacionárias durante muitos anos.

3) — Não existe um critério seguro para avaliar o efeito da terapêutica antiluética nesta última forma de sífilis aórtica. Por isso mesmo é ousado falar duma cura segura.

4) — A experiência anatômica mostra que apesar da maior freqüência e intensidade do tratamento da sífilis, a lues aórtica em vez de diminuir, aumentou.

5) — Estas experiências exigem precaução na forma de avaliar o efeito terapêutico, especialmente da terapêutica enérgica da sífilis vascular.

Os medicamentos específicos no tratamento da sífilis aórtica são: iodo, mercurio, bismuto, salvarsan e decocto de salsaparrilha.

O A. começa o tratamento pelo iodeto de sódio, de começo 0,5 a 1 grama, subindo depois a dose até 2 ou 3 gramas e prescreve-o durante longo tempo com pequenas intermissões. Não se deve temer um hipertiroidismo, determinado pelo iodo durante o tratamento antisifilítico. Nestes últimos anos o A. tem visto muitos doentes com Iodo-Basedow e entre êles não havia nenhum sífilítico. Além do iodeto de sódio o A. aconselha ainda os seguintes preparados iodados: Iodival, Sajodin, Lipojodin, Iodoglidin (dois a quatro comprimidos por dia), Iodvasogen (2 vezes ao dia 15 gotas), Iothion (em pomada 2,0, fricção), etc.

Ao mesmo tempo ou pouco depois de começar o tratamento iodado

# MESUROL

Emulsão oleosa a 20 % de sal básico do bismuto  
do eter monometílico do ácido dioxibenzóico  
1 c. c. = 0,11 gr. de Bi

Tratamento pelo bismuto  
em injeções intramusculares indolôres

*Contem grande quantidade de Bi*  
*Emulsão finissima*  
*Acção rápida e persistente*

Prescreva-se:

Mesurol (frasco de 15 gr.)  
Embalagem original «Bayer»



J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft  
Pharmazeutische Abteilung «Bayer-Meister Lucius»

\*\*\*\*

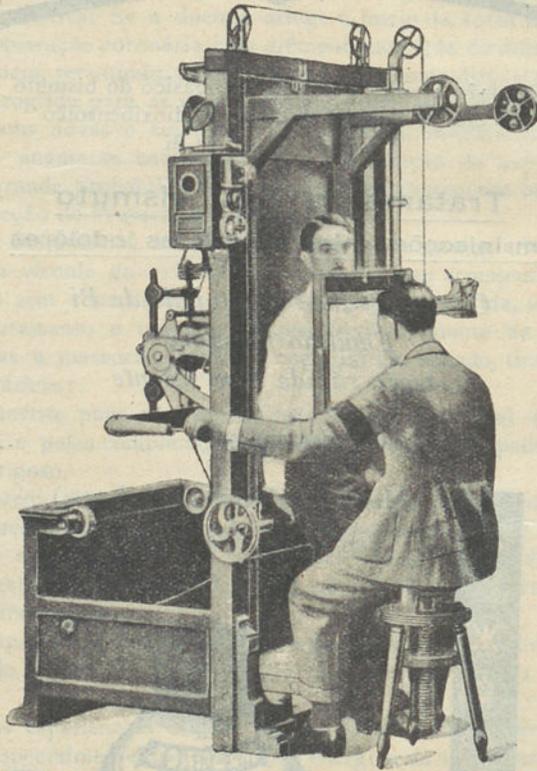
Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIYIDADE - Rua dos Douradores, 150, 3.º - LISBOA

LISBOA-MÉDICA

Etabts Gaiffe-Gallot & Pilon de Paris

Victor X Ray Corporation CHICAGO

Radium Belge—Bruxelas



Mesa oscilante em posição vertical para radioscopia ou radiografia

REPRESENTANTE EM PORTUGAL

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

**S I C E**

Praça dos Restauradores, 78-1.º—LISBOA

administra o A. mercurio ou bismuto. Emprega os sais solúveis de mercurio e só excepcionalmente aconselha as fricções mercuriais ou o olio cinzento.

Sem negar valor aos outros preparados de bismuto indica os seguintes : Bismogenol (0,5-1, intramuscular 2 vezes por semana), Bismosalvan (0,5-1 do mesmo modo), Embial (1,0) e Spirobismol (1,5-1,0, intra-muscular cada quatro dias).

