

Ano V

N.º 1

Janeiro de 1928



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

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUORIFORMIO

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

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc.**

Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St. Martin, Paris — * 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 —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B

Est. 3

Tab. 1

N.^o 61

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

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

Depositários para Portugal e Colónias :

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

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilizações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

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

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

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

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.ª - Rua Douradores, 29-1.º - Lisboa - Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'
MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina "A B.,:

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS PARA EXPERIÊNCIAS aos senhores médicos e a HOSPITAIS

A VENDA nas farmácias em frascinhos de :

5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

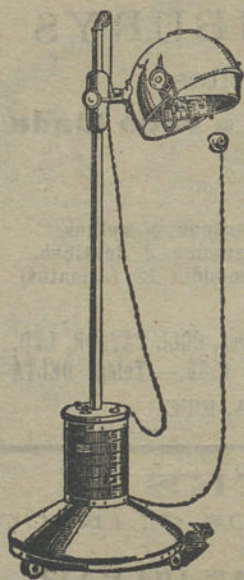
25 c. c. = 500 » (» 50 »)

5 c. c. = 200 » (» 20 »)

À VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA**
THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd. — LONDON

Representante em Portugal:

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



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

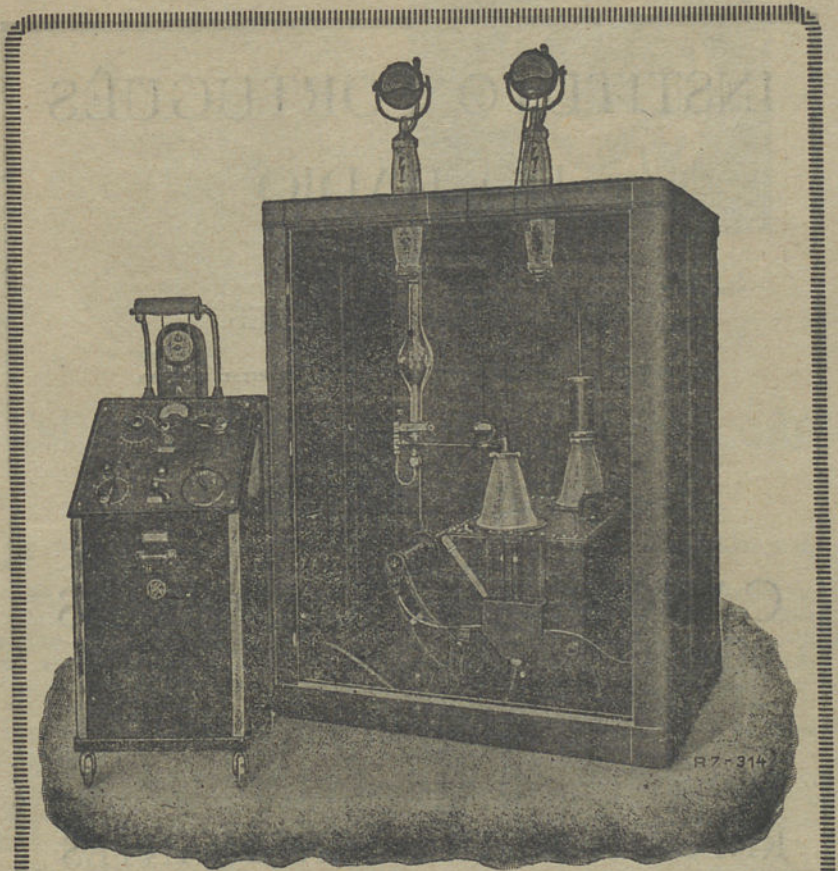
Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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



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

R. 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

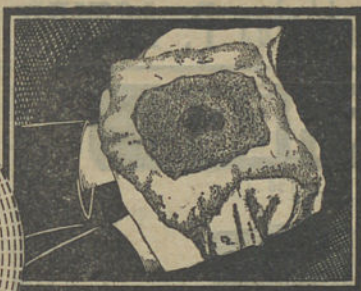
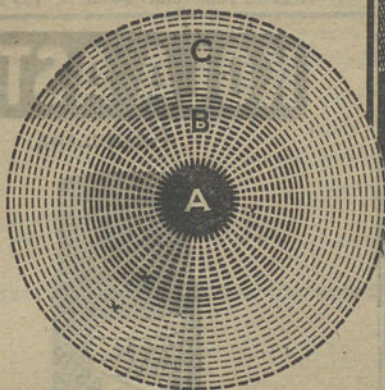
RAIOS X ULTRA-PENETRANTES
TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE
NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES



Uma cataplasma de Antiphlogistine, algumas horas depois de aplicada na região inflamada.
O centro está húmido, para onde saiu a exsudação dos tecidos congestionados. Em volta, a parte que cobre os tecidos saos encontra-se eficazmente seca.

Esta gravura demonstra a acção da Antiphlogistine

O diagrama representa a região inflamada.

Na zona «C» o sangue corre livremente pelos vasos subcutaneos. Forma-se uma corrente independente da Antiphlogistine cujos componentes liquidos seguem, portanto, a linha de menor resistencia e entram na circulação pelo processo fisico da endomose.

Na zona «A» existe estas e, não sendo suplantadas as propriedades hygroscopicas da Antiphlogistine.

O caminho de menor resistencia para a exsudação está, pois, na direcção da Antiphlogistine. Em obediencia á mesma lei, dá-se a exomose nesta região e o excesso de humidade é assim explicado.

A Antiphlogistine produz e conserva o calor durante mais de 24 horas.

Devido á reacção quimica que se dá durante a Osmose entre a c. p. de glicerina da Antiphlogistine e a agua dos tecidos, a Antiphlogistine

mantem uma constante produção de calor.

Este calor prolongado é de um valor incalculavel: diminui a congestão, aumentando a circulação superficial, estimula os reflexos cutaneos e produz a contracção dos vasos sanguineos mais profundos.

E' usada por milhares de medicos de todo o mundo.

A Antiphlogistine é o unico preparado existente que não é toxico e que provoca sem irritação a exsudação das inflamações superficiais.

Diminui as congestões profundas, produzindo hyperemia superficial, por meio das suas propriedades hygroscopicas inerentes, e sem irritação.

Enviaremos gratis o nosso livrinho «The pneumonic Lung».

Dirigir-se a

The Denver Chemical Mfg. Company
New York, U. S. A.

Laboratorios: London, Sydney, Berlin, Paris, Buenos Aires, Barcelona, Montreal, Mexico City.



Antiphlogistine
TRADE MARK

“Promotes Osmosis”

ROBINSON, BARDSLEY & C.^{TA} — Caes do Sodré, 8, 1.º — LISBOA

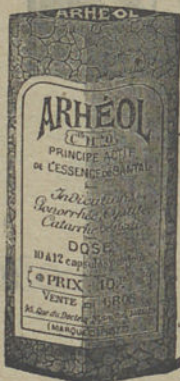
Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

C⁴⁵ H²⁶ O

Princípio activo da Essência de Sândalo
Etenorrhagia. Cistite. Piélie. Piel nefrite.
Catarrho vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA

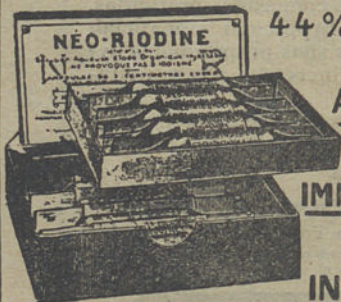


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE

C³ H⁶ O⁴ I⁵ Na.

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃOIMMEDIATAINTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-
venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³, segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE

(C¹⁸ H³³ O³)³ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal</i> , por Sobral Cid	pág.	1
<i>O tratamento do bócio exoftálmico</i> , por Fernando Fonseca	»	30

Notas clínicas

<i>O tratamento dietético das anemias graves (métoda Wipple)</i>	»	51
--	---	----

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	58
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	»	76
<i>Notícias & Informações</i>	»	I

REFORMA E ACTUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL

(Continuação)

POR

SOBRAL CID

Prof. de Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Lisboa
e Director do Manicómio Bombarda

AMÉRICA DO NORTE

Os Estados Unidos da América do Norte são, certamente, o país onde a assistência psiquiátrica se encontra organizada de uma maneira mais perfeita e numa fase de mais adeantada evolução. E isto por muitas razões — abundância de recursos financeiros e larga participação da iniciativa individual nas múltiplas obras de assistência; o espírito idealista temperado pelo senso prático do povo americano; o seu gosto pela acção social; e, ainda, a circunstância, para o caso particularmente feliz, de se tratar de um povo de recente formação e, como tal, desembaraçado do pêso morto de velhas instituições e do momento de inércia da tradição.

Dado êste feliz concurso de circunstâncias, fácil foi ao povo americano transplantar para o seu país o que na velha Europa havia de melhor e mais moderno neste ramo de assistência pública, tanto no género dos asilos como no dos hospitais psiquiátricos, com a diferença de que as creações que florescem do



ENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

outro lado do Atlântico são realizadas em tais condições materiais e com uma abundância de meios que, muitas vezes, deixam a perder de vista os seus modelos europeus.

Uma das instituições europeias que a América se apressou a adotar, embora imprimindo-lhe feições especiais, foi o hospital psiquiátrico do tipo germânico. Os americanos viram, desde logo, a vantagem, senão a necessidade, de diferenciar a assistência manicomial da terapêutica hospitalar das afecções mentais. Assim, além dos estabelecimentos estaduais *for lunatics*, correspondentes aos grandes asilos europeus, existem hoje, num certo número de Estados — New-York, Illinois, Iowa, Massachussets, Michigan —, com o título de *Psychopatics Hospital*, pequenos institutos com cerca de 100 leitos, destinados aos casos agudos ou recentes e organizados segundo o paradigma das clínicas universitárias alemãs.

Em New-York estava decidida, há poucos anos, a criação de um Hospital Neuro-Psiquiátrico, que deverá funcionar como «Preventorium» das doenças mentais. Em Pitsburg (Pensilvânia) e no Cincinnati, existem Clínicas de Higiene Mental com intuitos profiláticos. De resto, os Estados que ainda não possuem hospitais privativos para psicopatas, tratam de organizar, nos asilos, ou mesmo nos hospitais gerais, serviços especialmente adaptados a esse fim — *Psychopatics Pavillons*.

Êste rápido bosquejo do estado actual da assistência psiquiátrica nos E. U. da A. do N. ficaria, certamente, muito imperfeito se não lhe acrescentássemos, pelo menos, uma breve notícia dos recentes progressos realizados naquele país, no sentido de desenvolver e aperfeiçoar a *assistência livre* ou *extra-mural*, não só dos simples psicopatas, mas também dos verdadeiros alienados, graças à criação típica e originariamente americana dos chamados *serviços sociais de psiquiatria*.

Esta feliz renovação da assistência psiquiátrica, eminentemente social pelos seus meios e preventiva pelos seus fins, prende-se intimamente com a forte corrente de ideas conhecida pela designação de *Mental Hygiene*, que, no começo do século, se desenvolveu nos E. U. em prol da profilaxia das doenças mentais e da preservação da saúde psíquica da colectividade.

Um modesto cidadão americano, Clifford W. Beers — hoje

universalmente conhecido, foi o apaixonado propugnador d'êste movimento, que, depois de se ter propagado rapidamente a todos os Estados da Confederação, veio, por fim, repercutir-se nos países mais cultos da Europa.

Tendo sofrido o infortúnio de passar por um hospital de psicopatas e dolorosamente convencido pela sua própria experiência de que não há bem que valha a saúde do espírito, Beers decidiu consagrar a sua existência e tôda a sua incansável actividade a aperfeiçoar a assistência aos alienados e a combater em todos os campos, mas sobretudo pela acção social, as causas que podem conduzir à loucura. Neste sentido, começou por publicar, sob o título sugestivo, *A Mind that found itself*, um livro de veras curioso, que, além de conter a história da sua crise psicológica, é uma espécie de evangelho dos novos princípios que devem nortear o tratamento e a profilaxia da loucura.

As ideas expendidas por êste filantropo, que alguns apelidam «o Pínel americano», tiveram uma grande repercussão, não só na opinião pública, mas também nos meios universitários e nos círculos officiais que velam pela assistência pública. Alguns dos mais notáveis alienistas dos E. U. da A. do N. — Duggan, James, Meyer, White — deram-lhe a sua franca adesão, e, com êste precioso concurso e o generoso apoio de alguns ricos homens americanos, se creou, em 1908, em New-York, o primeiro *Comité de Higiene Mental*.

Hoje, as instituições e associações d'êste género, integradas num grande comité nacional — *National Committee for Mental Hygiene* — com a sua sede em New-York, contam-se às centenas em todos os Estados da Confederação.

Animadas pela mais viva fé e dotadas de poderosos meios financeiros, tratam de educar e instruir o pôvo sôbre as causas das psicopatas, já pela publicação de brochuras, folhetos e cartazes, largamente distribuídos em todo o país, já organizando a miude nas principais cidades americanas, reuniões, conferências e exposições, sôbre todos os temas que de longe ou de perto podem interessar os seus fins — *vulgarização social*.

Interessadas nos progressos do ensino da psiquiatria e sobretudo pelo diagnóstico e tratamento precoce das doenças mentais, auxiliam generosamente as clínicas psiquiátricas officiais, quando se não abalançam a fundar, a expensas suas, *Dispensários* ou

Clínicas de Higiene Mental, como sucedeu em Pitsburg, Cincinnati, Filadélfia e Louiseville.

Promovem a cada passo a realizações de vastos inquéritos e estatísticas sôbre a alienação, as deficiências mentais e a psicopatologia do crime; e conseguiram já do Estado a revisão das leis sociais sôbre os alienados — 1912 e 1917 — e a concentração numa única direcção geral de tôdas as Instituições que se dedicam ao tratamento dos psicopatas, débeis mentais, alcoólicos e epiléptitos.

Finalmente, tendo sido as inspiradoras dos chamados serviços sociais de psiquiatria, a que adiante nos vamos referir largamente, *as associações de Higiene Mental* não só tratam de organizar cursos, mas até de fundar escolas especiais, com a colaboração de professores universitários — psiquiátras, pedagogos e psicólogos — para a formação profissional dos enfermeiros e visitantes, a que os americanos dão o nome de *Social Workers*, e que constituem o quadro indispensável dêsses serviços.

Assim, inicialmente circunscrito ao fervente postulado de um filantropo, o movimento da *Higiene Mental*, tomou rapidamente, na América, as proporções de uma obra de defêsa social verdadeiramente gigantesca, destinada a melhorar por tôdas as formas as condições de existência dos psicopatas e a proteger por todos os meios a saúde mental da população.

O *Dispensário Psiquiátrico* é o instrumento fundamental da profilaxia mental na América do Norte, e compõe-se essencialmente de dois órgãos intimamente conjugados entre si:

- a) Um Serviço Público de Consulta Externa, possivelmente dotado de um pequeno pavilhão de hospitalização;
- b) Um Serviço Social de Psiquiatria.

Situado, em regra, num ponto central e facilmente acessível, dispensando os seus serviços graciosamente ou mediante uma pequena remuneração, o dispensário tem a vantagem de atrair o psicopata e de o trazer à presença do psiquiatra desde o início das suas perturbações; já porque o doente se apresente «sponte sua» para procurar um alívio aos seus sofrimentos psíquicos, como a cada passo acontece com os neurasténicos, anciosos, fóbicos e obsessivos; já porque êle aí seja conduzido pelos seus parentes ou amigos, desde que a sua atitude, a sua conduta ou as suas reacções o tornaram suspeito de alienação mental.

ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLÓGIA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

LÁMINA I

IODARSOLO

ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

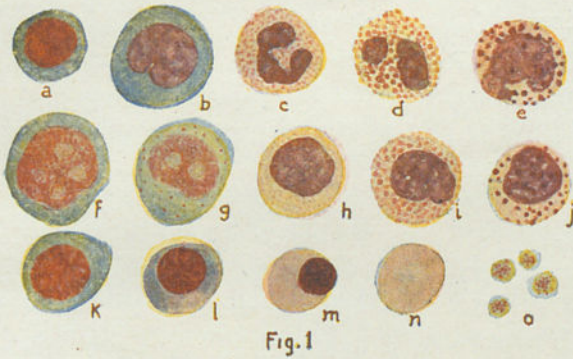


Fig. 1

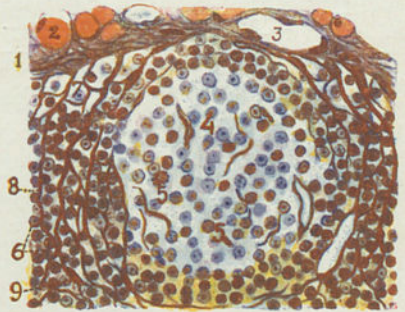


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Fig. 1. — a, b, c, d, e. LEUCOCITOS DE LA SANGRE CIRCULANTE. (Coloración May Grünwald-Giemsa). a. Linfocito: b. Monocito: c. Polinuclear neutrófilo: d. Polinuclear eosinófilo: e. Polinuclear basófilo.

Fig. 1. — f, g, h, i, j. CELULAS MEDULARES DE LA SERIE BLANCA. (May Grünwald-Giemsa). Todas estas células mononucleadas son anormales en la sangre circulante. f. Mieloblasto: g. Promielocito: h. Mielocito neutrófilo: i. Mielocito eosinófilo: j. Mielocito basófilo: Las células h, i, j, proceden de f, pasando por g, y dan origen a c, d, e, respectivamente.