Só depois da quarta ou quinta injeccção de mercurio ou bismuto o A. faz a primeira injeccção de neosalvarsan, na dose inicial de 0,075 e depois com intervalos primeiro de três e depois de cinco dias vai injectando doses sucessivamente maiores até à de 0,45. A quantidade total de neosalvarsan numa cura será de 2,5-3 gramas. Depois da cura salvarsanica continua com injeccções de mercúrio ou bismuto, não indo além de 20 injeccções e acaba por uma cura com decocto de Zithmann.

No primeiro ano de tratamento faz o A. ainda uma segunda cura de Salvarsan-Hg ou Bi. No segundo ano apenas uma cura e excepcionalmente, quando as dores aórticas se mantem, uma segunda cura e no terceiro ano novamente outra cura. Se existe aneurisma prescreve quasi continuamente iodo, frequentes turnos de Hg ou Bi e se a sintomatologia progride ainda uma terceira cura salvarsanica no decurso dum ano.

Os resultados obtidos com esta forma de tratamento são satisfatórios.

O A. acha valioso o tratamento com Stovarsol (=Spirocid).

É um preparado bem tolerado nas perturbações anginosas e dispneia cardíaca.

Administra o decocto de salsaparrilha (na forma de Decoctum Zittmanü) na dose de 100-200 gramas pela manhã e a mesma quantidade à tarde durante algumas semanas.

Nos casos em que a aortite se acompanha de acessos de angina pectoris, a terapêutica salvarsanica dando uma reacção de Herxheimer pode originar graves ataques de angina pectoris e para evitar esse perigo deve-se começar por pequenas doses e subir muito lentamente.

Se há descompensação cardíaca (aortite com insuficiencia aórtica) o A. faz, mesmo nêstes casos, tratamento antisifilítico, principalmente Salyrgan que é menos tóxico do que o novasural.

Fala depois do tratamento dietético, etc.

F. FONSECA.

---

A histerectomia larga no cancro do colo do útero com gravidês de termo. (*Hystérectomie large dans le cancer du col de l'utérus avec grossesse a terme*), pelo Prof. DR. A. PERALTA RAMOS. — *Gynec. et Olistétrique*, n.º 2, T. XV, 1927.

Sobre duas observações o A. faz as seguintes considerações:

1.º A curieterápia durante a gravidês pode curar ou melhorar e deter a marcha do cancro do colo do útero.

2.º A ampla operação abdominal de Wertheim é mais fácil e menos grave durante a gravidês do que fora dela.

F. FONSECA.

A fecundação artificial na espécie humana. (*La fécondation artificielle dans l'espèce humaine*), por A. A. SCHOROWA. — *Gynec. et Obstétrique*, n.º 2, T. XV, 1927.

A fecundação artificial consiste em depositar o esperma na parte superior da vagina ou no útero.

Segundo a literatura e as experiências do A. sobre fecundação artificial na espécie humana, podem-se estabelecer os pontos seguintes:

1.º As crianças nascem sãs e desenvolvem-se normalmente; é evidente que a fecundação artificial não trás factores novos de hereditariedade e a geração depende do material embrionário que dá nascimento a um ser novo.

2.º A fecundação artificial é inofensiva à saúde da mulher e os resultados manifestam-se rapidamente. Por essa razão é preferível a todas as outras operações que não excluem uma certa percentagem de mortalidade embora pequena.

3.º Com a fecundação artificial consegue-se obter a concepção nos casos em que com qualquer outro meio nada se conseguiria.

4.º Constitue não somente remédio contra a esterilidade, mas é ainda um processo de tratamento da dismenorrea.

F. FONSECA.

Colecistografia. Os resultados de 125 casos observados com administração do sal per os. (*Cholecystography. The results of 125 casos examined by the oral administration of the salt*), por J. MATHER e ROBERT WILLIAMS. — *Brit. Med. Journal*, n.º 3456, 1927.

Os A. A. empregaram o sol sódico da tetra-iodo-fenoltaleína.

A dificuldade da administração da droga *per os* parece devida à sua decomposição pela acção do ácido clorídrico do estomago, que converteria o sal solúvel no ácido livre insolúvel o qual actua como irritante e pode ser vomitado. É pois necessário administrar a droga de modo a ser apenas libertada no intestino delgado, o que se consegue encerrando-a em cápsulas de gelatina queratinizadas, que por sua vez não devem passar intactas para o colon.

Os A. A. descrevem o processo de preparação das cápsulas e a técnica usada no exame dos doentes e chegam às seguintes conclusões:

1.º O sucesso do método oral depende do sal empregado, da preparação das cápsulas, que devem ser de preparação recente, e da inteligente cooperação do doente.

2.º O método oral é mais fácil do que o intravenoso e dá resultados radiológicos igualmente satisfatórios.

3.º O processo é despido de perigos e não dá praticamente accidentes tóxicos.

4.º A intervenção cirúrgica confirmou os resultados radiológicos em 94 doentes, 3 por cento dos casos.

F. FONSECA.

Influência da gestação, trabalho e sequencias dos partos sôbre a apendicite aguda. Consequências terapêuticas. (*Influence de la gestation, du travail et des suites de couches sur l'Appendicite aigue. Conséquences thérapeutiques*), por M. M. PORTES ET SEGNY — *Gynécologie et Obstétrique* — 1927 n.º 2, T. XV.

A) — Influência da gravidês sôbre a apendicite :

No decurso da gravidês a evolução da apendicite parece ser a mesma que fóra da gestação. Segundo os casos a apendicite evoluciona :

1) ou para a resolução rápida sem peritonite plastica apreciável clinicamente.

2) ou para a produção de empastamento peri-apendicular, dando ou não supuração local.

3) ou para a peritonite difusa.

O estudo das observações não parece mostrar uma particular freqüência desta última eventualidade no decurso da gestação.

B) — Influência do trabalho e da involução uterina :

As apendicites agudas da gestação são, muitas vezes, recidivas duma apendicite antiga. A sua evolução não parece nitidamente influenciada pelo estado de gravidês. O verdadeiro factor de agravamento é a aparição dos fenómenos mecânicos do aborto e do parto que são susceptíveis de determinar peritonites difusas :

C) — Conclusões terapêuticas :

Em virtude da influência da gestação sôbre as recidivas da apendicite antiga é conveniente operar antes do casamento toda a mulher que tenha sofrido de crises apendiculares nítidas.

No decurso da gravidês a attitude a adoptar depende da forma anatomica da apendicite. Assim :

a) — No caso de apendicite simples sem reacção peritoneal apreciável (caso mais freqüente) operar-se há imediatamente se se observa a doente nas primeiras 24 ou 36 horas. De contrário se a evolução foi favorável é prudente operar depois do arrefecimento das lesões.

b) — No caso de apendicite complicada de peritonite plástica ou de abcesso apendicular qualquer intervenção laboriosa expõe grandemente o futuro da gestação. Nestes casos é pois prudente esperar uma resolução nítida dos sintomas locais que permitirá intervir em condições mais favoráveis.

c) — No caso de apendicite complicada de peritonite difusa a intervenção cirúrgica constitui a única esperança de sobrevida para a mãe.

F. FONSECA.

Colecistografia. (*Cholecystography*), por D. WILKIE e C. ILLINWORTH — *Brit. Med. Journal*, n.º 3456, 1927.

A colecistografia é um método de valor clínico real no diagnóstico das doenças da vesícula biliar. Não sómente mostra o funcionamento da vesícula

como também a qualidade desse funcionamento. Revela frequentemente a presença de cálculos que não aparecem num radiograma vulgar.

Mostrando a relação da vesícula com um tumor abdominal elucida o clínico sobre a sede desse tumor e sobre as possibilidades do tratamento cirúrgico.

Não se observam sintomas tóxicos, usando o sal sódico da tetra-iodo-fenoltaleína em dose não superior a 4 gramas, dissolvido recentemente e administrado em injeção intravenosa muito lenta. As radiografias, feitas 12 horas após a injeção e 6 horas depois duma refeição contendo gordura, revelam a capacidade funcional da vesícula biliar. Entretanto colecistogramas aparentemente normais não excluem a possível presença de pequenos cálculos de colesterolina ou leves graus de colecistite infecciosa.

F. FONSECA.

---

**Úlcera gástrica de repetição tratada pela insulina.** (*Úlcère gastrique à répétition traité par l'insuline*), por FEISSLY (de Lausanne). — *Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, n.º 3, 1926.

O autor publica uma observação, que apresenta um grande interesse clínico porque lhe permitiu seguir a evolução sucessiva de duas úlceras da pequena curvatura. Sob o ponto de vista terapêutico, parece oferecer uma sugestão que merece ser estudada: o emprêgo da insulina no tratamento da «doença ulcerativa». Sabe-se que a insulina tem sido empregada com êxito no tratamento das feridas átonas em indivíduos não diabéticos, e os autores que a empregaram falam de uma acção «trófica» desta substância.

Tendo tido o A. ocasião de prescrever curas de insulina a indivíduos não diabéticos — para outros fins — observou no decurso do tratamento um desvio bastante importante do equilíbrio ácido-básico no sentido da alcalinidade, desvio que se traduz por uma elevação do  $p^H$  plasmático ( $p^H$  real) e da reserva alcalina.