Fig. 1. — k, l, m. CELULAS MEDULARES DE LA SERIE ROJA. (May Grünwald-Giemsa). k. Eritroblasto basófilo: Véase la especial disposición de la cromatina y la basofilia del protoplasma. l. Eritroblasto policromatófilo: Núcleo con cromatina más condensada, en rueda de carro y protoplasma en parte acidófilo y en parte basófilo. m. Eritroblasto acidófilo con núcleo pignónico próximo a ser expulsado y protoplasma acidófilo completamente impregnado de hemoglobina. n. ERITROCITO CIRCULANTE. o. PLAQUETAS: Parte hialómera y cromómera.

Fig. 2. — FOLÍCULO LINFÁTICO DE UN GANGLIO. (Primera variante de Del Río al método de Achúcarro, rojo escarlata). 1. Cápsula con 2, células grasientas y 3, vasos. 4. Keimzentrum o zona germinativa con 5, linfoblastos en mitosis. 6. Linfocitos alrededor del centro germinativo, dispuestos ya para su ingreso en el seno linfático marginal 7, o en los senos linfáticos intersticiales. 8. Trabéculas de reticulina que constituyen el tejido reticular propio de los órganos linfoides. 9. Célula del retículo.

Fig. 3. — GANGLIO LINFÁTICO. (Del Río rápido, van Gieson). 1. Cápsula. 2. Trabéculas que se desprenden de aquélla y sobre las que se apoya el tejido reticular no teñido en este preparado. 3. Seno linfático marginal 7 y 3' senos linfáticos perifoliculares y peritrabeculares. 4. Foliculos linfáticos de la cortical. 5. Centro germinativo del foliculo. 6. Medular constituida por una red de cordones linfáticos (punteado negro) separados por senos linfáticos. 7. Hileo con los vasos sanguíneos aferentes 8 y linfáticos eferentes 9, rodeados de grasa. 9'. Linfáticos aferentes.

Fig. 4. — BAZO. (Del Río rápido, van Gieson). 1. Cápsula. 2. Trabéculas. 3. Venas trabeculares. 4. Arterias rodeadas de una vaina de tejido linfóide cuyos engrosamientos constituyen los foliculos. 5. Foliculo linfóide con su centro germinativo y 6, arteria central. 7. Senos sanguíneos en continuación con los capilares. 8. Pulpa esplénica impregnada de sangre. 9. Células endoteliales del retículo de la pulpa.

Fig. 5. — MÉDULA ÓSEA. (Hematoxilina-eosina-orange), 1. Trabéculas óseas. 2. Osteoblastos. 3. Osteoclastos. 4. Capilares llenos de sangre. 5. Endotelio de los mismos. 6. Mieloblastos. 7. Promielocito eosinófilo. 8. Mielocito eosinófilo. 9. Metamielocito neutrófilo. 10. Metamielocito eosinófilo. 11. Eritroblasto basófilo en mitosis. 12. Eritroblasto acidófilo. 13. Megacariocito o mieloplaxia. 14. Célula del tejido de sostén. 15. Polinuclear neutrófilo.

O primeiro produto de iodo e arsenio

IODARSOLO

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

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA
ARSENICAL

LEJOMALTO

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

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

Não contem farinhas e portanto pode ser minis-
trado desde o nascimento.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

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

Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: Sociedade Industrial Farmaceutica

(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA

AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS

A experiência quotidiana encarrega-se, porém, de nos demonstrar que os benefícios da assistência médica, mórmente aos psicopatas, reduzida pura e simplesmente a uma consulta episódica ou mesmo a uma série de consultas mais ou menos regulares, ficam muito áquem do que um pouco ingènuamente se poderia esperar. A receita que o doente leva consigo, muito embora deduzida de um diagnóstico exacto e judiciosamente formulada; os conselhos, as indicações de ordem médica ou higiênica que êle recebe verbalmente, resultam muitas vezes, senão de todo, ineficazes, pelo menos insuficientes, já porque o plano terapêutico concebido pelo clínico não é executado a rigor e com a seqüência desejada, já e ainda porque as condições económicas e morais do meio familiar e até a falta de compreensão psicológica da «entourage» se opõe ao restabelecimento do estado psicopático.

O *Serviço Social* anexo ao Dispensário, destina-se justamente a obviar a estes inconvenientes, seguindo o doente no seu próprio domicílio, orientando a família e melhorando, na medida do possível, as condições morais e materiais do meio familiar.

Composto de um certo número de assistentes e visitantes, benévolo ou renumerados, muitas vezes escolhidos nas classes elevadas da Sociedade e devidamente habilitados com os conhecimentos técnicos indispensáveis ao exercício da sua arte, o serviço social entra imediatamente em acção desde que o psicopata se apresenta pela primeira vez à consulta.

A sua primeira tarefa consiste em visitar o domicílio do consultente, pondo-se simultâneamente em relação com os seus amigos e parentes e, possivelmente, com o médico da casa.

Uma vez estabelecido êste indispensável contacto, o assistente social a quem foi cometida a tarefa trata de apurar «in loco» os antecedentes hereditários e médico-sociais do doente, de inquirir dos seus hábitos, de apurar as suas condições de existência, numa palavra de apreender todas as circunstâncias, próximas ou remotas, que possam condicionar a situação psicopática e esclarecer a etiologia do caso. Não finda, porém, aqui a sua missão. Muitas vezes vai encontrar no lar, senão a completa indigência pelo menos insuficiência de recursos, más condições de instalação, ou então ocultas misérias morais, dissídios e conflitos familiares, que importa remediar. Ao assistente social cabe então o difícil e delicado papel de conselheiro e protector: remover dificuldades,

angariar meios de subsistência, melhorar a vida da família e sanear o ambiente doméstico, até conseguir o seu supremo objectivo que é o de colocar o doente e os seus em boas condições morais e materias.

A assistência social assim compreendida, constitue na realidade uma verdadeira *curatela*, voluntariamente aceite pelo doente e sua família, e tanto mais bem acolhida quando é certo que elle dá desde logo um consolador testemunho do interesse que o seu caso suscita e se lhe apresenta como a expressão de um movimento de solidariedade activa prestes a desentranhar-se em benefícios de tôda a ordem.

Iniciada desde o primeiro dia em que o doente se apresenta à consulta, ella deve ser continuada e proseguida metòdicamente enquanto durar o estado psicótico e até mesmo depois da sua cura, como complemento indispensável da assistência médica e um eficaz instrumento de profilaxia mental.

Os Dispensários psiquiátricos existem hoje em grande número nos E. U. e os serviços que elles vêm prestando aos milhares de psicopatas que passam pelas suas consultas e caem na alçada da sua acção social, são verdadeiramente inapreciáveis; já aliviando e socorrendo aqueles doentes que mais vivamente sofrem das suas perturbações psíquicas — anciosos, hiperemotivos, fóbicos, obsessivos, hipocondriacos, etc., já amparando ou sustentando na sua queda aqueles que, pela sua constituição abnorme, tendem facilmente a degradar-se no vicio, no crime ou na prostituição; já e ainda permitindo o tratamento no meio familiar de doentes affectados de verdadeiras psicoses, e que sem o precioso concurso do serviço social teriam de ser internados nas Clínicas ou nos Asilos.

Os serviços sociais não se limitam, porém, a coadjuvar os médicos alienistas na assistência e profilaxia das simples psicopatias que afluem e constituem a clientela das Consultas externas ou Dispensários psíquicos. Existem e funcionam também ao lado das Clínicas hospitalares e dos Asilos, desenvolvendo a sua actividade com o mesmo zêlo e não menor proveito em beneficio dos verdadeiros alienados, que aí se encontram internados ou em tratamento.

Além dos objectivos comuns a todos os serviços sociais — in-

quérito anamnético, ficha social do doente, assistência familiar — teem os serviços sociais asilares uma finalidade privativa e sobremaneira útil: velar pelo futuro dos doentes, curáveis ou melhoráveis, e preparar convenientemente a sua reintegração no meio familiar e social, na previsão da sua saída do Asilo.

Regra geral, o doente que sai do Manicómio, curado ou em remissão, — sobretudo se pertence ás classes populares — não encontra no meio familiar condições favoráveis à sua convalescença. Por outro lado, luta desde logo muitas vezes com graves dificuldades por ter perdido durante a sua longa doença o emprêgo ou modo de vida que lhe servia de ganha-pão. E aos serviços sociais e, na sua falta, às Associações de patronato post-asilar, que incumbe estudar estes problemas e encontrar a tempo a sua adequada solução. Assim, antes da saída do doente, o serviço social trata de lhe garantir um emprêgo ou um modo de vida que lhe permita fazer face à sua subsistência, ao mesmo tempo que pela sua acção no meio familiar se esforçou por realizar as condições mais favoráveis à sua reinstalação.

A acção tutelar do serviço social não se exerce sòmente em favor dos doentes curáveis; estende-se também aos alienados crónicos, e como tais incuráveis, mas que pela sua ausência de reacções perigosas ou de perversas tendências instintivas podem, mais ou menos facilmente, viver no seio da família. Uma vez preparado convenientemente o terreno pela acção do serviço social, o Asilo entrega estes doentes aos seus parentes *sob palavra*, continuando, porém, a serem vigiados e assistidos no seu domicílio, sob a direcção do médico alienista, pelos visitantes e assistentes sociais do Asilo.

Este regimen de licenciamento sob palavra, a que os americanos chamam sinteticamente *Parole system*, tendente a proseguir o tratamento dos doentes mentais no seu domicílio sob o controle dos serviços clínicos e da assistência social do Asilo, tinha sido já concebido e posto em prática na Alemanha, embora em pequena escala, pelo Prof. Kolb, de Erlangen, em 1908.

Kolb pensou, e bem, que o número de alienados crónicos que pela temibilidade das suas tendências e reacções não podem viver no seio da família é na realidade relativamente pequeno, e que o maior número, em que felizmente se não verificam estas condições, pode ser, sem inconveniente, tratado em casa, sobre-

tudo se o doente reside numa região próxima de um Asilo que tome a seu cargo a sua vigilância.

Porém, ao passo que na Alemanha as ideas de Kolb não encontraram a princípio um acolhimento favorável e foram mesmo recebidas com certa desconfiança pelos meios officiais, prevalecendo até ao período de miséria económica da guerra a orientação inversa de desenvolver ao máximo a assistência asilar, mediante a fundação de asilos gigantescos — Mammutanstalten —; nos E. U., o senso prático do povo americano viu desde logo o vantajoso partido que era possível tirar, tanto sob o ponto de vista económico como sob o ponto de vista moral e social, da organização sistemática da assistência familiar aos psicopatas.

Para fazer uma idea do desenvolvimento que esta forma de assistência tem tido nos últimos anos nos E. U. da A., bastará dizer que em New-York o número de doentes licenciados dos Asilos e tratados no domicílio pelos cuidados dos serviços de assistência social, que era de 589 em 1911, se elevou a 3.300 em 1924, ou seja 8 % dos internados. Na mesma data, essa percentagem era de 15 % no Massachussets e na Carolina do Norte, 19 e 10 no Alabama e no Mississippi, 28 no Arkansas, chegando a atingir 55,4, ou seja mais de um terço da totalidade dos doentes, na Virgínia Ocidental!

Em face dêste extraordinário incremento do *Parole system* e dos *Dispensários psiquiátricos*, é de prever que, num futuro relativamente próximo, a função dos estabelecimentos de alienados fique reduzida ao tratamento das formas agudas e ao internamento dos doentes perigosos e difíceis, passando a grande massa dos psicopatas a ser tratada no seu domicílio, como succede com as doenças comuns.

O QUE URGE FAZER ENTRE NÓS

Quão confrangedor é o confronto entre o incessante e progressivo desenvolvimento da assistência psiquiátrica nos países cultos do velho e novo continente, especialmente nos últimos 30 anos, e o estado de profundo e deplorável atraso em que ela jaz entre nós.

Não possuímos um único dispensário psiquiátrico em todo o

país e a grande massa da população necessitada dos nossos centros urbanos, onde o alcool, a avariose e outros flagelos sociais geram tôda a casta de psicopatias, ignora ainda hoje os benefícios dos serviços de assistência social e profilaxia mental, largamente difundidos em todos os países cultos.

Sendo uma grande parte dos nossos psicopatas crônicos de procedência rústica — muito embora domiciliados nas cidades — e sabendo-se que os trabalhos agrícolas são um poderoso instrumento psicoterápico de cura e revalorização social, não existe em Portugal, sequer a título de amostra, uma única Colónia-Asilo que permita empregar na exploração de uma herdade, de uma quinta ou de uma granja, algumas centenas de alienados, proporcionando-lhes um «habitat» salubre e a mais salutar ocupação que se pode oferecer a estes desventurados. O trabalho industrial dos doentes também não está organizado em bases modernas em nenhum dos nossos estabelecimentos asilares.

Em nenhuma das três cidades universitárias do país existe um hospital psiquiátrico convenientemente apetrechado dos meios mais modernos de diagnóstico e tratamento, e onde possam ser rapidamente enviados os doentes afectados de psicoses agudas que requerem hospitalização imediata — de sorte que a freqüente emergência de casos desta ordem na prática clínica de todos os dias, coloca a cada passo as famílias interessadas e os médicos, assistentes em face de problemas verdadeiramente angustiosos e que acabam por ter a sua tardia solução no internamento asilar, na hipótese, médica e socialmente condenável.

Para as necessidades de uma população de 6 milhões de habitantes, onde se podem contar por baixo 8 a 10.000 alienados internáveis e um grande número de psicopatas necessitados de assistência livre, dispomos, ao todo, de 4 asilos, com uns dois mil leitos escassos de capacidade, e dos quais só um mantido pelo Estado — quando, em França, existe um asilo em cada departamento e 6 grandes estabelecimentos nas proximidades da capital; na Suíça, 26 asilos para 18 cantões, além de numerosos sanatórios privados, e, na Alemanha, só o antigo Grão-Ducado de Bade possui, para 2.000.000 de habitantes, 4 asilos-colónias e 2 clínicas psiquiátricas, com uma totalidade de 4.000 logares — o dôbro das nossas disponibilidades para uma população de menos de metade.

O nosso atraso não está porém sòmente na flagrante *insuficiência numérica* daquilo a que poderíamos chamar o nosso *armamento anti-psicopático*. Temos pouco e mau, ou pelo menos imperfeito e atrasado em relação ao estado actual da assistência, mesmo nos países menos progressivos da Europa.

Com efeito, o único dos nossos 4 Asilos que foi construído especialmente para êsse fim é o Conde de Ferreira, embora segundo o sistema hoje antiquado de pavilhões contínuos e de corredore. As chamadas casas de saúde da Idanha e do Telhal, caritativamente sustentadas pelos irmãos de S. João de Deus, geraram-se em volta de velhos prédios da localidade e as importantes construções novas que neles têm sido feitas, nem sempre obedeceram a um plano metódico e regular. Quanto ao Manicómio Bombarda, instalado em 1848 na Casa dos Congregados da Carreira, é, tanto na sua parte antiga como na de mais recente construção, o pior dos nossos estabelecimentos asilares.

Por outro lado, os quadros clínicos adstritos ao serviço dos Asilos — e êste ponto é da máxima importância, como já tivemos ocasião de demonstrar — estão em flagrante desproporção com as exigências de uma boa assistência, que para ser verdadeiramente útil carece de ser individualizada.

No Manicómio Bombarda, para uma população de 1.000 doentes, onde se encontram representadas todas as formas agudas e crónicas da alienação, há ao todo 5 psiquiatras — o professor e 4 assistentes — por demais sobrecarregados com funções docentes e variadíssimos serviços médico-legais. Pior ainda é a situação da Idanha e do Telhal, onde cêrca de 350 doentes são visitados por um único alienista sem residência na localidade.

Não obstante a reforma de 1911 ter arvorado o Manicómio Bombarda e o Conde de Ferreira em clínicas psiquiátricas das respectivas Faculdades de Medicina, dando-lhe o pomposo título de manicómios de 1.^a categoria com funções de ensino, ambos se encontram desprovidos dos laboratórios indispensáveis ao desempenho da sua missão. Finalmente, em nenhum dos nossos asilos existe um serviço clínico de observação e vigilância no género dos hospitais psiquiátricos — repartição dos doentes em pequenas salas, balneação permanente — de sorte que, tanto por êste motivo como pela insuficiência de pessoal de enfermagem,

ainda hoje não é possível dispensar, em Portugal, o emprêgo dos meios mecânicos de contensão.

Assim, enquanto que, nos países cultos, o asilo de alienados vai perdendo em tôda a parte a sua facies tradicional, dando aos visitantes a consoladora impressão da sua vida laboriosa, tranqüila e disciplinada, entre nós, o Manicómio, apesar dos incontestáveis progressos realizados na parte clínica da assistência pela prática dos novos métodos terapêuticos, ainda se não encontra reabilitado no conceito público e continua a ser visto pelo vulgo como um tenebroso asilo de incuráveis ou um cárcere inviolável, destinado a sequestrar da vida social os psicopatas, incómodos ou perigosos, pelas suas tendências e reacções.