Aproximando êste resultado das experiências feitas por numerosos autores, demonstrando que a cicatrização das feridas no animal é tanto mais lenta quanto mais ácido é o meio humoral, poder-se há, em parte, explicar a acção «cicatrizante» da insulina pela sua acção alcalinizante. Esta concepção estaria de acôrdo com as investigações recentes de Balint, que verificou na diátese ulcerativa uma perturbação do equilíbrio ácido-básico e admite que as curas alcalinas de Sippy exercem o seu efeito curativo mais por uma acção modificadora do equilíbrio humoral do que por uma acção neutralizante sobre a acidez gástrica. A cura insulínica que o A. propõe seria talvez um processo de escolha.

O A., que continua com as suas investigações sobre êste assunto, propõe a seguinte técnica: 1.º dia — 5 unidades; 2.º dia — 10 unidades; 3.º dia — 15 unidades; depois, se há boa tolerância, injecta 30, 40, 50 unidades por dia, em duas vezes, antes das duas refeições principais. O tratamento dura 3-4 semanas.

E. COELHO.

O tratamento da escarlatina pela antitoxina estreptocócica. (*Treatment of scarlat fever with streptococcus antitoxin*), por J. E. GORDON. — *Journ. of Am. Med. Assoc.* N.º 6, 1927.

O soro antitóxico exerce uma grande acção, reduzindo a gravidade da etapa febril da doença, a duração da febre, a duração das lesões epidérmicas e o período de isolamento.

São pequenas as complicações nos doentes tratados pelo soro.

Com a administração do soro antitóxico dá-se uma redução de estreptococo hemolítico nas narinas e na faringe.

---

E. COELHO.

Reacção tóxica do luminal. (*Toxic reaction from Luminal*), por ARNOLD JACKSON. — *Journ. of Am. Med. Assoc.* N.º 9, 1927.

O A. relata seis casos em que observou a intoxicação provocada pelo luminal, consistindo no eritema generalizado a tóda a pele. Nenhum destes casos terminou pela morte. Perturbações mais perigosas sobrevêm com doses mais elevadas.

---

E. COELHO.

Um fenómeno radiológico no hilo normal e patológico. (*A roentgen-ray phenomenon in the normal and pathologic hilum*), por F. BAUM. — *Journ. of Am. Med. Ass.* N.º 9, 1927.

Um dos problemas mais difíceis da radiologia consiste na distinção do hilo normal e patológico. Em regra, o clínico não recebe do radiologista uma informação exacta.

Para o A. existe um espaço característico situado entre o hilo e a sombra do coração e que se vê na radiografia de um hilo normal.

Em condições patológicas do hilo, êste espaço aparece modificado ou completamente ausente.

Em todo o diagnóstico radiológico do tórax se deve dar, segundo o A., uma descrição exacta dêste espaço, de-sorte a evitarem-se confusões.

Nos casos de tuberculose isolada do hilo dos adultos, o espaço está ausente ou modificado. Pode existir em casos adiantados de tuberculose pulmonar, quando não são tomados os ganglios do hilo.

A modificação ou o desaparecimento do espaço podem ser devidos a: a) condições inflamatórias; b) tumor do hilo; c) perturbações circulatórias nos ramos da artéria pulmonar; d) alargamento do coração direito.

Numerosas radiografias documentam êstes assertos.

---

E. COELHO.

Algumas considerações sobre a febre ganglionar. (*Quelquer considérations, etc.*), por P. GAUTIER (Geneve). — *Revue Française de Pédiatrie*, Tome II, n.º 4, Octobre 1926, págs. 475-480.

—A febre ganglionar, chamada pelos alemães *Drüsenfieber*, parece ser uma doença um pouco esquecida. Se bem que descrita na maior parte dos grandes tratados de patologia infantil e considerada como uma entidade mórbida por quasi todos os autores, não parece ter sido notada com frequência nos últimos anos. Parece poder-se concluir que febre ganglionar e gripe ganglionar são a mesma coisa. Comby descreve-a esquematicamente como uma doença infecciosa, geralmente benigna, caracterizada pela associação constante dum movimento febril mais ou menos nítido, mas efémero, e dum engorgitamento ganglionar cervical mais duradouro. A doença foi descrita há 30 anos por Pfeiffer, Heubner, Filatow, etc.

Mais frequente no lactante e na criança dos primeiros anos, sem preferência de sexo, parece influenciada pelo frio e pela humidade, pois aparece sobretudo no inverno. Parece contagiosa mas não epidémica, aparecendo frequentemente muitos casos na mesma familia. É uma doença de ponto de partida faríngeo. Observa-se uma ligeira injeção da mucosa buco-faríngea e uma reacção por via linfática dos gânglios sub-maxilares.

O estado geral está mais ou menos atingido.

Debute brusco, temperatura subindo a 39º, ou 40º, prostracção, náuseas, mal-estar. O exame da garganta mostra uma ligeira reacção eritematosa das amídalas; não há angina propriamente dita.

Em dois ou três dias aparecem à direita ou à esquerda ou dos dois lados, tumefacções dos gânglios angulo-maxilares. Os movimentos da cabeça e da maxila são dolorosos.

A evolução é em geral rápida: a cura completa vem em alguns dias. Os gânglios podem continuar volumosos durante um certo tempo.

Pareceu-me interessante insistir no quadro desta doença, tantas vezes mal diagnosticada e tomada por papeira (parotidite) ou por escrófulo-tuberculose, e cuja evolução rápida vem deixar mal colocado o clínico que assim a diagnosticou.

A idea de relacionar a *Drüsenfieber* com a gripe é antiga e segundo o A. não parece sólida. A gripe, com efeito, é extremamente frequente e a febre ganglionar muito pouco. As complicações duma e doutra são diferentes. Os gânglios às vezes supuram revelando a presença de estreptococos. Os rins muitas vezes são atingidos e fortemente como na escarlatina. O A. apresenta três observações disso. O redactor desta referência ainda há pouco observou dois casos, um seguido de forte nefrite e outro duma albuminúria ligeira.

Uma aptósia revelou uma generalização estreptocócica. O A. relaciona a febre ganglionar mais com a escarlatina do que com a gripe, e apresenta outros fundamentos para essa opinião. As suas complicações renais podem ser frequentes e oferecer uma certa gravidade. É preciso pois vigiar de perto os rins das crianças doentes da febre ganglionar.

A água quente a 60° em lavagem nas colecções frias bacilosas. (*L'eau chaude, etc.*), pelo Prof. H. L. ROCHER (Bordeus). — *Presse Médicale*, n.º 23, 1926, pag. 356.

Processo empregado há oito anos pelo A, com resultados interessantes pela sua rapidez, e que aconselha nos abscessos ganglionares, nos abscessos atrifluentes e ossifluentes e sobretudo nos do mal de Pott e da coxalgia. Colecções de pús muito volumosas da fossa ilíaca foram sêcas com algumas punções. Pareceu, por outro lado, ao A. que nas iminências de ulceração dos tegumentos, êstes, sob a influência do tratamento, se hipertrofiaram, espessaram à volta do abscesso, e que assim se preveniu a abertura espontânea.

O material instrumental é excessivamente simples: um recipiente contendo água que ferveu durante dez minutos e que fica à temperatura de 60°, temperatura que se vigia com o auxílio dum termómetro mergulhado na água. Esta pode ser substituída com vantagem pelo sôro de Hayem.

Sob o ponto de vista das agulhas ou dos trocártes para a punção, todos sabem como se punciona um abscesso baciloso e com que cuidado se respeita o tegumento em iminência de ulceração. Puncionar-se há, pois, na margem do abscesso. Com uma seringa de Luer, de capacidade porporcionada com o conteúdo do abscesso, depois da sua evacuação, injectar-se há água quente ou o sôro a 60°. *Faça-se uma verdadeira lavagem do abscesso.* Os detritos caseosos sobrenadam no líquido retirado na seringa. Fazer uma lavagem tão grande quanto possível sempre a 60°. Às vezes o abscesso sangra por dentro e a água vem rosada. Se vem vermelha, parar com a lavagem. Se não, deixar a água quente em contacto com o abscesso, três a cinco minutos. Depois da lavagem, retira-se o trocarte ou a agulha, sem deixar água alguma no abscesso e pode fechar-se o orifício, se valer a pena, com um agrafe. Penso compressivo sôbre o abscesso esvasiado.

Êste processo é um pouco doloroso, e difficil de suportar pelas crianças Não há reacção inflamatória, o que não sucederia talvez se a lavagem fosse em tecido são!

Ao fim de alguns dias o abscesso volta a encher mas menos, sendo preciso repetir a lavagem passados dias. Às vezes ao fim duma punção consegue-se a cura de colecções purulentas enormes.

Ao A. parecem-lhe melhores os resultados utilizando a água quente a 60°, assim, como líquido modificador, do que utilizando os líquidos conhecidos de base iodoformio ou gomenol.