Já em 1926, dirigi a S. Ex.^a o Ministro da Instrução Pública uma extensa Memória em que, além de outros alvitres, susceptíveis, a meu ver, de melhorarem rapidamente a assistência aos alienados, se propunha ao Govêrno a reorganização, em novas bases, da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Não fui ouvido e as provas de consideração pessoal que sempre recebi de S. Ex.^a, por ocasião das inúmeras visitas que fiz ao Ministério da Instrução, no intuito de justificar, com novos argumentos, uma pretensão do mais alto interêsse colectivo e social, não me consolam da esterilidade dos meus esforços e do resultado negativo de tão porfiadas diligências.

A circunstância feliz dos serviços da assistência pública terem sido reintegrados no Ministério do Interior, cujos negócios V. Ex.^a superiormente dirige, e, ainda — devo confessá-lo — um elemento de ordem meramente subjectiva — o sentimento de confiança que a acção realizadora de V. Ex.^a, no campo da administração municipal, suscitou no meu espírito — determinaram-me a dirigir-lhe êste caloroso apêlo, na esperança de que êle seja o ponto de partida de um movimento reformador em bases modernas da assistência aos psicopatas em Portugal.

Não esperamos, evidentemente, que V. Ex.^a opere o prodígio de reorganizar, num ápice, «de fond en comble», a nossa assistência psiquiátrica — o ramo mais enfezado da nossa assistência pública — por forma a podermos ombrear com o que se faz nos países mais adiantados da Europa.

Dotar as nossas três cidades universitárias de clínicas psiquiátricas dignas dêsse nome e os hospitais das outras cidades mais

importantes com pequenos serviços para as psicoses agudas; fundar ou auxiliar a fundação, aqui e acolá, de dispensários psiquiátricos, que sejam, ao mesmo tempo, um centro activo de profilaxia mental; organizar os serviços complementares de assistência social e promover a criação de 3 ou 4 colónias-asilos, em locais judiciosamente escolhidos, para os psicopatas crónicos, epilépticos e fracos de espírito, é tarefa para alguns anos e que, além de um considerável dispêndio, superior às fôrças do tesouro, reclama, para a sua completa execução, a preparação prévia de quadros técnicos, de que, infelizmente, não dispomos.

Mas, se não é fácil realizar de golpe tão vasto e grandioso programa, impõe-se, pelo menos, o imperioso dever de iniciar a sua execução, começando por acudir desde já ao que é mais urgente e oportuno, para continuar em seguida, a obra reformadora, com método e perseverança, até vencer a diferença de nível que nos separa das nações mais afortunadas e cultas. Encontramo-nos num estado de lamentável atraso e soou a hora inadiável do Estado e as corporações administrativas e beneficentes conjugarem os seus esforços para o efeito de dar um vigoroso impulso à assistência aos psicopatas, assentando-a em bases novas, e imprimindo-se a orientação médico-social que a caracteriza no momento presente.

Em primeiro lugar, urge abreviar o mais possível a conclusão do Manicómio de Lisboa, afim de que nele sejam condignamente instaladas a *Clínica Psiquiátrica* da Faculdade de Medicina de Medicina e, possivelmente, a *Clínica Neurológica* e outros serviços afins.

A êste respeito, devo dizer desde já que se me afigura um grave êrro dar cumulativamente ao novo estabelecimento as funções de assistência asilar, a que, em parte, estava primitivamente destinado; já porque a sua situação intra-urbana não é a mais adequada a um asilo de psicopatas crónicos, já porque escasseiam dentro do perímetro edificado os espaços livres, absolutamente indispensáveis à folga e recreio desta categoria de doentes, já e sobretudo porque só à fôrça de muito dinheiro se poderiam adquirir na vizinhança terras de cultura e lavoura, suficientemente vastas para proporcionar uma ocupação regular nos trabalhos agrícolas a uma boa parte da sua futura população.

O ideal teria sido — e nesse sentido me pronunciei desde a primeira hora — dissociar *ab-initio* estes dois tipos de assistência psiquiátrica, tão distintos pela sua natureza como pelas suas funções, limitando-nos a construir em Lisboa e na vizinhança das outras clínicas escolares um hospital psiquiátrico adstrito à Faculdade de Medicina, e empregando o resto das importantes quantias que foram consumidas nas obras do Manicómio na fundação de uma vasta colónia agrícola, entregue à assistência pública e, possivelmente, instalada num dos domínios rústicos do Estado. Não se fez assim e gastaram-se milhares de contos em levantar num bairro excêntrico da cidade a fábrica monumental dum estabelecimento híbrido, destinado a funcionar simultaneamente como Asilo e Clínica da Faculdade.

Ainda estamos, porém, a tempo de remediar esse vício de origem.

Uma vez instalada no novo Manicómio a clínica psiquiátrica e possivelmente, repito, a clínica neurológica — pois muito conviria que estas duas clínicas vivessem conjuntamente, embora cada uma senhora na sua casa — em lugar de albergar nos pavilhões remanescentes uma massa de 400 a 500 alienados crónicos, poderíamos muito bem aproveitá-los para a instalação de um certo número de serviços neuro-psiquiátricos especializados, que interessam simultaneamente às duas clínicas e que viriam a prestar os mais relevantes serviços à população do país e da capital. Esses «serviços» seriam, salvo melhor opinião, os seguintes:

a) Um *serviço neuro-psiquiátrico aberto*, no género do Hospital Henri Rousselle do Asilo Clínico de St.^a Ana, destinado aos neuro-psicopatas não alienados e à higiene e profilaxia mental.

b) Um *serviço* especialmente afectado ao estudo e tratamento da *lues nervosa*, pelos processos mais modernos, do tipo da clínica neuro-sifiligráfica do Prof. Nonne, de Hamburgo.

c) Um *serviço neuro-psiquiátrico infantil* — aliás previsto no plano geral do estabelecimento, onde figura um pavilhão da infância — organizado pelos moldes da Kinder-Station da Clínica psiquiátrica de Zurich.

Em vez de dar ao novo estabelecimento o carácter de um manicómio antecipadamente condenado pela sua situação e falta de terrenos livres, ficaríamos possuindo em Lisboa um Instituto

Neuro-Psiquiátrico, apto a prestar os melhores serviços à assistência, à sciência e ao ensino.

Outra necessidade urgente e imperiosa da nossa assistência psiquiátrica é a criação de uma *Colónia-Asilo*, a instalar, possivelmente, num domínio do Estado.

A colónia agrícola é, sem dúvida, o órgão de eleição para a assistência pelo trabalho do psicopata crónico, e é verdadeiramente inconcebível que um país, cuja população rural orça por $\frac{5}{6}$ da totalidade, se obstine em acasernar centos de alienados, em grande parte de procedência rústica, em estabelecimentos intra-citadinos, como o Manicómio Bombarda, ou situados, como o Conde de Ferreira, às portas da cidade.

Já o ano passado, na Memória que dirigimos a S. Ex.^a o Ministro da Instrução, aludimos a este problema, cuja solução se nos não afigura difícil.

Com efeito, possuindo o Estado como possui alguns domínios rústicos disponíveis, nem sequer seria necessário adquirir uma herdade ou qualquer outra propriedade para esse fim. Os primeiros turnos de psicopatas enviados para a Colónia poderiam ser empregados na construção dos primeiros pavilhões, de traça despretensiosa e simples; e, uma vez pôsto a funcionar o novo estabelecimento, a breve trecho começaria a viver, em grande parte sobre si, das mensalidades dos pensionistas e do produto da exploração agrícola. Em França, o hospital psiquiátrico de Fleury les Aubrais que, como já tivemos ocasião de dizer, possui uma importante colónia agrícola, salda com um pequeno *superavit* os seus orçamentos anuais. Muito embora não obtivéssemos tão satisfatórios resultados — de resto, a utilização psicoterápica dos alienados não obedece a intuitos lucrativos — estou certo de que a experiência em breve nos convenceria de que este é o mais salutar e o menos oneroso de todos os sistemas de assistência, o que sobremaneira importa num país exausto de recursos.

Deixei propositadamente para o fim as providências a tomar em relação ao Manicómio Bombarda, a cujos vícios e defeitos me referi largamente na primeira parte desta Memória, que tive a honra de fazer chegar às mãos de V. Ex.^a, por intermédio do Ex.^{mo} Director Geral dos Hospitais Cívicos, em Outubro findo.

Um dos maiores males do Manicómio é a extrema acumulação dos doentes e êsse, infelizmente, não o podemos remediar radicalmente antes da abertura do novo estabelecimento do Campo Grande e da fundação de uma Colónia-Asilo. Todavia, podia encontrar-se, desde já, um paliativo para esta situação, encaminhando uma parte dos alienados para os Hospícios da Idanha e do Telhal, que teem possibilidades de expansão e desenvolvimento e onde êles seriam internados por conta da assistência pública ou das corporações administrativas. Já o ano passado, tive ocasião de submeter à apreciação de S. Ex.^a o Ministro da Instrução êste alvitre, que ainda hoje julgo oportuno e digno de estudo.

Por outro lado, há a fazer no Manicómio Bombarda obras de reparação, sob pena de se consumir a ruína de alguns dos seus edifícios. Não pedimos uma remodelação total e, forçosamente, dispendiosa, tanto mais que somos abertamente contra a manutenção em Rilhafoles de um asilo de alienados, desde que sejam criados novos institutos de assistência pública. Reclamamos apenas a beneficiação geral do estabelecimento e algumas obras, aliás de pouca monta, destinadas a melhorar desde já a instalação dos serviços pròpriamente clínicos.

Existe, com efeito, na cêrca do Manicómio, um pavilhão dividido em pequenas salas que facilmente se ageita à instalação de um serviço de observação e vigilância, de carácter hospitalar, desde que nele se introduzam algumas modificações. Realizadas essas obras, que não seriam muito dispendiosas, tanto mais que, em grande parte, poderiam ser feitas com a prata da casa, ficaríamos possuindo um pequeno *Hospital Psiquiátrico*, onde passariam a ser recebidos directamente e tratados em separado dos alienados crónicos, os doentes affectados de psicoses agudas, evitando a muitos o doloroso trânsito pelos calabouços da policia e o pátio do Governo Civil.

Do mesmo passo, propomos a V. Ex.^a que seja criado, desde já, no Manicómio Bombarda, um *Dispensário Psiquiátrico*, com a sua consulta externa e serviço anexo de assistência social.

Só quem exerce a clínica neuro-psiquiátrica das classes pobres e remediadas avalia a urgente necessidade dêste serviço e os benefícios que dêle podem advir. Pela nossa parte, contamos algumas dezenas de casos em que temos conseguido evitar o interna-

mento de doentes affectados de verdadeiras psicoses, juntando à assistência puramente clínica uma espécie de assistência social, exercida junto da família — e a quantas centenas de doentes este benefício não poderia ser estendido se a nossa acção fôsse exercida no vasto campo de uma policlínica psiquiátrica e devidamente secundada por um serviço social de psiquiatria.

As responsabilidades e canseiras da direcção de um Dispensário psiquiátrico não cedem o passo às da clínica escolar. Todavia, do melhor grado e com verdadeiro prazer, nos prontificariámos a manter, desde já, em Rilhafoles, um serviço dessa natureza, desde que o nosso exíguo quadro de assistentes clínicos seja devidamente ampliado e criado um pequeno quadro anexo de assistentes sociais.

A situação de Rilhafoles, nas proximidades do centro da cidade e na vizinhança dos Hospitais de S. José, Estefânia, Arroios, Destêrro e St.^a Marta, recomenda particularmente o local para o efeito da instalação de um Dispensário neuro-psiquiátrico, que deve ter sempre a sua sede em um logar facilmente acessível à população da cidade e aos doentes que freqüentam as consultas externas hospitalares. Assim, somos de opinião que este serviço, que corresponde a uma verdadeira necessidade pública, seja criado com um carácter definitivo, continuando a funcionar em Rilhafoles, mesmo depois da transladação da Clínica para o novo estabelecimento do Campo Grande.

Dar ao novo Manicómio do Campo Grande as funções de um Instituto Neuro-Psiquiátrico e de prevenção das doenças psíquicas; modernizar e facilitar o desenvolvimento dos Hospícios da Idanha e do Telhal; fundar, num domínio do Estado, um Asilo-Colónia agrícola para alienados crónicos; montar, desde já, num dos pavilhões de Rilhafoles, um pequeno hospital psiquiátrico para as psicoses agudas recentes e fundar, no mesmo hospital, um Dispensário Neuro-psiquiátrico e de profilaxia mental; tal é o programa de realizações imediatas que temos a honra de submeter à esclarecida consideração de V. Ex.^a

De todos estes projectos, o único grandemente dispendioso é o que diz respeito à criação do Instituto Neuro-Psiquiátrico da Faculdade de Medicina de Lisboa. Como, porém, ainda resultaria mais oneroso deixar sem o devido emprêgo o novo estabeleci-

MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico
Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

Indicado especialmente em todos os casos que não permitem
 a injeção intravenosa do Neosalvarsan

.....

Aprovado pelo Instituto Nacional de Terapêutica
 experimental em Frankfort a. M. (Alemanha)

....

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutisch) Abteilung "Bayer-Meister Lucius.,

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



mento do Campo Grande, cuja construção está nesta altura em algumas dezenas de milhares de contos de réis, forçoso é que o Estado se decida a assumir os encargos complementares de instalação, que serão sensivelmente os mesmos, quer dêle se faça um asilo de alienados, destinado a ficar em breve completamente enquistado na área edificada da cidade, ou um centro de terapêutica e profilaxia mental à altura das exigências médico-sociais da hora presente. Tudo o mais — colónia agrícola, modernização do serviço de observação de Rilhafoles e dispensário psiquiátrico — se poderá fazer, em pouco tempo, com uma despesa inicial de alguns centos de contos e um encargo anual relativamente insignificante.

Eis mais uma vez, concretamente formuladas, as nossas aspirações. Apontamos o mal e o remédio. Oxalá os poderes públicos, cōmpenetrados do indeclinável dever social do Estado para com os psicopatas, lhe deem pronto provimento, dotando a capital e o país com Instituições de assistência neuro psiquiátrica condignas de uma nação civilizada e a par dos evidentes progressos realizados entre nós e pelo desajudado esforço dos médicos psrtugueses, no campo da Neurologia e da Psiquiatria. Oxalá!

SOBRAL CID.

ANEXO

SÚMULA DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA ASSISTÊNCIA
AOS PSYCOPATAS

I

Uma organização metódica da assistência psiquiátrica, em bases científicas, pressupõe fundamentalmente a existência de quatro ordens de institutos, nitidamente diferenciados tanto na sua estrutura como na sua função, a saber:

O *Dispensário neuro-psiquiátrico*;

A *Clínica Psiquiátrica*;

O *Manicómio* ou *Asilo de alienados*, que em regra e muito especialmente no nosso país deve ter o carácter de *Colónia-Agrícola*;

Serviços de assistência pública familiar.

Estabelecimentos especiais para *epilépticos*, *alcoólicos* e *toxicomanos*, *alienados criminosos*, e para as *psicopatias da infância*, podem completar, útilmente, êste quadro.

II

O *Dispensário psiquiátrico* propõe-se assistir os simples neuro-psicopatas e os indivíduos affectados de psicoses frustes ou no seu início, compatíveis com a vida em liberdade. Situado de preferência num ponto central da cidade ou no coração dos bairros populares, o Dispensário compõe-se especialmense de uma *Consulta externa pública* e de um *serviço complementar de assistência social*, destinado não só a estabelecer um indispensável contacto entre o médico assistente e o meio familiar do consultente, mas ainda a corrigir e beneficiar, tanto quanto possível, as condições materiais e morais da sua existência, no sentido de facilitar a cura e evitar a repetição de futuros acidentes mentais.

III

As funções do Dispensário neuro-psiquiátrico são múltiplas, e verdadeiramente inapreciáveis os serviços que êle pode prestar

às classes pobres e remediadas, dos grandes centros da população e regiões limítrofes.

Compete-lhe:

a) Tratar e aliviar os neuro-psicopatas funcionais — *ansiosos, hiperemotivos, psicasténicos deprimidos, fóbicos, obsessivos, hipcondríacos* — que sofrem profundamente das suas perturbações neuro-psíquicas;

b) Proteger contra si próprios e as influências deletérias do meio os degenerados anti-sociais — *impulsivos, instáveis, explosivos, sugestionáveis, e perversos instintivos*.

c) Diagnosticar precocemente e atalhar no seu início certas psicoses tóxicas — *episódios oníricos, alucinose dos alcoólicos*, etc. — ou toxi-orgânicas — *lues cerebri, paralisia geral* — acessíveis ao tratamento médico.

d) Despistar os *simuladores* que procurem tirar qualquer benefício da exibição de um quadro patológico.

e) Encaminhar para a Clínica ou para o Asilo doentes que não possam ser tratados no domicílio e estejam em condições de ser internados.

f) Aconselhar e orientar os doentes e a sua família no que diz respeito a escolha de profissão, interrupção ou continuação de estudos, projectos de casamento, testamento, viagens longínquas, emigração, dentro do fôro médico.

g) Finalmente, realizar, na medida do possível, pela sua acção directa e com o concurso dos serviços de assistência social, a prevenção das doenças mentais.