E a técnica é tão simples que todos os clínicos a teem ao alcance.

MENESES.

Osteites condensantes de etiologia desconhecida. (*Ostéites etc.*), por SICARD, GALLY e HAGUENAU. — *Journal de Radiologie et d'Électrologie*. N.º 11, 1926, p. 503-507.

Um novo capítulo da patologia óssea, o das osteites condensantes de etiologia desconhecida. Um sintoma clínico: a dor; um sintoma radiológico: a

condensação tributária da região dolorosa; uma evolução relativamente favorável, posto-que muitas vezes duma tenacidade desesperante, e duma etiologia até agora desconhecida. É êste, em resumo, o quadro da osteíte condensante criptogenética.

Com efeito, nas observações que serviram aos AA. para edificar êste grupo especial osteopático, não se encontram nos anamnéticos nem a sífilis (neuro-sífilis, tabes ou distrofia sifilítica, as reacções humorais da sífilis foram negativas), nem as características da tuberculose ou da doença de Paget, nem o cancer ósseo ou metastático. Existem pois ao lado das osteítes condensantes de natureza ou de origem cancerosa (osteítes condensantes, cancerosas ou para-cancerosas) das quais a vértebra opaca estudada pelo mesmo Sicard e por Souques, Lafourcade e Terris é o protótipo do género, umas osteítes condensantes fora do estado canceroso e cuja etiologia nos escapa por-ora.

Os AA. encontraram essa condensação, essa opacidade, em cinco casos. Quatro referem-se à esfera vertebral, coxal ou vértebro-coxal. Outro ao calcâneo. Relatam as observações clínicas e reproduzem duas radiografias evidentes. Parece que estas osteítes marcam uma certa preferência, como as cancerosas, pelas regiões vertebral e coxal, mas podem também tocar pontos ósseos muito afastados, como o calcâneo, e é provável que a clavícula «misteriosa», referida por um médico assistente dum dos doentes dos AA., seja uma osteopatia do mesmo género.

O prognóstico parece ser favorável; pouco a pouco as dores que marcam a entrada em scena da reacção óssea, e que se agravam durante um tempo, atenuam-se e podem desaparecer completamente, não podendo afirmar que esta cura clínica corresponda a uma cura histológica, pois viram a condensação prevalecer mais ou menos a mesma. O tratamento é sintomático: sedativos, diatermia, electricidade. Os AA. obtiveram resultados muito rapidamente favoráveis em dois casos, injectando profundamente, *até ao contacto com o osso doente*, lipiodol em doses altas, 10 cc. próximamente de cada vez, duas vezes por semana, num total de 100 cc. de lipiodol. É para notar que nestes casos tinham falhado tôdas as terapêuticas anteriores: diatermia, ionização, estações termais, medicações saliciladas e antisifilíticas.

MENESES.

## Biblioteca da "Lisboa Médica,"

### *Obras recebidas:*

**The viscerosensory reflexes**, pelo DR. ALEX. CANCELA DE ABREU (separata dos *Reports of St. Andrews* (James Mackenzie), Institute for clinical Research, vol. III, pág. 46-61).

O A. estuda dois casos clínicos, sob o ponto de vista da *sinestesia visceroreflexa*, nos quais se observam reflexos correspondentes a uma excita-

ção visceral. Ambos os doentes foram soldados da grande guerra que sofreram de hiperalgesia devida à presença de corpos estranhos no tórax.

Os dois casos, apresentavam, em resumo, os seguintes sintomas:

No I caso:

1. Graves perturbações reflexas paroxísticas, durante as quais o doente apresentava sintomas de colapso, coincidindo com reacções pleurais intensas na vizinhança do corpo estranho.

2. Sensação de picada, desde o início, na região precordial, que se agravava com a ameaça de colapso.

3. A existência de uma área de hiperalgesia com irradiação para o braço, estendendo-se aos V e VI segmentos torácicos e a parte do IV.

Existe uma área simétrica correspondente, muito menos acentuada do lado direito.

4. A presença de um corpo estranho no limite antero-inferior da região cardíaca em relação com o pericárdio, movendo-se para dentro com a expiração e para fora com a inspiração, e verticalmente com as pulsações cardíacas.

No caso II:

1. A sensação de dor numa área limitada da parede torácica e abdominal, em regra, moderada, aumentando com alguns esforços, com certas atitudes e movimentos, com as refeições e com os estímulos de qualquer parte dos tegumentos.

2. Hiperalgesia muito acentuada na área em que sente a dor (frente, lado direito, e nas zonas de distribuição do VI ao X segmento torácico).

3. A existência de uma ligação reflexa entre os tegumentos e a área hiperalérgica, produzindo-se uma sensação dolorosa a quando da sua excitação, mesmo em regiões distantes.

4. Dilatação da pupila direita, de origem simpática.

5. Presença, revelada pelos Raios X, de um corpo estranho na base do pulmão direito e aderências pleurais na base do mesmo lado.

Para o A., o estudo dos sintomas reflexos constitui um problema da maior importância prática, e supõe que tôdas as perturbações que os seus casos apresentam são de natureza reflexa, devidas a lesões e a estímulos produzidos pelos corpos estranhos do tórax, quer por irritação mecânica directa das terminações dos nervos, quer por acção indirecta — produção de um processo inflamatório crónico consecutivo à presença dos corpos estranhos.

Por analogia com o que se passa na *sinestesalgia* (Souques e Tinel) e na *causalgia*, o A. dá ao conjunto daqueles fenómenos reflexos de origem visceral o nome de *sinestesalgia viscero-reflexa*.

O A. expõe a interpretação destes sintomas reflexos e tira as deduções que os seus casos e as investigações de outros autores lhe sugerem. Discípulo da escola de Mackenzie, traz, ao material já reunido, uma valiosa contribuição pessoal.

E. COELHO.

**A reabertura do Sanatório Dr. José de Almeida** (em Carcavelos), pelo DR. ANTÓNIO DE MENESES. — *Separata do Boletim de Assistência Nacional aos Tuberculosos (Tuberculose)*, 7.º ano (3.ª série). N.º 1.

O A., encarregado da direcção clínica daquêlê Sanatório da Assistência Nacional aos Tuberculosos expõe as diferentes etapas pelas quais passa o doente que ali dá entrada, desde a admissão até ao começo do tratamento, fazendo seguir essa exposição por algumas considerações sôbre a sua orientação terapêutica na tuberculose ósteo-articular.

Depois de criticar a aplicação corrente dos aparelhos de gêsso imobilisadores dos membros, e dos coletes gessados, manifestando-se absolutamente contrário a essa prática, e de afirmar como única plausível a helioterapia geral, termina por dizer que o tratamento da tuberculose do esqueleto ora tem de ser conservador ora precocemente intervencionista, conforme a localização e a evolução clínica, não se devendo portanto poder falar, com propriedade, dentro dêsse campo, de escolas terapêuticas exclusivistas.

---

**Introdução ao Estudo da Electrocardiografia**, por M. CERQUEIRA GOMES — Pôrto. (*Conferências realizadas na Faculdade de Medicina do Pôrto, ao curso de Fisiologia, de 1926*).

Só temos que louvar o A. pelas duas conferências agora publicadas, nas quais expõe os princípios fisiológicos da electrocardiografia e as suas aplicações clínicas. Trabalho de vulgarização sciêntifica, documentado com numerosos gráficos pessoais, vem prestar bons serviços à mór parte dos médicos portugueses que, desconhecendo êste capítulo da cardiologia aí encontrarão um bom resumo e valiosos argumentos em apoio da sua grande importância para a prática clínica.

Se fôsse maior o espaço que costumamos dedicar a esta secção, fariamos alguns reparos a teorias aqui expendidas e compendiadas, sôbre as quais se manifesta a nossa divergência.

Quanto à parte técnica da aparelhagem, na exposição que o A. nos dá dos galvanómetros, alguns defeitos assaca ao chamado galvanómetro de corda. Nem todos são justos. O modelo Edelmaun com que trabalhamos em Berlim, e presentemente em Lisboa, dá curvas esplêndidas e onde se desenhavam os pormenores mais finos sem que as fibrilações resultantes de correntes parasitas os apaguem ou confundam.

Verdade seja que, quando passa na vizinhança alguma corrente alternativa, aos acidentes do electrocardiograma se veem juntar as oscilações dessa corrente, que actua sôbre a corda. Interrompida a corrente parasita, se é conhecida, ou interpondo-se no circuito uma bobina de self-condução, obtemos electrocardiogramas, nos quais a corda conserva um estado de completo equilíbrio electrico.

Nos aparelhos em que a corrente do corpo, em vez de anulada, é condensada as curvas obtidas servem para interpretações clínicas, mas não nos

dão os pormenores que demandam, por exemplo, as investigações de pura fisiologia cardíaca, embora os autores francezes

As dificuldades para se determinar a sensibilidade da corda — que o A. aponta no golvanómetro de corda — devemos confessar que não existem no aparelho de Edelmaun. E a termos que descrever um bom modêlo de galvanómetro de corda, entendemos só o de Edelmaun ou o de Cambridge devemos tomar para padrão, aparelhos incomparavelmente superiores aos da casa Boulite.