IV

A *Clínica psiquiátrica* destina-se especialmente ao internamento temporário e, em regra, de curta duração, dos casos recentes e das formas agudas da alienação mental — *psicoses agudas e reaccionais* ou *síndromas agudos das psicoses processivas* — que requerem observação aturada, vigilância permanente e são passivas de tratamento médico.

V

As Clínicas psiquiátricas devem ter a sua sede nos grandes centros urbanos, além de outras razões, porque são os núcleos da população que fornecem a grande massa dos casos agudos e necessitados de pronto internamento. Além disso como as grandes cidades se situam, ordinariamente, nos pontos nodais das vias de comunicação, as Clínicas citadinas ficam mais ou menos facilmente acessíveis aos doentes das pequenas cidades vizinhas e do «hinter-land rural».

VI

O Hospital psiquiátrico é por definição um lugar de passagem e não carece, portanto, de possuir uma grande lotação. Admitindo que a duração média do internamento é de 3 meses, cada leito poderá servir 4 doentes no decurso do ano. Graças a este rápido «roulement», um hospital de 150 leitos fica habilitado a admitir em cada ano 600 casos novos, o que corresponde numa larga estimativa às necessidades de uma população de 1.500.000 habitantes.

VII

Quando tenha a sua sede numa cidade universitária, o Hospital psiquiátrico deve ser dirigido pelo Prof. de psiquiatria e servir de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina. Por esta razão e ainda pela natureza especial das suas funções, faz-se mister que elle possua os meios instrumentais mais aperfeiçoados, tanto para a diagnose como para o tratamento — laboratórios de análise, de anatomia patológica, de psico-fisiologia, radiologia e um serviço cirúrgico.

VIII

Os hospitais psiquiátricos devem funcionar como *serviços abertos*, tanto para o efeito de admissão como da saída. Desde que estes hospitais se destinam exclusivamente aos doentes affectados de formas psicóticas agudas, e portanto com perturba-

ções mentais evidentes, é absolutamente inútil exigir para o internamento autorização oficial e o atestado de 2 médicos que certifiquem a alienação; as formalidades do internamento devem, pois, ser as mesmas que nos hospitais gerais. A alta poderá ser concedida em qualquer altura, a pedido da família ou do doente, com 2 dias de antecedência. Quando se trate dum doente possivelmente perigoso para êle próprio ou para os outros, a direcção avisará as autoridades administrativas ou policiaes da circunscrição.

Se a psicose evolucionar para a cronicidade, o doente poderá ser enviado ao Manicómio, uma vez organizado o respectivo processo legal.

IX

O *Manicómio* é um estabelecimento fechado ou quando muito mixto, e destinado principalmente ao internamento prolongado dos alienados incuráveis ou portadores de formas psicóticas de longa evolução que não possam ser mantidos no seio da família, por falta de recursos, deficiência de condições ou ainda pelo carácter perigoso das suas tendências, impulsos e reacções.

X

Ao contrário do que sucede com o Hospital psiquiátrico propriamente dito, que é por definição um estabelecimento citadino e de pequenas dimensões, convém que o Manicómio disponha de uma grande capacidade e se encontre situado em pleno campo, embora nas proximidades de uma linha férrea, em região de comprovada salubridade e onde haja disponíveis vastos terrenos de cultura.

XI

Deve ter uma grande lotação, porque sendo relativamente pequeno o movimento de saídas, em virtude da sua especial composição nesográfica, o constante afluxo de novos doentes depressa excederia a sua capacidade, conduzindo inevitavelmente à acumulação.

Deve ser rural para que os internados tenham maior desa-fôgo, melhores condições higiênicas e a possibilidade de se ocuparem preferentemente nos trabalhos agrícolas, cujas vantagens são unânimemente reconhecidas por todos os alienistas, quer como factor de ordem, disciplina e tranqüilidade, quer como meio terapêutico de readaptação social e revalorização pragmática.

A «stockage» de algumas centenas de alienados, em grande parte de procedência rústica, no interior ou às portas da cidade — como se faz entre nós — é um contra-senso e um grave êrro, sob o ponto de vista médico e económico.

XII

O Manicómio é em si mesmo um organismo muito complexo e a sua organização interior deve corresponder às necessidades e especial situação das diversas categorias de doentes que tem de receber.

Um bom Manicómio deve possuir :

1) Uma *secção asilar* para os idiotas profundos, inábeis e apraxicos e para os dementes avançados, achacosos, valetudinários ou em marasmo, onde lhes sejam prestados os cuidados corporais de que carecem.

2) Uma *Colónia agrícola*, com pavilhões dissimnados, e uma granja anexa, para a grande massa dos delirantes crónicos, dos doentes lúcidos e sociáveis, e ainda dos convalescentes susceptíveis de trabalhar.

3) Um *serviço hospitalar*, de observação e vigilância, para tratamento dos casos recentes que sejam enviados directamente ao Manicómio, e dos sindromas agudos — fases agudas de formas crónicas, exacerbos, complicações — que possam manifestar-se na população internada.

4) Uma *secção especial* para os doentes perigosos, difíceis e delinqüentes, que em rigor poderá ser dispensada colocando estes doentes, conforme os casos, no serviço de observação ou sob o regime de trabalho especialmente vigiado.

5) De um *serviço de medicina* para as doenças intercorrentes e de um serviço de *cirurgia geral* de urgência.

XIII

O trabalho agrícola, se bem que o mais saudável e porventura o mais eficaz sob o ponto de vista terapêutico não é todavia o único que deve ser proporcionado aos alienados. Em primeiro lugar não convém a todos os doentes; em segundo lugar o ritmo sazonal das fainas rurais, em certos períodos do ano deixaria muitos doentes na ociosidade.

As outras formas de trabalho utilizáveis num Manicómio são:

a) Os serviços internos da casa: limpeza, distribuição de dietas, cozinha, costura, rouparia, laboratórios, etc.

b) Os trabalhos de oficina: sapataria, casão, carpintaria, serlalaria, pintura, tipografia, etc.

c) Finalmente, as pequenas indústrias caseiras sedentárias que os doentes possam exercer em pequenos «ateliers» contíguos às divisões que habitam: flores artificiais, invólucros comerciais, encadernação, brinquedos de madeira, malhas, tapetes, entrançados de ráfia e palma, cestaria, caixaria.

XIV

Esta última forma de trabalho, hoje largamente utilizada nos Asilos, tem importantes vantagens sobre as precedentes, já porque não exige tanto pessoal técnico nem instalações dispendiosas; já e ainda porque a sua variedade e diversidade deixa uma larga parte à inspiração dos administradores do estabelecimento, permitindo-lhe ensaiar mil e uma indústrias caseiras, consoante as aptidões dos doentes, as suas reacções, os recursos locais e o interesse industrial dos artigos manufacturados.

Seja como fôr, a assistência manicomial moderna assenta fundamentalmente na ocupação dos alienados; em primeiro lugar como meio terapêutico e de readaptação social (*Trabalho-tratamento*); em segundo lugar como uma possível fonte de receita, susceptível de aliviar as despesas gerais de assistência (*Trabalho-rendimento*). Além disso a experiência mostra que a existência do regime de trabalho, além da sua salutar influência sobre a evolução de certas psicoses, transforma como por encanto, o

aspecto geral do Asilo, fazendo surgir a ordem e a tranqüilidade onde havia agitação e tumulto.

Não deixar ninguém inactivo; proporcionar uma occupação a todos os doentes, salvo nas fases agudas e nos casos de impossibilidade física, deve ser a primeira preocupação do director do Manicómio moderno.

XV

O trabalho do doente deve ser sempre remunerado. Independentemente dos benefícios psicoterápicos da occupação, que êle nem sempre aprecia, é deveras conveniente que pelo menos uma parte do produto da actividade do trabalhador reverta directamente em seu proveito.

Diversos sistemas se podem pôr em prática. Em alguns estabelecimentos os doentes que trabalham, além de disfrutarem certas regalias, recebem a título de remuneração artigos de consumo — tabaco, livros, illustrações, agasalhos, peças de vestuário. Noutros o produto do trabalho de cada doente, pago em dinheiro, é capitalizado pela Administração, de modo a constituir um pequeno *pecúlio* que lhe é entregue na occasião da alta, quando não foi utilizado anteriormente, por qualquer outra forma, em seu beneficio. Há ainda outro sistema, que consiste em instalar dentro do Asilo um pequeno armazém de venda onde os doentes possam adquirir objectos úteis ou agradáveis, mediante as fichas representativas dos seus ganhos. Êste processo tem a vantagem de deixar ao doente a iniciativa e uma certa liberdade no emprêgo do seu dinheiro, collocando-o em condições semelhantes às da vida em sociedade.

XVI

Na vida manicomial como na vida social, o trabalho deve ter a sua natural contrapartida nas horas de folga destinadas ao gôzo de distracções agradáveis e sãs.

Assim, além de uma occupação regular e de certo modo obrigatória, o Asilo deve proporcionar, paralelamente, ao alienado crónico *divertimentos* e *distracções* adequadas ao seu estado e susceptíveis de lhe amenizarem a existência. As audições musi-

cais e de canto, films cinematográficos judiciosamente escolhidos, certos jogos e exercícios físicos, são particularmente recomendáveis para êste efeito. Certos doentes podem mesmo colaborar activamente na execução destas pequenas festas asilares.

De resto, os meios distractivos podem em muitos casos exercer uma benéfica acção psico-terapêutica. Distracções há que interessam vivamente os doentes, despertando neles uma salutar resonância afectiva. Outras levam-nos a socializar a sua actividade psíquica. Todas elas melhoram o «*rapport*» do doente com o ambiente, estabelecendo novos pontos de contacto com o mundo real e opondo-se eficazmente à misteriosa fôrça centrípeta que os impele ao *ensimesmamento* e ao autismo.

XVII

O regime interno dos manicómios é, em princípio, o chamado *regime fechado*, tanto para o efeito da alta como da admissão, devendo porém garantir aos doentes isentos de tendências e reacções perigosas para êles próprios ou para outrém, toda a possível liberdade de movimentos dentro estabelecimento.

Doentes há que podem ser autorizados a sair, isoladamente ou em grupos, capitaneados por um empregado ou sob a responsabilidade de um dêles que mereça maior confiança, em passeio, ou para fazerem uma pequena visita, pequenas compras, ou assistirem a um espectáculo público. As visitas dos parentes e amigos, salvo contra-indicação especial, devem ser largamente permitidas.

Nada de regulamentos minuciosos e apertados e que tenham a illusória pretensão de prever todas as eventualidades. O melhor regulamento é sem dúvida aquele que confere ao director do estabelecimento faculdades suficientemente amplas para adoptar o regime a cada caso individual, atenuando e temperando os rigores do internamento, no sentido do «*Open-door*».

XVIII

Ocupação regular e variada; folgas e distracções periódicas; liberdade condicionada de acção e movimentos, são os três pre-

ceitos que dominam a organização dos manicómios modernos. Reduzem-se, em última análise, a um princípio único -- dar à vida do alienado crónico no asilo o semblante e o ritmo da vida livre em sociedade.

XIX

Tanto a Clínica e o Dispensário psiquiátrico como o Manicómio, devem possuir um serviço de assistência social. Os serviços sociais são hoje o complemento indispensável de todos os estabelecimentos de assistência, tanto no domínio das doenças mentais como nos outros ramos da saúde pública (doenças infecciosas, cancro, tuberculose).

XX

O *Serviço social* auxiliar é constituído por um quadro mais ou menos numeroso de assistentes e visitantes, benévolo e remunerado, trabalhando sob a direcção de um chefe responsável. Além de uma perfeita formação moral e de uma razoável cultura geral, é indispensável que os assistentes sociais possuam um certo número de conhecimentos teóricos e práticos de Psiquiatria, Pedagogia, Criminologia e Legislação. Cursos especiais seguidos de um tirocínio prático poderiam ser facilmente organizados para esse fim nas Clínicas psiquiátricas, com a possível colaboração de Professores ou Assistentes doutras faculdades.

XXI

Os Serviços sociais anexos aos Dispensários destinam-se a estabelecer, no intervalo de consultas periódicas, mais ou menos espaçadas, um contacto regular e relações seguidas entre o corpo clínico, por um lado, e o doente e sua família, por outro, já para o efeito de facilitar e vigiar o tratamento do psicopata, já com a intenção de melhorar as condições económicas e morais do seu lar e de evitar, na medida do possível, a futura reprodução de desordens mentais.

Graças ao precioso concurso do Serviço social, a acção do Dispensário ganha simultaneamente em insuficiência, extensão e profundidade. Os doentes alcançam mais rapidamente a cura, ou pelo menos a sua revalorização social e pragmática; as recaídas e recidivas são menos frequentes, e consegue evitar-se o internamento de muitos doentes que de outra maneira viriam a dar entrada no Manicómio ou na Clínica psiquiátrica.

XXII

Além dos fins gerais e comuns a todos os serviços de assistência social, os Serviços sociais dos Manicómios têm um objectivo especial, a saber:

a) Preparar o futuro dos doentes curáveis na previsão da sua alta;

b) Abreviar a duração do internamento dos incuráveis, preparando a sua reintegração no meio familiar, quando não haja dificuldades insuperáveis ou contra-indicação formal.

Esta tarefa assaz delicada, sobretudo na última hipótese, compreende:

a) Conselhos à família do doente, de ordem médica, higiénica e psicológica;

b) Preparação prévia do meio familiar (condições materiais e sociais);

c) Garantia de uma ocupação adequada.

XXIII

Outra função, não menos importante, do serviço social é a que consiste em assegurar a vigilância e assistência dos doentes que saem do Manicómio com *licença de ensaio* ou mesmo com alta definitiva, mas incompletamente curados; e isto sob a direcção e responsabilidade do respectivo corpo clínico.

Nenhum alienista ignora que o êxito da licença de ensaio, embora concedida em obediência às melhores indicações clínicas, é muitas vezes frustrado pela falta de condições adequadas do meio familiar ou ainda em consequência da má orientação e in-

compreensão psicológica da parte da família. Só o serviço social pode remover estes obstáculos que em grande parte ultrapassem a alçada médica propriamente dita. E, efectivamente, a experiência adquirida dos países onde estes serviços funcionam duma maneira regular mostram-nos que o número de doentes, de todas as categorias nosográficas, susceptíveis de serem licenciados e tratados com vantagem no domicílio aumenta, dia a dia, na medida em que a assistência social se vai desenvolvendo, atingindo proporções que outrora pareciam inverosímeis.

XXIV

De todos os doentes os que maiores benefícios tiram da «licença de ensaio» ou da «alta precoce» como ponto de partida para uma possível reintegração no meio social, são os *esquizofrénicos*, contanto que a psicose seja de recente instalação.

A praxe asilar mostra-nos, com efeito, que o internamento prolongado do esquizofrénico, longe de ter qualquer utilidade, lhe é em regra extremamente nocivo, pois que favorecendo as tendências autistas de certo modo consolida a sua desinserção do mundo real, precipitando a evolução da psicose para o estado terminal de demência pragmática, irreparável e definitivo. Daí resulta a indicação imperativa da «alta precoce» ou antecipada, a qual porém só pode ser posta em prática, tratando-se de doentes pobres ou remediados, com o concurso dum serviço social apto a preparar a reinstalação do doente no meio familiar e a segui-lo no seu domicílio.

Seguindo esta tática alcançam-se, por vezes, resultados verdadeiramente surpreendentes, ao passo que os doentes da mesma natureza que se conservaram nos asilos se convertem em parasitas inúteis ou nocivos.

XXV

Êste princípio geral da redução do internamento mediante a «licença de ensaio» ou a «alta antecipada», é aplicável a muitos outros doentes, se bem que sem os mesmos intuitos psicoterápicos que na esquizofrenia.

Os *epiléticos*, comtanto que não tenham freqüentes estados crepusculares ou violentas crises distímicas; os *alcoólicos* affectados de psicoses crónicas ou sub-agudas, uma vez assegurada a abstinência; os próprios *melancólicos*, quando haja passado o perigo de uma reacção suicida; e até os dementes orgânicos — *senis, amolecidos, paralíticos* — podem ser assistidos sem inconveniente no seu domicílio.

Pelo que respeita especialmente aos *paralíticos gerais*, a cura malárica, mesmo quando não conduza a uma remissão completa, coloca estes doentes em condições de serem tratados fora do manicómio sob *contrôle* médico. Outrora o seu destino era morrer no asilo.

XXVI

A larga applicação sistemática destes métodos tende, pois, a converter o Manicómio moderno num *centro de assistência psiquiátrica familiar ou extra-mural*, cujo raio de acção, maior ou menor, se estende, em todas as direcções, até àquelas localidades que deixam de ser facilmente acessíveis à visita dos médicos dos estabelecimentos e dos seus assistentes sociais.

A organização dos serviços de assistência familiar em roda dos manicómios e dispensários, mediante a acção conjugada dos respectivos corpos clínicos e dos chamados serviços sociais, constitui a última *étape* na evolução da assistência aos alienados e o coroamento do sistema formado pelo Hospital Psiquiátrico, o Dispensário e a Colónia-Agrícola.