Emfim, trabalho de intenções puramente pedagógicas, escrito por vezes com prolixidade, quási sempre com clareza, com método, e até — coisa rara entre nós — com elegância.

---

### OTTO HEUBNER

Acaba de desaparecer uma das figuras de maior relêvo no mundo pediátrico.

O Professor Otto Heubner faleceu a 17 de Outubro de 1926 em Loschevik, perto de Dresden, com a idade de 84 anos.

A sua formidável actividade clínica e pedagogia iniciou-a Heubner em Leipzig fundando primeiramente a «Distrikt-Poliklinik» para crianças doentes que rapidamente grangeou fama em toda a Alemanha e mais tarde o hospital de crianças da mesma cidade.

Após a morte de Henoch foi convidado a chefiar a clínica e policlínica infantil da Universidade de Berlim, na Charitée, lugar que dirigiu com incansável actividade e com o maior brilho de 1894 até 1913; nessa data, ao atingir 70 anos retirou-se espontaneamente da vida pedagógica, em plena frescura de actividade intelectual, podêmos afirmá-lo, pois foi-nos dado assistir a várias lições do seu último semestre de ensino, e à sua última lição, verdadeira apoteóse de um grande e querido mestre, que viu, nessa tarde, o anfiteatro da «Kinderklinik» da Charitée, repleto de inúmeros discípulos que acorreram de várias cidades alemãs a manifestar-lhe essa grande prova de amizade e consideração.

«Que saia para deixar o lugar aos novos e as forças mais vivas», ouvimos-lhe declarar, nessa sessão memorável em que Heubner, depois de vários discursos de mestres e amigos,

recordou por uma forma verdadeiramente magistral os progressos e rápidos passos de uma ciência que em sua vida, na Alemanha, se criara — a pediatria.

De regresso ao círculo de onde tinha partido, aí continuou dedicando à pediatria e à clínica os anos que decorreram até bem perto da morte.

Pouco antes de deixar Berlim publicou a 3.<sup>a</sup> edição do seu tratado de doenças das crianças, justamente célebre em todo o mundo, tão cheio de personalidade, vasto repositório de tantas, tão interessantes como cuidadas observações, livro que ainda hoje não envelheceu a despeito dos 15 anos que por sobre êle passaram!

Citar os campos da pediatria que Heubner impulsionou é citar quasi todos os seus capítulos! Entre outros o seu nome ficará sempre estreitamente ligado ao estudo das perturbações nutritivas dos lactantes, às perturbações renais das crianças, (pedonefrite de Heubner) à insuficiência digestiva á quem do período de lactação (tipo Herter-Heubner), à etiologia da coreia, ao estudo da sífilis congénita etc. . . . etc. . . .

A personalidade de Heubner que jámais se apagará da memória dos que o ouviram e leram, perdurará por larguíssimos anos na história da pediatria.

LEONARDO DE CASTRO FREIRE.



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



# LACTOLAXINA FYDAU

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

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

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

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

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

## A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

**FORÇA, DÁ SAUDE**

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

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

### Tratamento completo das doenças do figado e dos sindromas derivativos

Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar, doenças  
dos paizes 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 sobrezeira 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.  
d'agua fervida  
quente.

Creanças: 1/2 dose

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

# PRODUTOS "WANDER,"

## **FORMITROL**

Medicação interna do aldeído fórmico;  
específico das doenças da boca e da garganta:  
angina pseudo-membranosa, faringite crónica e aguda, etc.

## **OVOMALTINE**

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

Alimento dos intelectuais e dos desportistas.

## **MALTOSAN (Sôpa de malte)**

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

De seguros efeitos nos casos mais rebeldes.

## **NUTROMALT**

Açúcar nutritivo não fermentando no intestino.  
Complemento indispensável ao leite de vaca no alei-  
tamento artificial.

Combate a diarreia infantil e os perigos do desmamar.

## **ALUCOL**

Tratamento dos estados hiperclorídricos.

## **CRISTOLAX**

Laxativo não irritante. Específico da prisão de ven-  
tre habitual, das crianças e das pessoas fracas.

## **JEMALT**

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

*Amostras grátis para os médicos*

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

*Únicos concessionários para Portugal:*

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

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

Sala

Est.

Tab

N.º