2.^a *Clinica Médica*
(Serviço do Prof. P. Valente)

O TRATAMENTO DO BÓCIO EXOFTÁLMICO

(LIÇÃO)

POR

FERNANDO FONSECA

Êste assunto, tão trabalhado e baralhado, exige que primeiro lhes exponha aquilo que se entende por bócio exoftálmico e que o faça da maneira mais simples e mais clara para que V. Ex.^{as} saiam daqui com ideas precisas.

Se das doenças causadas por alterações da glândula tiroídea excluirmos o cretinismo, o mixedema, os casos de bócio simples com sintomas mecânicos resultantes da presença dum tumor de tamanho variável, as tiroidites e as doenças malignas da glândula, ficar-nos há ainda um grupo vastíssimo de casos de bócio com sintomas de intoxicação tiroídea. Estes sintomas são designados habitualmente por hipertiroidismo, mas esta designação tem sido pouco a pouco substituída, porque não concorda de modo perfeito com a concepção que hoje fazemos da doença. Entretanto a palavra não está posta de lado e eu mesmo, sem poder fugir ao hábito, a empregarei no decurso da minha exposição, sempre com o significado de intoxicação tiroídea.

Ora entre os casos que nos interessam de doença de Basedow e Graves, há uns em que a glândula está mais ou menos difusamente alargada e muito vascularizada e nos quais encontramos os sintomas clássicos do hipertiroidismo: sinais oculares, tremor, taquicardia, metabolismo basal elevado e aumentada excitabilidade nervosa e mental; outros em que os sintomas de intoxicação se instalam em doentes que durante largo tempo foram portadores de bócio. Neste último caso os sinais tóxicos não são tão intensos, podendo faltar os sintomas oculares.

A esta divisão clínica correspondem quadros histológicos diferentes. No primeiro caso o aspecto de toda a glândula sugere grande actividade das células secretoras, sem armazenamento de substância colóide; no segundo há substância colóide, encontra-se mais tecido conjuntivo e também pequenas zonas, localizadas, de actividade celular idêntica à do primeiro grupo. Williamson e Pearse designam estas duas formas de bócio exoftálmico: doença

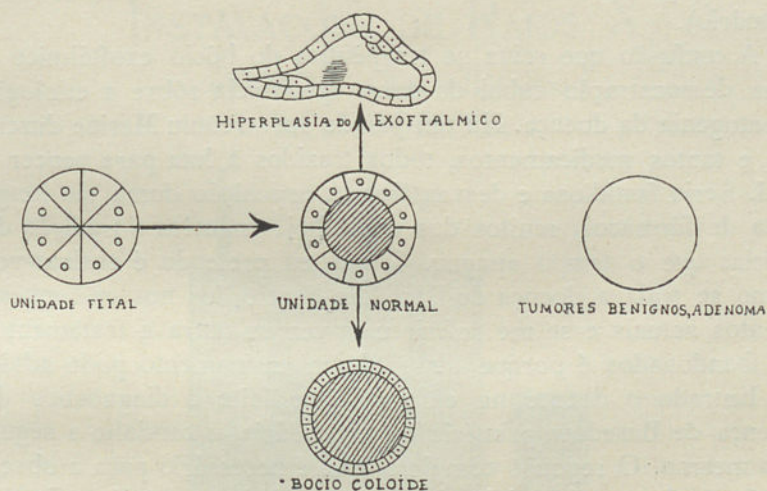


Fig. 1. — O quadro normal pode apresentar desvio em 3 direcções que formam a base para a classificação dos estados agrupados sob a designação de bócio: hipertrofia do epitélio alveolar, aumento da substância colóide intra-alveolar e desenvolvimento de novos alveolos. A estas alterações corresponde o bócio hipertrófico, o colóide e o adenomatose.

de Graves primária e secundária, o que praticamente significa terem adoptado a classificação proposta, em 1896, por Möbius.

A figura 1 representa os tipos clínicos habituais de bócio e auxilia a fixar o que lhes acabo de expor.

A aumentada actividade da glândula está representada acima da unidade normal, a diminuída abaixo. O adenoma é um tumor benigno da tiroídea e não uma lesão difusa do parênquima.

Esta divisão do bócio exoftálmico em dois grupos parece-me ser a única que, com segurança, os nossos conhecimentos actuais permitem fazer e é de grande importância para o tratamento e o prognóstico. Entretanto eu devo dizer-lhes que a tendência da

maioria dos autores é para formar novos grupos tirados tanto da doença de Graves primária como da secundária. Para que esta mais exacta diferenciação se dê são necessários mais trabalho e mais experiência.

A causa da doença é ainda desconhecida. Para a questão da terapêutica é importantíssimo recordar que exacerbações e remisões, determinadas muitas vezes por causas conhecidas, são acidentes vulgares no decurso da evolução clínica deste mal (Basedow primário).

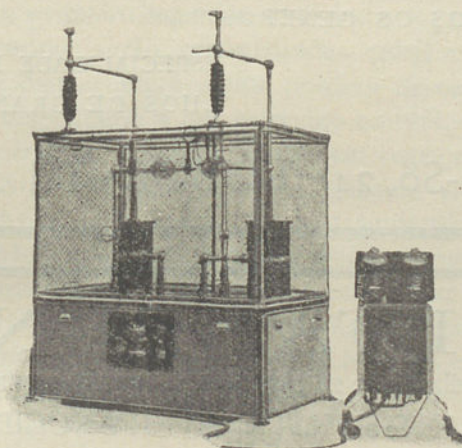
A confusão que reina na terapêutica do bócio exoftálmico é uma demonstração cabal da nossa ignorância sobre a etiologia e patogenia da doença. Há um par de anos reuniu Marine duzentos e tantos medicamentos, todos trazidos à luta para vencer o mal. Seria fastidiosa e desvantajosa a exposição duma tão longa lista de fármacos, muitos dos quais hoje mantêm a tradição de teorias que o tempo apagou. O que eu pretendo é ensinar-vos como se trata a doença de Basedow dentro dos nossos conhecimentos actuais e se me referir uma vez ou outra a tratamentos já abandonados é porque disso algum ensinamento pode advir.

Entrado o doente na enfermaria e feito o diagnóstico da doença de Basedow primária ou secundária, o caminho a seguir é o mesmo. O repouso completo, que é necessário para a observação do doente, é também da maior utilidade terapêutica. O grau a que é levado o repouso varia consoante a intensidade dos sintomas de intoxicação tiroídea e a vida que o doente levava antes de consultar o médico. Entretanto, a não ser nos casos de Basedow fruste, eu julgo que a boa prática é acamar os doentes durante os primeiros tempos da nossa observação, rodeá-los do mais completo sossego físico e mental e, por meio de palavras, ganhar-lhes a confiança, o que bastante irá auxiliar a terapêutica que instituímos. Para os doentes habituados a uma vida de permanente movimento o repouso no leito durante dia e noite, quando instituído sem preparação, representa uma tortura e traz um estado de enervamento que torna esta medida prejudicial. Nesses casos devemos estabelecer transições e, a pouco e pouco, habituaremos o doente, até que a permanência no leito lhe não traga contrariedade. Conduzida assim a nossa observação, durante uma semana ou mais, podemos avaliar a gravidade da doença e por ela regular a forma de descanso a prescrever. A maior parte das vezes

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X

«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



GERADOR ESTÁTICO PARA RADIODIAGNÓSTICO
E RADIOTERAPIA PROFUNDA

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849

I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

.....
Sucessor: JÚLIO DE SOUZA
.....

TRABALHOS TIPOGRAFICOS
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-
LHOS DE GRANDE LUXO

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

Muito EFICAZ na orquite, artrite e mais complica-
ções locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

não é necessário que o repouso no leito se prolongue além de algumas semanas e convém mesmo permitir pequenos passeios, vida ao ar livre, leituras leves, de forma a influenciar favoravelmente a psíquica do doente. Durante as primeiras semanas procederemos também de certo modo à educação do doente. Pródigo em despesas de energia, devemos ensinar-lhe a ser económico, criando-lhe uma calma artificial oposta à excitabilidade sintomática do Basedow, obrigando-o a ser parco em gestos e palavras, a comer e falar devagar, etc.

Instituído o repouso de corpo e espírito, é agora necessário afastar tôdas as causas tóxicas que tendam a agravar o estado do doente.

Vejam os em primeiro lugar os cuidados a ter com a alimentação. Aos doentes serão administradas refeições pequenas e freqüentes e a dieta conterà maior número de calorias do que aquele que corresponderia a um indivíduo normal. Os nossos cálculos com o doente em repouso (doente em regra emmagrecido), não serão de 25 calorias por quilo de pêsô, mas sim de 40, 50 e mais calorias. As refeições serão constituídas por alimentos de fácil digestão, que não impliquem grande trabalho de mastigação, acto êste que o doente deve fazer vagarosamente e bem, de maneira a não comer apressado e não fatigar com uma mastigação defeituosa os restantes órgãos do aparelho digestivo. Na dieta entrarão hidratos de carbone em grande quantidade, poucas proteínas e algumas gorduras. Entretanto e como V. Ex.^{as} já o sabem, há formas de Basedow em que uma glicosúria acentuada obriga a reduzir os hidratos de carbone. A acção dinâmica específica dos vários alimentos no hipertiroidismo não difere da acção dinâmica específica nos indivíduos normais e as razões que principalmente nos levam a preparar a dieta predominantemente com hidratos de carbone são as suas fáceis digestão e completa combustão (sem resíduos) e a necessidade de determinações freqüentes do metabolismo basal, método êste de observação já conhecido de V. Ex.^{as} pelos ensinamentos que adquiriram nas cadeiras de fisiologia e propedêutica e que, junto ao exame clínico, melhor permite avaliar das melhores ou piores do doente. Ora para a determinação do metabolismo basal o observado deve ser submetido, durante alguns dias antes, a uma dieta contendo poucas proteínas, cêrca de 50 gr., hidratos de carbone e algumas gorduras. As substâncias albumi-

nóides são em regra mal toleradas pelo basedowiano, havendo já de há muito a impressão clínica de que a ingestão excessiva de proteínas estimula a secreção tiroídea. Entretanto não devemos ultrapassar o mínimo protéico das necessidades do organismo, pois de contrário favorecemos a tendência dos hipertiroídeos para aumentarem a destruição das proteínas endógenas.

Quando o doente é seguido sem determinações do metabolismo basal, não são necessários estes rigores para a formação da dieta.

A-pesar-de Curschmann ter verificado a existência dum menor número de casos de bócio exoftálmico nos Impérios Centrais durante a Grande Guerra e Zondek, pelo contrário, um predomínio de doentes com mixedema, a-pesar dêste facto, que êsses autores atribuem à diminuição da albumina e das calorias da dieta, nós julgamos que devemos alimentar bem os basedowianos, aos quais é necessário, por vezes, instituir curas de engorda.

Quanto ao metabolismo da água, sabem que a sua evaporação está aumentada em proporção com a eliminação total de calor e, por esta razão, devemos permitir ao doente a injeção de maiores quantidades de líquido do que a um indivíduo normal. Nos casos de insuficiência cardíaca, edemas, diabetes insípida associada, o cerceamento de líquidos constituirá uma medida terapêutica.

Logo nos primeiros dias de observação e tratamento procuraremos eliminar os focos de infecção que intoxicam o organismo e que ora se encontram em carias dentárias, estomatites, pequenos abscessos das amígdalas, ora, e principalmente na mulher, em lesões supuradas do aparelho genital. Esta medida terapêutica de grande alcance é a maior parte das vezes desprezada entre nós.

Submetido o doente a esta rotina de tratamento e observação durante algumas semanas, veremos que nos casos de pouca gravidade a doença entra em remissão por um tempo que pode ser mais ou menos longo. Se o doente não melhora e sofre de bócio exoftálmico secundário ou adenoma basedowificado, a melhor e mais segura terapêutica a seguir será a cirúrgica, que neste caso permite afastar a causa da doença. Lembrem-se das duas hipóteses que explicam a transformação dum bócio não tóxico em tóxico: ou o próprio adenoma é responsável pelos

sintomas de toxemia, ou a sua presença estimula a glândula normal que o circunda, obrigando-a a uma hiperfunção. A terapêutica cirúrgica, extirpando o adenoma, é pois a ideal para estes casos e, sendo êles de marcha arrastada, insidiosa e tão progressiva que chega a produzir sintomas de insuficiência cardíaca e outros de tal forma graves que contra-indicam o acto operatório, êste deve ser executado o mais precocemente possível e, se o não é, por recusa do doente, então a terapêutica a seguir resume-se à Röntgenterapia, coadjuvada pelos cuidados médicos que lhes expus e por outros em que adiante falarei e que tendem de certo modo a combater os sintomas mais graves ou a neutralizar os efeitos tóxicos da secreção da glândula doente.

Em presença dum Basedow primário que não melhorou com o repouso de corpo e espírito, o regime alimentar e a remoção de focos sépticos, temos várias terapêuticas a tentar, tanto médicas, como cirúrgicas. Podemos atacar a disfunção tiroídea ou por meio de agentes que paralisem ou enfraqueçam a sua secreção tóxica ou então reduzindo o volume da glândula ou limitando a quantidade de sangue que a irriga.

¿Com que agentes paralisadores ou enfraquecedores da secreção tóxica devemos contar?

Os que leram o capítulo da etiologia e patogenese da doença de Basedow por certo se não esqueceram do esquema de Th. Kocher, que mostra bem como os sintomas do bócio exoftálmico são opostos aos do mixedema, constituindo êsse quadro um dos argumentos importantes a favor dos que defendem a teoria do hipertiroidismo. A leitura dêsse quadro sugere-nos que, o que os hipertiroideos têm a mais, têm os hipotiroideos a menos e que portanto a administração de sôro ou leite de animais tireoidectomizados neutralizará a secreção em excesso e possivelmente frenará a actividade glandular. Desta idea derivou outra que foi a da fabricação dos sôros cito ou tireotóxicos obtidos por injeções em animais ou de tôda a substância do bócio tóxico ou de globulinas ou nucleoproteidos dela extraídos. Passaram dez anos sôbre essa época em que investigadores cheios de esperança e entre êles o prof. S. Rebêlo julgaram poder resolver o problema da terapêutica do bócio exoftálmico! De todo êsse trabalho ficou-nos para a prática clínica o sôro de Moebius fabricado pela casa Merck e êsse mesmo não é remédio muito para aconselhar por-

que os seus efeitos, quando conseguimos obtê-los, são fugazes e de modo algum entram a evolução cíclica da doença.

Hiperfunção ou disfunção, o certo é que a doença de Basedow provoca um desequilíbrio funcional de outras glândulas de secreção interna. É mesmo por esta razão que alguns autores vêem no bócio exoftálmico não uma doença determinada unicamente pela glândula tiroídea, mas sim pela maior parte das glândulas de secreção interna, embora áquela seja dado o papel principal. Recordam-se V. E.^{as} da participação secundária das glandulas sexuais, do pâncreas e da suprarrenal na doença. Lembram-se também que alguns casos de Basedow nos sugerem a possibilidade duma doença da suprarrenal e timo actuar como causa predisponente para o desenvolvimento ulterior da tiroídea. Alguns de V. E.^{as} conhecem certamente os trabalhos de Marine, que estudou experimentalmente as relações entre tiroídea, córtex suprarrenal, timo e glândulas sexuais e que conseguiu provocar em coelhos e gatos um síndrome transitório e quasi idêntico ao do bócio exoftálmico com a destruição parcial, mas em quantidade suficiente da suprarrenal. Sabem, porque conhecem a patologia do bócio exoftálmico, como êste é acompanhado frequentes vezes por uma hipertrofia do timo, decerto modo ligada à disfunção da tiroídea, pois regressa nas remissões da doença e de novo se acentua com o seu agravamento. Entretanto essa hipertrofia, embora se julgue que possa contribuir para agravar o mal, não é por si só capaz de causar os sintomas da doença de Basedow, pois nem a hipertimização (Bircher), nem o distimismo (Klose, Bayer), nem o coração timotóxico (Hart) se assemelham pelos seus sintomas ao bócio exoftálmico. Hoje pouco ou nada sabemos da secreção interna do timo. Zondek, partindo do princípio que êle liberta produtos que de qualquer modo tonificam o sistema vago, admite que a sua hipertrofia resulta dessa acção vagotónica e teria por fim manter o equilíbrio entre os dois sistemas numa doença em que quasi sempre a simpaticotonia domina. Se admitirmos, com Dustin, a teoria de que o timo intervém no metabolismo das nucleinas, podemos também explicar por ela a hipertrofia dêsse órgão numa doença em que o metabolismo atinge por vezes valores 100 0/0 superiores aos normais. A nossa maneira de pensar, de acôrdo com a teoria de Dustin e o modo de raciocínio de Zondek, applicados ao trata-

The Schering logo is written in a stylized, cursive script and is enclosed within a decorative frame consisting of two horizontal bars at the top and two vertical bars on the sides, forming a partial rectangular border.

ARCANOL

O novo remédio eficaz contra a gripe
e constipações

INDICAÇÕES:

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

O Arcanol reúne o conhecido efeito antiflogístico do **ATOPHÁN** com o antipirético do ácido acetilsalicílico

Chemische Fabrik auf Actien

(VORM. E. SCHERING.)

BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante científico:

SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Cordon, 7, LISBOA

Preparados arsenicais "BAYER,,

a) para uso interno :

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

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

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

b) para injeções :

1. **Solarson** (heptinchloroarsonato de amónio).
Vantagens: Aproveitamento completo da acção arsenical. Optima tolerância. Injecção indolor. Não produz máu hálito.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. *Empacotamento original BAYER.*
2. **Optarson** (Combinação de Solarson estricnina).
Tónico dos nervos e vasos.
O Optarson possui o mesmo efeito arsenical do Solarson, mais a acção rápida e estimulante da estricnina.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. *Empacotamento original BAYER.*

JUVENINA

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

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

Prescreva-se:

Drageas de 0,1 gr. L
Ampolas de 1,2 c. c. X

Empacotamento original "BAYER"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazentische Abteilung "Bayer-Meister Lucius"

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



mento, conduziriam a terapêuticas diferentes. Eu seria levado a frenar o funcionamento do timo, para baixar o metabolismo das nucleinas, Zondek a activá-lo para elevar o tónus do vago e assim combater os sitomas resultantes do predomínio do simpático.

Estas relações inter-hormonais criaram uma terapêutica específica tendente a restabelecer o equilíbrio endócrino. Preparados de ovário, suprarrenal, hipófise e timo foram sucessivamente usados e abandonados. A insulina tem sido até agora o único preparado com que, dentro da terapêutica específica, alguns resultados se têm obtido. Há um certo antagonismo entre as hormonas do pâncreas e da tiroídea. A administração de tiroídina aumenta a insulino-resistência dum indivíduo, pelo contrário a tiroidectomia torna os coelhos mais sensíveis à insulina. Esta aumenta o tónus do vago, a tiroídina o do simpático. Uma aumenta o metabolismo basal, outra parece diminuí-lo. Êste antagonismo fêz com que Goffin e Lawrence ensaiassem o tratamento do bócio exoftálmico com insulina. Os resultados foram animadores e hoje temos a convicção de que a insulina é um dos poucos medicamentos com que podemos contar no tratamento da doença de Basedow. Entretanto o bom êxito desta terapêutica nem sempre se manifesta. Teòricamente os melhores resultados encontrar-se-iam entre os casos de maior insuficiência pancreática (provavelmente relativa) que clinicamente se traduz por uma glicosúria razoável ou uma glicemia em jejum elevada. Ora de quatro doentes que eu tratei com insulina apenas num, cliente do Prof. Sílvio Rebêlo, houve melhoras sensíveis, traduzidas tanto por um aumento de pêsso como pela redução da taquicardia, sem que em todo o caso possamos considerar êsse doente curado. Nos três casos restantes, dois dêles com uma glicemia em jejum elevada, a insulina não determinou qualquer benefício e no último provocou aumento de pêsso e mais nada. Ê exactamente êste aumento de pêsso o benefício que a maioria dos autores observa com o tratamento. ; Quais os doentes que devemos então tratar com insulina? Na minha prática clínica eu dei a seguinte resposta a esta pergunta: — Trato com insulina os indivíduos muito emmagrecidos, cujo coração comporta bem um aumento do pêsso do corpo, tendo eu a certeza de que com esta terapêutica beneficia o estado geral e as funções gástricas, pois Calvert verificou que a insulina aumenta a secreção gástrica, a qual nos basedowianos

se encontra, em regra, diminuída. Ao mesmo tempo que obtenho estes resultados, que evidentemente não são para desprezar e até podem servir como preparação para terapêuticas ulteriores, eu posso beneficiar o doente com melhoras mais largas e até conduzir a sua doença a um período de latência. Digo posso, porque não sei que se conheça forma de escolher os casos de Basedow susceptíveis de melhorar com a insulino-terapia, uma vez que a insuficiência relativa do pâncreas não constitui por si indicação de valor. O diagnóstico da insuficiência pancreática, insular, faz-se pela presença de glicosúria, pela existência duma glicemia em jejum elevada ou pelo estudo da curva do açúcar do sangue depois da administração de 50 gr. de glicose. No que diz respeito às doses de insulina, eu entendo que devemos começar por quantidades pequenas, 2 ou 5 unidades duas a três vezes ao dia, feitas, como habitualmente, $\frac{1}{2}$ hora antes das refeições. Estas doses pequenas com que pretendemos um efeito estimulante serão aumentadas no caso do resultado ser nulo, subindo até 20 ou 30 unidades por cada injeção.

Pelo que fica exposto vêem V. Ex.^{as} que da terapêutica específica apenas se aproveita um fármaco, a insulina, e que este mesmo é de efeitos inconstantes, não sabendo nós, por agora, quais os casos em que está indicado, embora nêle tenhamos um poderoso medicamento para combater de certeza um dos sintomas mais impressionantes da doença: a desnutrição.

Vejam agora as medidas terapêuticas de que podemos lançar mão para reduzir o tamanho da glândula ou diminuir a quantidade de sangue que a irriga.

Electrização, aplicações locais frias, massagem e injeções no próprio tumor são processos de tratamento abandonados.

A Röntgenterapia, muito usada logo após a sua descoberta (5 a 6 anos depois), caiu um pouco em descrédito e volta agora a ocupar o lugar que merece, quasi a-par do tratamento cirúrgico, na percentagem de curas que determina. A teoria do emprêgo dos R. X baseia-se no facto de que toda a célula em actividade é altamente sensível à irradiação. Cerca dum quinto da dose necessária para produzir um eritema da pele determina a paragem do fluxo menstrual e uma dose semelhante aplicada aos testículos determina a desapareção dos espermatozódés no líquido seminal. Pequenas doses sustam a secreção da parótida ou da glândula

mamária e as grandes ou as pequenas, quando repetidas, conduzem-nas à atrofia. Com a aplicação de R. X à tiroídea pretendemos diminuir a secreção tóxica e mesmo abolir o funcionamento dos elementos celulares mais activos, que são também os mais sensíveis. O estudo do metabolismo basal no decurso d'êste tratamento mostrou a Means e Holmes que em cêrca de dois terços dos casos tratados sobrevinha ou a cura, ou uma melhoria sensível. Outros autores, servindo-se dos mesmos métodos de observação e tratamento, chegam a obter 75 % de curas. Não desejo descrever-lhes minúcias do tratamento, que só conheço em teoria. Não devemos escolher nem doses demasiado pequenas, cujo efeito pode ser nulo e que por serem muito repetidas tornam o tratamento incômodo para o doente, *nem excessivamente grandes, porque podem causar reacções perigosas*. A aplicação far-se há em 3 ou 4 campos, 2 ou 3 na glândula e 1 no timo. A irradiação exclusiva d'êste último não traz benefícios. As doses são, em geral, repetidas com o intervalo de 3 semanas e o tratamento será pôsto de lado, se não der resultados apreciáveis, ao fim de 5 meses, ou mesmo antes.

Pôsto isto, que casos de bócio exoftálmico devemos tratar pelos R. X. ? Já disse que a Röntgenterapia está indicada em todos os casos de Basedow secundário cujo estado não permite intervenção cirúrgica, ou que a esta se recusam formalmente. Não podemos hesitar entre duas terapêuticas quando uma cura de certeza e a outra só o fará provàvelmente, embora a primeira sujeite o doente a perigos que são bem reduzidos nas mãos dum cirurgião que mereça êste nome. Em relação ao Basedow primário, embora recentes estatísticas da Röntgenterapia sejam ótimas, os progressos que a medicina introduziu nesta forma de doença têm sido tais, que quando não conseguimos obter uma remissão prolongada com repouso, regime, afastamento de causas tóxicas e um ou outro medicamento que combata os sintomas dominantes, entendo que nessas condições e quando ao nosso espírito apenas se apresentem duas terapêuticas: os R. X. e o acto operatório, devemos optar por esta última e para êsse fim preparar convenientemente o doente. E já agora, antes de deixar de falar no tratamento pelos R. X., permitam que lhes diga que, entre nós, essa terapêutica não é por vezes conduzida como deve ser, porque o doente se limita a fazer as sessões do tratamento,

abandonando por completo as restantes prescrições médicas em que venho insistindo desde o começo desta lição e sem as quais os R. X. pouco podem fazer: repouso, regime, afastamento de causas tóxicas.

Nesta doença, essencialmente médica, o clinico quando recorre ao cirurgião, ou ao radiologista, não deve abandonar o doente e, pela sua observação continuada e metódica, avaliará, principalmente pelo estudo das variações do metabolismo basal, quais as melhoras que se vão instalando e qual a terapêutica futura que qualquer desses seus cooperadores deve adoptar. Terminado o tratamento cirúrgico ou radiológico é ainda o médico quem seguirá o doente na sua convalescença, instituindo a terapêutica adequada ao caso.

O tratamento cirúrgico é evidentemente o melhor método de provocar uma redução da glândula tiroídea, ou do sangue que a irriga, mas os perigos que o acto operatório trazia ao doente, ao Basedow primário, tornavam esta terapêutica como que o último refúgio a que se podia abrigar o doente que anteriormente fôra submetido, em vão, a diversas tentativas de cura com tratamentos variados.

Zondek, ainda em 1923, diz: «Man kann sagen, dass jede Strumaoperation mit Gefahren für das Leben des Basedowkranken verbunden ist.» Hoje não pensamos assim. As dificuldades pré e post-operatórias foram vencidas e elas eram o maior escolho para o cirurgião. Anteriormente êste era forçado a esperar o desaparecimento duma crise para então poder intervir e a maior parte das vezes a operação era feita em 2, 3 e 4 sessões sempre com o fim de evitar a toxemia que se desenvolvia quando de entrada se tirava uma grande porção de tiroídea. A cirurgia hoje está num campo diferente e bem melhor. O estudo do metabolismo basal tornou mais fácil a avaliação da benignidade ou malignidade dos casos. As técnicas operatórias foram aperfeiçoadas e a morte em tetania por extirpação inconsciente das paratiroídeias constitui uma grande raridade. A perfeita separação do bócio exoftálmico secundário do primário e a terapêutica iodada dêste último são elementos de tal valia que quasi permitem que o médico entregue os seus doentes ao operador sem que elles se arrisquem a perigo maior do que aquele a que se arriscariam se fôsses operados de bócio simples.

Não tendo o doente, o Basedow primário, melhorado com a terapêutica médica que até então aconselhámos e tendo nós resolvido optar pelo tratamento cirúrgico, que cuidados devemos ter antes de o entregar ao operador?

Não lhes vou tomar tempo descrevendo a parte psíquica do tratamento preoperatório. É coisa que vem em todos livros, portanto bem vossa conhecida e uma parte importante da terapêutica que ora expomos. No que desejo falar é na terapêutica iodada que deve ser instituída em todos os casos cirúrgicos de Basedow primário, qualquer que seja a sua malignidade, avaliada esta pelos sintomas clínicos e pela medição do metabolismo basal.

A história da terapêutica iodada das alterações da tiroídeia é interessante e instrutiva. Nós vamos vê-la ora abraçada, ora repelida pela medicina, até ocupar hoje uma posição e indicações estáveis e talvez definitivas.

Ha muito que se conhece a relação entre o bócio endêmico e o iodo. Coindet, em 1820, mostrou que com a administração de iodo conseguia diminuir o tamanho de alguns bócios. Um químico francês, Chatin, depois de ter avaliado as quantidades de iodo do solo, do ar e da água de várias regiões, chamou a atenção dos médicos para a elevada freqüência com que aparecia o bócio endêmico e o cretinismo nas regiões em que a quantidade de iodo era pequena. Segundo este autor, podia evitar-se o bócio endêmico com o iodo. A maneira de pensar de Chatin foi seguida por toda a gente e o uso do iodo não se limitou unicamente ao bócio simples, pois alguns autores chegaram a empregá-lo na doença de Basedow e por vezes com bom êxito. Em 1860 Rilliet descreveu, com o nome de «iodismo constitucional» um síndrome semelhante ao basedowiano, que sobrevinha como consequência do tratamento iodado do bócio simples. Foi o primeiro grito de alarme. Dentro em pouco os melhores mestres contra-indicavam o uso do iodo no bócio e as observações isoladas que depunham a favor do seu emprêgo eram anuladas por muitas outras que justificavam o seu abandono. Em 1910 as publicações de Kocher, Krehl e outros puseram a questão claramente, aconselhando o abandono da terapêutica iodada no bócio endêmico e acusando-a da transformação do bócio simples em tóxico. Nós ainda não sabíamos isolar o bócio exoftálmico primário e a este

era portanto estendida também a proibição do iodo. Enquanto tudo isto se passava, demonstrava Baumann, em 1896, que a tiroídea normal sêca contém oito a dez vezes mais iodo que qualquer outro tecido do organismo, isto é, 0,1 a 0,6 por cento. Magnus-Levy, em 1895, revelava o papel da tiroídea nas trocas metabólicas e conseqüente produção de calor, e Kendall, em 1914, isolava a tiroxina em cristais, substância esta que contém cêrca de 65 % de iodo e que tem sobre a produção de calor o mesmo efeito que tôda a glândula. Estava demonstrado que o iodo era o mais importante constituinte da secreção tiroídea.

Em 1909 Marine e Lenhart verificaram que quando o conteúdo em iodo da tiroídea humana desce além de 0,1 por cento, a glândula apresenta alterações hipertróficas e hiperplásticas e que estas são em elevado grau se não há iodo ou se dêle apenas se encontram vestígios. Para valores de iodo superiores a 0,1 por cento o exame histológico não mostra sinais de hipertrofia. Na tiroídectomia experimental, em animais, a hiperplasia do tecido remanescente só se dá quando o seu conteúdo em iodo é inferior a 0,1 por cento e se tirarmos três quartas partes da glândula e administrarmos iodo ao animal evitamos a hiperplasia, que de outro modo era inevitável. Baseado nos conhecimentos anteriores e no resultado das suas investigações, Marine, partindo do princípio que o bócio endêmico era a conseqüência da falta de iodo, começou por administrar êste a animais que viviam em regiões de bócio, conseguindo evitar o seu aparecimento. Dos animais passou às crianças, sendo hoje célebres as experiências feitas nas escolas Akron (Ohio) e por elas confirmado o valor preventivo das pequenas doses de iodo em relação ao bócio endêmico. Nas crianças com pequeno bócio colóide as doses mínimas de iodo fazem reduzir o tumor e, fora das regiões de endemia, quando o bócio aparece porque as necessidades do organismo obrigam a tiroídea a uma hiperfunção (adolescência, gravidez, etc.) o tumor glandular, que por vezes se manifesta e parece ser resultante duma deficiência de iodo, esbate-se se instituímos a terapêutica iodada em pequenas doses.

Marine marcou nitidamente a primeira indicação da terapêutica iodada, mostrando que ela podia evitar o aparecimento do bócio nas regiões onde êle é endêmico. As doses empregadas nas crianças das escolas de Akron, onde praticamente o bócio

desapareceu, foram pequenas e de modo algum podem molestar o organismo. Durante uma semana em cada seis meses Marine administrou a cada criança quatro gramas de iodeto de sódio.

Entretanto o uso terapêutico do iodo não deixa de ter os seus perigos. É uma boa medicação para a infância e para a adolescência, mas além desta a sua administração no bócio adenomatoso é perigosa e Plummer bem o afirma quando escreve: «Há uma evidência concludente de que o iodo dado para reduzir um bócio adenomatoso pode iniciar um hipertiroidismo que persiste depois de cessada a medicação». Kocher e Krehl não se enganaram quando descreveram o Basedow iódico e alguma razão lhes assistia quando baniram o uso do iodo nas afecções da tiroídeia. Simplesmente nessa altura o problema do bócio não estava suficientemente esclarecido e senão atendam V. E.^{as} no que vou continuar a expor-lhes.

Esta entrada da terapêutica iodada em algumas doenças da tiroídeia não podia deixar de sugerir o emprêgo do iodo no bócio exoftálmico. O próprio Marine, que o praticara nesta afecção, declarava o seu uso despido de perigos. Chvostek, no seu livro «*Morbus Basedowi und die Hyperthyreosen*» (1917), assinala bons efeitos obtidos no tratamento da doença de Basedow com pequenas doses de iodo e diz: «Por agora não sabemos como explicar o facto de que nuns casos o iodo prejudique e noutros beneficie, mas, seja como fôr, parece-me indicado retomar com tôdas as precauções a questão da terapêutica iodada na doença de Basedow». Neisser e Zondek, usando pequenas doses, crescentes segundo a tolerância do indivíduo, dum sôluto de iodeto de potássio a 1:20, obtiveram em vários doentes melhoras nítidas. As experiências de Mc Carrison e Mellanby levavam a pensar que no hipertiroidismo houvesse insuficiência de iodo, pois êsses autores observaram lesões hiperplásticas da tiroídeia idênticas às do Basedow em animais nutridos com alimentação hipiodada. Não só alguns bons resultados obtidos na clínica como até as experiências em animais sugeriam o emprêgo do iodo no tratamento do bócio exoftálmico. Plummer, partindo de concepções teóricas, foi o primeiro investigador que indicou quais os doentes a quem o iodo faz bem, aqueles a quem faz mal, em que condições devemos dar a droga e o que dela podemos esperar (1922).

Sintomas como os do bócio exoftálmico secundário podem-se provocar em indivíduos normais depois da administração de grandes quantidades de tiroxina. O bócio adenomatoso tóxico seria pois um hipertiroidismo puro. Na doença de Graves primária os sintomas oculares, a maior intensidade das manifestações nervosas e ainda outros sinais não se podem provocar unicamente com administração da tiroxina. Plummer admite que o estímulo que obriga a glândula a produzir em excesso tiroxina faz com que por um trabalho rápido e imperfeito e por falta de material, se liberte simultaneamente uma quantidade umas vezes maior, outras menor de tiroxina incompleta, que seria responsável pelos sintomas que caracterizam o Graves primário e nos permitem distinguí-lo do Basedow secundário. A intensidade do síndrome variaria com a quantidade relativa dos dois produtos que traduzem um hipertiroidismo, outro distiroidismo, mas dependeria ainda de outros factores secundários que podemos agrupar sob o título — personalidade do doente.

Plummer partiu do princípio que a tiroídea segregava um produto anormal, por lhe faltar iodo, e pensou que a administração d'êste faria desaparecer a distiroídia, provocando assim grandes melhoras. Sendo a doença de evolução cíclica, vindo o mal por crises que são agravadas pelos processos infecciosos, que são perigosas no período pre-operatório e temíveis e agravada na post-operação, Plummer pensou que da terapêutica iodada poderia tirar um grande beneficio para todos estes estados, fazendo desaparecer o distiroidismo. Se bem o disse, melhor o fez e os 4 anos que decorreram de 1922 até hoje têm abrigado trabalhos de confirmação de autores americanos, inglêses e alemães.

Se o diagnóstico diferencial entre o Graves primário e o secundário é difficil, a terapêutica de prova com iodo facilita-o, pois provoca melhoras no primário e é inefficaz ou agrava ligeiramente o secundário. Entretanto as melhoras que se obtêm no Basedow primário não são definitivas, cessam mal se pára a medicação (raras vezes a doença mantém-se num período de acalmia, seguido depois de nova crise), e, desaparecem muitas vezes, embora o doente continui a tomar o iodo. Mas se não cura é um precioso remédio que temos para debelar uma crise grave, para sustar uma diarreia sintomática que ameaça o doente e sobretudo para preparar êste último para o acto operatório, devendo

PULMOSERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCE E DO SARAMPO.

MODO DE USALO - Uma colher das de café de manhã e de noite.

Laboratories A BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^ª - MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^ª
Rua Nova da Trindade, 9-1.^º
LISBOA

”

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauro (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electro-selenium (selenio) - Electromartioi (fer. o). Arrhenomartioi.

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

SULFO-TREPARSENAN

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-TREPARSENAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Sallegarsinato 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^r CLIN

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Alimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymnico)

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 anesthesias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

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

VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmodico

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

TANACETYL

(Acetylglutin)

Antidiarrhelico

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^o 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (396) 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^{ia} — PARIS

também ser administrado depois, visto evitar a crise post-operatória e conduzir a um trabalho normal, segundo se supõe, o resto da glândula que o cirurgião deixou. Sob o ponto de vista histológico, é interessante ver que a glândula do Basedow primário, sob acção do iodo, perde aquele aspecto de exclusiva hiperplasia, semelhando-se mais a uma glândula normal porque passa a ter substância colóide.

O estudo a que tem sido submetida a terapêutica iodada no Basedow primário permite-me que a aconselhe a V. Ex.^{sa} sobretudo, ou quasi exclusivamente, como adjuvante do acto operatório, visto que não é medicamento curativo, embora se apontem alguns casos de longa remissão determinada pelo iodo.

¿ Qual o tratamento pré-operatório ?

¿ Como conduzir a intervenção ?

¿ Que cuidados devemos ter com o doente uma vez terminada a operação ?

Dos preparados de iodo aconselhados a prática leva-me a preferir o soluto de iodeto de potássio a 1:20 e o Lugol da farmacopeia americana (iodo 5, iodeto de potássio 10, água 100). Nunca empreguei o xarope de ácido iodídrico (hydriodic acid) que Rabinovitz diz ser o preparado que mais afinidades tem para a tiroídea, mas o americano Mason, que o usou em 80 casos, diz que os seus efeitos são mais pronunciados e mais precoces do que os obtidos com a solução de Lugol. É um novo preparado a ensaiar e não deixarei de o fazer no serviço onde trabalho.

Pois que a acção da terapêutica iodada se esgota e perde o efeito, é necessário instituí-la 8 a 10 dias antes da intervenção. A solução de Lugol será dada na dose de X gotas, 2 a 3 vezes por dia, por vezes um pouco mais, ensinando-nos o exame clínico, coadjuvado por determinações repetidas do metabolismo basal, a altura em que deverá ser feita a operação. 8, 10, 12 dias de tratamento com Lugol são os suficientes para tornar operável um doente excitado, com diarreia, alto metabolismo basal e accentuada taquicardia. O doente vai para a mesa de operações sossegado e com um metabolismo basal cerca de vinte pontos inferior ao que anteriormente tinha. Esta rápida regressão de sintomas fêz com que Boothby comparasse a acção do iodo na crise do Basedow primário à da insulina no côma diabético. Nos casos em

que há um aumento de volume do timo é conveniente submetê-lo a umas sessões de R. X. antes da operação.

O parecer dos cirurgiões é variável no que respeita a anestesia. Creio que é boa norma fazer o seguinte:

1.º Injecção de morfina $\frac{1}{2}$ hora antes.

2.º Anestesia local nos doentes calmos, geral nos que ainda conservam um certo nervosismo.

Não me compete falar demoradamente na cirurgia da tiroídea. Tratemos primeiro da laqueação das artérias tiroídeas. É uma intervenção que serve de preparação para a tiroidectomia. Na clínica de Mayo quando o metabolismo basal do basedowiano é superior a 60 % a tiroidectomia é posta de lado, pelo menos transitóriamente, e procura diminuir-se a toxidade da doença por meio das laqueações ou da Röntgenterapia. A indicação das laqueações é posta do seguinte modo por Crotti: «Ligations must always be practised with the view of improving the patients condition so as to allow a thyroidectomy to be safely performed later... In light forms of Graves disease it is better to resort to thyroidectomy at once without preliminary ligations... Ligations must be reserved for those thyrotoxic cases where thyroidectomy cannot be safely undertaken». Se bem que seja uma operação preparatória para a tiroidectomia, conduz entretanto, por vezes, a uma grande remissão ou mesmo à cura. O Prof. Sílvio Rebêlo tem, na sua clínica, vários casos destes, mas entre os meus doentes das clínicas hospitalar e particular nunca observei senão melhoras transitórias.

A técnica usada hoje é a da laqueação polar de Stamn e Jacobson. As laqueações são assim verdadeiras angio-neurotomias. Por meio delas diminuimos a quantidade de sangue que irriga a glândula, determinando atrofia do território privado de circulação sanguínea, e simultâneamente frenamos a acção dos ramos do laríngeo superior, laqueados com a artéria, que são principalmente vaso-dilatadores e também excito-secretores. Se o estado do doente apenas permite uma laqueação, devemos portanto escolher a do polo superior. Se podemos laquear dois vasos, optaremos pelas tiroídeas superior e inferior do mesmo lado, porque as anastomoses de cima para baixo são muitas e as laterais poucas. Se há indicação para três laqueações, escolheremos as 2 tiroídeas superiores e uma das inferiores. A laqueação dos 4

vasos pode ser feita sem perigo de necrose ou tetania, a menos que existam anomalias vasculares.

A quantidade de glândula a tirar na tiroidectomia, é uma das atribuições do cirurgião, que só pode avaliar a gravidade do caso, observando o doente antes de instituído o tratamento pelo

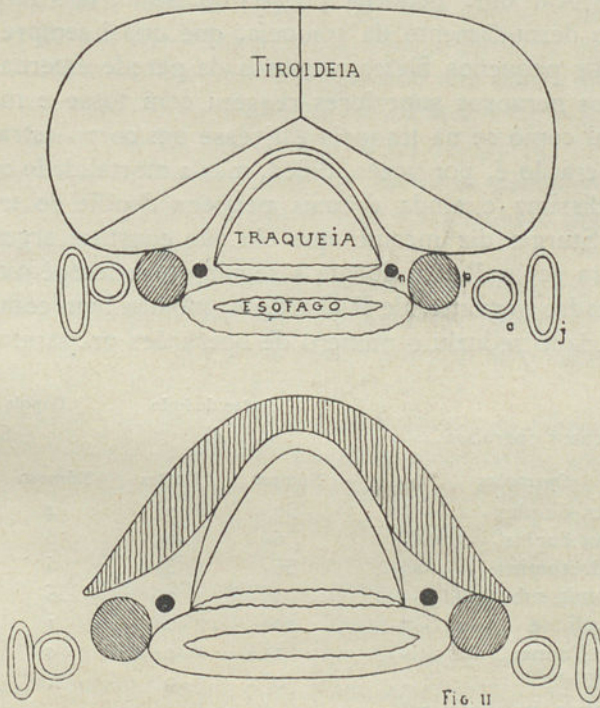


Fig. 2 — n, laringeinf.; p, paratiroidea; c, carótida; j, jugular

iodo, e que se não deve esquecer de que no Basedow primário uma muito pequena quantidade de tecido é suficiente para manter um metabolismo tiroídeo normal (1).

Não vos desejo fatigar com a descrição dum acto que eu não pratico — o acto operatório. A maioria das técnicas aconselha a

(1) A leitura das curvas da frequência do pulso, pêso e metabolismo basal constitui, a maioria das vezes, elucidação suficiente para o operador.

deixar ficar uma pequena porção de istmo (como mostram as figuras), cobrindo a traqueia e uma parte da região póstero-interna de ambos os lobos. Esta técnica presta-se também para os casos em que o cirurgião entenda dever fazer a operação em duas ou mais sessões. Não tirando por completo os lobos, evitamos lesar o laringeo inferior ou extirpar qualquer das paratiroides; deixando ficar uma pequena porção do istmo, não fazemos um completo desnudamento da traqueia, que quasi sempre ocasiona lesões dos pequenos filetes nervosos da parede externa às quais os centros nervosos superiores reagem com tosse e mucorreia, tal e qual como se na traqueia estivesse um corpo estranho.

A operação é, por vezes, difficil, mas a mortalidade operatória é reduzidíssima e ainda é mais pequena depois do tratamento iodado. Sturgis diz mesmo que ela não constitui argumento de valor para aconselhar o doente a seguir outra terapêutica.

O quadro seguinte, de Richardson, mostra bem como o tratamento iodado reduziu o número de operações preparatórias:

Operações	Antes do iodo		Depois do iodo	
	Número	Mortes	Número	Mortes
Total de casos operados.....	46		61	
Laqueações simples.....	39	0	4	0
Laqueações duplas.....	6	0	0	0
Hemitiroidectomias.....	36	3	6	0
Tiroidectomia sub-total.....	9	0	56	2
Sub-total adiada	10	0	1	0
Incisão preliminar.....	1	0	0	0
Custura adiada.....	0	0	1	0
Tiroidectomia imediata sub- -total por cento.....	19,5 %		92 %	

Nas primeiras 24 horas a seguir à intervenção é costume dar LX gotas de Lugol em clister e depois XXX diariamente per os até o doente ter alta. Evitam-se assim as crises post-operatórias e parece que também a recidiva do mal. Quando a intervenção é feita em mais duma sessão, não se interrompe o tratamento pelo iodo e apenas devemos aproximar as sessões o mais possível.

Vêem, pois, que o iodo fêz desaparecer os perigos post-operatórios, prepara de tal forma os doentes para a intervenção que esta

pode ser feita quasi sempre numa só sessão e por outro lado torna operáveis doentes, em quem doutro modo, o cirurgião não tocaria, e que ficavam condenados a exclusivo tratamento médico.

Durante muitos anos na clínica de Mayo houve cêrca de 15 casos de morte por ano em doentes tratados medicamente.

Desde a introdução da terapêutica iodada esta mortalidade foi rapidamente reduzida. De 1 de Janeiro a 1 de Setembro de 1924 foram observados nessa clínica cêrca de 700 casos de bócio exoftálmico. Durante êste periodo não houve mortes médicas! A mortalidade cirúrgica foi reduzida a 2 0/0. No comêço do ano de 1925 a mortalidade cirúrgica foi de 0,6 0/0!

Parece que em raros casos de Basedow primário a terapêutica iodada não dá resultado. Então o tratamento preoperatório será feito pelos R. X.

Passo agora a enumerar-lhes modos de tratamento de alguns dos sintomas mais renitentes, podendo os fármacos aconselhados ser usados, ou na preparação para o acto operatório ou como adjuvantes do tratamento médico.

A excitação nervosa pode ser combatida com calmantes, como os preparados de bromo e valeriana, a bromídia, etc. Procuraremos aos doentes um sono sossegado com o Dial, a Adalina, o Veronal, etc. Especial valor têm as drogas que exercem uma acção paralisante sôbre o sistema nervoso vegetativo excitado no Basedow. Atropina, beladona, ergotino e sais de cálcio (cloreto, brometo, lactato) as primeiras actuando sôbre o autónomo, os últimos sobre o simpático por forma já vossa conhecida.

Os antipiréticos foram principalmente usados em França e o salicilato de sódio e o quinino parecem dar resultados regulares em certos casos.

Atendendo ao elevado metabolismo, têm sido aconselhados para o compensar preparados de albumina e de fósforo. Eu tenho boa impressão do fosforeto de zinco, fitina e fosfato de sódio, óleo fosforado, etc., que me parecem os melhores preparados para auxiliar o tratamento médico. O fosfato de sódio seria principalmente activo, segundo Kocher, no Basedow iódico e não actuaría apenas como compensador da perda de fósforo, parecendo que tem uma acção antagonica, dentro de certos limites, à do iodo.

As perturbações gástricas de hiper ou hipoacidez e as altera-

ções intestinais serão tratadas por forma já vossa conhecida. A diarreia é um sintoma da doença muitas vezes difficil de combater porque reaparece passada a medicação sistente e só termina quando o doente melhora do Basedow. Já vos disse a acção maravilhosa do iodo na diarreia do Graves primário.

Os sintomas cardíacos são dos mais importantes da doença. Entretanto nós só devemos usar os toni cardíacos quando apparecem sintomas de insuficiência cardíaca. V. Ex.^{as} sabem que o efeito mais sério do bócio exoftálmico sôbre o coração é a produção do flutter e da fibrilação auricular. A fibrilação pode sobrevir em ataques paroxísticos ou de forma persistente. A fibrilação persistente é a causa comum da falência cardíaca no decurso do bócio exoftálmico tanto primário como secundário. A terapêutica nestes casos não é diferente da usada em outros estados de insuficiência cardíaca; quinina e quinidina empregam-se para regularizar o ritmo. Os doentes, por vezes, não reagem à dedaleira e Kocher tem a impressão que a droga deve ser riscada definitivamente do arsenal terapêutico da doença de Basedow. Eu não sigo o parecer de Kocher e entendo, como Pool e muitos outros, que nos casos de insuficiência cardíaca a dedaleira deve ser sempre ensaiada. Quanto ao iodo, Plummer teve a impressão de que êle podia melhorar a insuficiência cardíaca, mas êsse facto não tem tido a confirmação de outros autores.

Meus senhores:

Entre nós uma das causas do descrédito da terapêutica tem sido o emprêgo atabalhoado e empírico de fármacos que muitas vezes não estão indicados para as doenças em que se usam.

Na terapêutica do bócio exoftálmico eu eliminei duzentos e tantos medicamentos e apenas lhes falei em quatro ou cinco processos de tratamento que são os melhores e portanto aqueles de que devemos lançar mão.

Poucos e bons, não vos esquecerão e merecerão a vossa confiança. É êsse o meu desejo e o fim desta lição.

Julho de 1927.

NOTAS CLÍNICAS

O TRATAMENTO DIETÉTICO DAS ANEMIAS GRAVES (MÉTODO DE WHIPPLE)

POR

EDUARDO COELHO

Êste método de tratamento das anemias graves, e em especial da anemia perniciosa, consiste principalmente na ingestão de dietas ricas em ferro e purinas, tendo por base o fígado. Foram os estudos de Minot, chefe de clínica do Peter Ben Brigham Hospital e professor agregado de Clínica Médica na Harvard Medical School de Boston, que *demonstraram clinicamente* a utilidade do método.

Todavia, os trabalhos de Minot apoiaram-se nas investigações fisiológicas de Whipple. Êste autor procedeu a várias experiências sôbre a regeneração hemática, concluindo que o fígado de boi é, de tôdas as substâncias, a que acelera mais rapidamente a regeneração sangüínea no cão anemiado por sangrias sucessivas.

Os trabalhos experimentais de Whipple e seus colaboradores foram realizados num período aturado de cinco anos (1920-1925) (1), tendo empregado para a regeneração hematopoiética vários tipos de substâncias alimentares. Só em 1923 é que Whipple fixou a técnica definitiva, por meio da qual conseguiu obter uma anemia constante em cães submetidos a um regime uniforme. Acrescentava à «ração basal» diferentes alimentos e diversos medicamentos, apreciando assim a influência que exerciam sôbre a regeneração hemática.

Em 15 dias, uma dieta rica em tecido hepático permite ao cão em experiência a regeneração de 90 a 100 gramas de hemoglobina.

Durante os períodos de dieta favorável o organismo armazena (especialmente no fígado) substâncias vizinhas da hemoglobina, que serão utilizadas ulteriormente na formação desta substância e das hematias.

O rim e o coração de vitela têm uma acção hemopoiética idêntica. O tecido muscular não tem as mesmas propriedades.

Ao mesmo tempo que demonstrou a importante acção hematopoiética do ferro, Whipple verificou a ineficácia completa dos arsenicais na regeneração sangüínea.

Se estas experiências constituíam a base imediata da técnica de Minot, os seus fundamentos remontam a tempos mais recuados. Com efeito, dizia

Habershon, em 1863, que muitos anémicos no estado inicial se podiam curar com o ar livre e por meio de um regime nutritivo estimulante. Pearce, Knumar e Frayser mostraram a importância que despenha um regime rico em proteínas e em ferro na formação da hemoglobina. Baker e Carrel acentuam que importa diminuir a quantidade de lipoides da alimentação nos casos de anemia perniciosa. Morawitz e Kühl observaram em animais e no homem são que uma alimentação rica em carne aumenta notavelmente a regeneração globular.

A existência de perturbações gastro-intestinais, principalmente de aquilia, que, além das modificações hemáticas, constituem um dos fenômenos mais constantes da anemia perniciosa, constituíram um estôrvo que sempre se apresentou aos clínicos quando pretendiam prescrever um regime abundante em doença de tal gravidade, para o tratamento da qual não existia qualquer processo terapêutico aproveitável.

Whipple sugere a ideia de que certas anemias graves deviam ser interpretadas como «doenças por carência» e que a base do tratamento consistiria numa dieta especial.

Escreveu Whipple em 1925 (*loc. cit.*): É provável que no tratamento da anemia, no homem, sejam mais eficazes certos alimentos do que os medicamentos... e até nas anemias complexas, a anemia perniciosa humana, a anemia com nefrite, a anemia cancerosa.

Estas ideias foram tomadas, primeiramente, em 1923, por Gibson e Howard (2) mas só postas em prática por Minot e Murphy. Estes autores, seguindo as sugestões de Whipple resolveram o problema, empregando uma técnica que recebeu o consenso quasi unânime dos clínicos de todo o mundo.

Os primeiros resultados foram publicados em Agosto de 1926 (2) e referem-se a 45 casos não escolhidos do serviço hospitalar. Observaram remissões completas, excepto em dois casos: um com graves complicações medulares e outro que recusou o tratamento. As células reticuladas (formas de regeneração medular hiperfuncional) aumentam imediatamente, e numa semana passam de 1 a 8 e a 15 por 100. Ao fim da segunda semana, estas hematias embrionárias estão já transformadas em hematias maduras, atingindo progressivamente o equilíbrio hemático as suas proporções normais.

O estudo do sangue dos doentes com anemia tratados com esta dieta e publicado em 1927 por Murphy, Monroe e Fitz (3) mostra, além do aumento considerável dos reticulocitos, diminuição dos pigmentos biliares, abaixamento do valor globular até á unidade, mesmo a valores inferiores.

Dentro de 3 a 4 meses as hematias atingem o número de 4,5 milhões. Por via de regra não se conseguiu ultrapassar êste número, e é necessário insistir na dieta para conservar os resultados. A hemoglobina apresenta uma curva parecida com a do número de hematias (de 55 a 80 por 100, e mais).

As perturbações gastro-intestinais, como diarreia, vômitos, epigastralgias, etc., corrigem-se também rapidamente.

Nos casos de Minot e Murphy as melhoras adquiridas continuavam passados um a três anos de tratamento. E num têtço, pelo menos, tinham fracasado tôdas as terapêuticas, incluindo a transfusão sangüinea.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

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

Efeitos rapidissimos.

Em todas as idades

**: NENHUMA :
INTOLERANCIA**

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

**Não dá dor
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 — *Hidrastris 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 estrofantos, noz vomica, cebola albarra e lobelia. E' um preparado de titulo constante.

VIROSAN SERONO — Oleato duplo de mercurio, colestirina e albotanina (via bucal).

UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados.

1 cc corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados á dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com soro fisiologico para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —

REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —

(pituitaria)

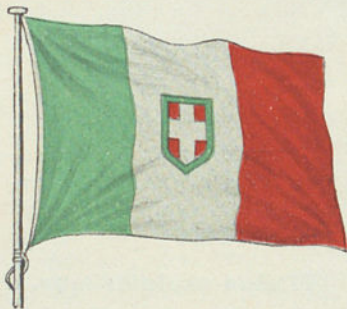
(baço)

(mamaria)

ASI SERONO

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.



Arseniato de Ferro Solúvel Zambeletti

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 — Injeções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TÓNICO DEPURATIVO

Iodarsone Zambeletti

Peptonas arseno-iodada com glicero-fosfatos de cálcio e de magnésio e princípios vegetais tónico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displástica, trófica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosforo-arseniacal.

INDICAÇÕES — Linfatismo — 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 arsénio metálico (mgts. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de ácido arsenioso), tem entre os seus similares a **mais alta** de iodo metálico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metálico e gr. 1 de extratos tónicos.*

Otímo sabor, sem vinho e admirável para crianças.

AMOSTRAS:

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno= Bromo= Tonicas Zambeletti

(INJEÇÕES)

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 sanguínea. (Oligoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

Iodosan Zambeletti

(IODO SOLÚVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 o/o de iodo metaloídico colóide, separável, por diluição com água comum ou por contacto com secreções orgánicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluído em água comum constitui o mais ATIVO, o mais PRÁTICO, o mais AGRADÁVEL antiséptico e profilático

PARA } **Gargarejos** : — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.
Colutorios : — Na ESTOMATITE, na CARIE dentária, 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 aplicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJEÇÃO ANTIASMÁTICA ZAMBELETTI

A última estatística publicada por Minot e Murphy compreende 125 casos: 108 tinham no comêço do tratamento menos de 2.700.000 hematias, sendo a média de 1.500.00. Ao fim de um mês de tratamento, a média era de 3.360.00; aos dois meses, 3.360.00, e ao fim de 6 meses, 4.650.00.

A grande maioria dos doentes tratados estão clinicamente curados, e retomaram os seus afazeres.

Os únicos casos de morte são devidos a causas acidentais e nunca à anemia. E as recaídas da anemia dão-se, ou por uma infecção grave intercorrente, pelo abandono do tratamento, ou por uma mal orientada dieta.

O regime a que devemos submeter êsses doentes contém aproximadamente 350 gramas de hidratos de carbône, 150 de proteínas, 75 de gorduras, 1 gr. de purinas e 0,3 gr. de ferro.

As refeições diárias compõem-se de:

1) 120 gramas de fígado de boi (em alguns casos, substituído por rim, com resultados menos brilhantes,) de vitela ou de carneiro, fresco, cru, sendo possível, finamente dividido, ou quando por esta forma se torna repugnante, ligeiramente cozido. O fígado de porco é menos eficaz por ser mais rico em gorduras.

2) 120 gramas de carne magra de boi ou de carneiro.

3) 300 gramas, pelo menos, de legumes frescos que contenham de 1 a 10 por 100 de hidratos de carbône, sendo as mais indicadas, as leitugas e os espinafres.

4) 250 a 500 gramas de fruta à sua escolha: bananas, laranjas, tangerinas, uvas, etc.

5) 40 gramas de gordura para tempêro, evitando o azeite de oliveira e de qualquer outra origem vegetal.

6) Dá-se ainda ao doente um ôvo ou 250 gramas de leite.

7) Pão torrado, batatas e cereais, até completar um total de 2.500 a 3.00 calorias.

O fígado, quando cozido, é fervido durante dez minutos, pulveriza-se e junta-se à água da cozedura, formando assim uma espécie de sopa ou de *purée*. Pode acrescentar-se sumo de laranja ou de limão.

Os americanos têm organizado várias receitas culinárias de molde a tornar esta dieta mais agradável. O leitor encontra-as no *Journal of Am. Med. Assoc.*, adiante citado. Damos um exemplo:

Corta-se o fígado de vitela em fatias, recortam-se os bordos e lava-se em água fria. Passa-se o fígado por uma máquina de ralar a carne, empregando-se o cortador mais fino. Com 250 gramas obtêm-se 4 colheres de fígado moído.

Prepara-se, à parte, um mólho com a seguinte composição.

Calda de tomate.....	1/2 chávena
Sumo de limão.....	1/2 chávena
Calda de Worcestorshire.....	2 colheres
Cebola picada.....	1/2 colher
Acrecenta-se sal e pimenta.	

Mistura-se o fígado e o mólho em proporções de uma parte de fígado moído para duas partes e meia do mólho.

Na prática, podemos prescindir destas complicações, e, quando os doentes têm repugnância pelo fígado, recorremos à administração da pòlpa hepática pela sonda de Heinhorn ou pela sonda exofágica.

Os doentes são submetidos unicamente a esta dieta sem medicação de qualquer espécie, excepção feita para alguns casos que, por indicações especiais, precisam de tomar algum medicamento.

O método de Whipple — nome por que deve ser conhecido — tem-se espalhado na Europa. Na Alemanha foi empregado por Seifarth (5), por Pal (6) e por Rosenow (7). Na França, por Aloff e Loewy (8), por Fiessinger e Casteran (9), por Rathery, Maximin, Crouzon e Rist (10), Weil, etc. Na Bélgica, Lemiére (12) tratou oito doentes de anemia perniciosa, observando melhoras rápidas, persistentes e seguras logo no primeiro mês.

Tratámos também alguns casos na nossa clínica particular e hospitalar com bons resultados.

Em dois doentes com anemia do tipo pernicioso do Serviço da 1.^a Clínica Médica, onde fômos o primeiro a introduzir o método, um opôs-se tenazmente a segui-lo após um dia de dieta, tendo morrido, a-pesar-de algumas transfusões sangüíneas que lhe fizemos. O 2.^o caso saiu do serviço clinicamente curado.

Damos um resumo da sua história clínica para mostrarmos ao leitor a evolução da fórmula sangüínea.

Enf. M 1 B, C. 34

J. B., de 70 anos de idade, internada em 25 de Maio de 1927.

ANAMNESE :

Doença actual— Há três anos começou a tornar-se pálida, a diminuir de pêso e a sentir falta de fôrças. Há cinco meses perdeu o apetite, principiou de ter vômitos, diarreia, e tem piorado do estado geral.

História pregressa. S. i.

EXAME OBJECTIVO : Palidez e emmagrecimento pronunciados.


Pêso — 46 quilogramas.

Temp. — 37,4.

Pulso — Amplo, regular, 68 pulsações p/m.

Coração e vasos — Choque da ponta no 6.^o espaço intercostal, um dedo dentro da linha mamilar.

4

Diagrama da percussão 2  13. Á auscultação, o 2.^o A. muito batido. Sôpro sistólico na região apexiana. Artérias duras. Tensão $17/7$ (Pachon).

Abdómen — Pele flácida, com ligeira resistência, sem dores.

Fígado — Bordo inferior palpável na linha paraesternal.

Baço — Não se palpa.

Provas e exames laboratoriais :

Análise de urina — S. i.

Sangue em jejum :

Hemoglobina 30 %/o. V. globular 1,4. Hematias 1.150.000. Leucócitos 3.400.

Linfócitos, 26 %/o. Mononucleares, 6 %/o. Eosinófilos, 3,7. Neutrófilos, 63,6 %/o. Células de Türck 0,7 %/o.

Intensa poiquilocitose e anisocitose, com grande predomínio de megalocitos. Alguns megaloblastos. Eritroblastos ortocromáticos.

Fezes — Pesquisa de parasitas. Não se encontraram.

Suco gástrico, após a refeição de prova de Ewald-Boas :

Vol. 50 cc.

Pigmentos biliares — Vestígios leves.

Sangue — Não tem.

Ácido láctico — Não tem.

HCl livre — Não tem.

Acidez total 15.

Déficit de acidez 0,9.

Sedimento : — Raras células de levedura. Muitos grãos de amido.

Radiografias do estômago, e da região hepática após a injeção intravenosa de tetraiodofenoltaleina :

«14 horas depois não se desenhou a sombra da vesícula.

17 horas — Imagem vesicular pequena, arredondada, de opacidade uniforme e contornos regulares.

Em uma radiografia, após a ingestão de uma refeição de contraste, vemos desenhar-se uma imagem gástrica, cujos contornos são percorridos por numerosas ondas de peristalse, e o bulbo duodenal apresenta o seu bordo látero-externo côncavo por impressão da vesícula.

(a) Aleu Saldanha.»

Procedemos ao tratamento dietético de Whipple, seguindo a técnica aconselhada por Minot e Murphy, acima transcrita. Acrescentamos, apenas, como medicação, o acidol pepsina.

A doente sai a 20 de Julho, com dois meses e meio de tratamento, tendo de peso 52 quilogramas, isto é, com um aumento de 6.

A fórmula sangüínea a quando da saída é a seguinte :

Hemoglobina 70 %/o. V. glol. 1. Hematias, 3.000.000. Leucócitos 5.600. Linfócitos, 26,5 %/o. Mononucleares, 8 %/o. Neutrófilos, 62,5 %/o. Eosinófilos, 2,5 %/o. Basófilos, 0,5.

Ligeira anisocitose.

A doente suportou bem a dieta, sem a menor repugnância para o fígado.

Seguimo-la até fins de Novembro de 1927 e a cura mantém-se, a-pesar-de se tratar de uma doente com 70 anos de idade. A última análise dá uma percentagem de hemoglobina de 75 %/o e 4.200.000 de hematias.

Este caso, que sucintamente descrevemos, exemplifica o valor prático do método. Outros mais poderíamos apresentar.

No laboratório de Fisiologia do professor Canon, Cohn, Minot, Fulton e outros têm procedido ultimamente ao isolamento e à identificação química da substância hepática activa. Obtiveram até agora um extracto activo, dissolvendo o fígado num líquido alcalino de concentração hidrogeniônica (a) igual a 5 ($P^h = 5$).

Precipitam-se as proteínas desta solução e aquece-se durante algumas horas a uma temperatura de 70°. O resto, insolúvel no alcohol, que é de todos os preparados o único activo, dissolve-se em água destilada e administra-se ao doente. Parece que assim se obtém um extracto, do qual 10 cc. equivaleriam a 600 gramas de fígado fresco. Embora este extracto, ainda em ensaio experimental, se tenha utilizado com bons resultados, Minot aconselha, em clínica, o emprêgo do fígado fresco, em virtude das dificuldades da preparação do extracto.

Queremos ainda referir-nos a uma associação praticada por Rosenow (*loc. cit*) e baseada nos recentes trabalhos de Windause Pohl (13) sobre a descoberta da vitamina antiraquídica ou ergosterina irradiada, empregada na clínica do raquitismo por alguns autores americanos, alemães e austríacos (b).

A anemia perniciosa tem, em alguns dos seus sintomas, grande semelhança com a avitaminose. Seyderhelm e Tammann (14) verificaram que a administração de ergosterina irradiada (*Vigantol* «Merck») aumenta dez vezes o número de hemáticas em cães anemiados por fistula biliar. Sabe-se, além disso, que no raquitismo existe anemia, mononucleose e aumento das formas de transição. Fundamentando-se nestes factos, Rosenow combinou o método de Whipple com a ergosterina irradiada, conseguindo melhorar os resultados obtidos pela técnica de Minot e Murphy.

O mecanismo da acção do fígado no tratamento da anemia perniciosa é inteiramente desconhecido.

¿ Conterá o fígado uma substância específica que actua sobre os órgãos hematopoiéticos?

¿ Favorecerá, apenas, a fixação de ferro, como pretendem os autores americanos?

Seja como fôr, a hipótese de Whipple sobre a patogenia da anemia perniciosa modifica completamente o conceito clássico. Não é uma anemia por excessiva destruição das hemáticas, mas por insuficiência da sua formação.

O princípio contido no fígado parece constituir uma substância que actua como as vitaminas.

A anemia perniciosa será, então, uma doença por «carência alimentar», sabidos os pontos de contacto com os avitaminoses (Funk). Foi assim considerada por Dahr (15).

(a) — Em português, deve dizer-se *ionte* e não *ion*, como a cito e abusivamente vemos escrito.

(b) — Publicámos uma «referata» sobre este assunto no n.º 11 da «Lisboa Médica», de 1927.

As observações de Simonds, Becker e de Mc. Collum (16), verificando que a vitamina D exerce grande influência na capacidade da assimilação do ferro, e ainda os efeitos da ergosterina irradiada documentam os pontos de vista de Dahr.

Como o fígado é muito rico em ferro e em vitaminas, explica-se facilmente a sua acção na anemia perniciosa.

Todavia, o mecanismo íntimo da acção do fígado nesta moléstia é, por enquanto, puramente hipotético. Isso não impede que todo o clínico tenha o dever de praticar êste método nas anemias graves, especialmente na anemia perniciosa, de tal modo brilhantes têm sido os resultados até hoje obtidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — WHIPPLE, G. R., C. W. HOOPER ET ROBBSCHETT ROBBIN—Blood regeneration following simple anemia—*Am. Journ of Physiol*, 1920; Blood regeneration in severe anemia—*Am. Journ. of Physiol*, 1923.
- 2 — GIBSON ET HOWARD—*Arch. Int. Med.* Julho, 1923.
- 3 — MINOT E MURPHY—*Journ. Am. Med. Assoc.*, 14 de Ag. 1926; *Boston Med. and Sur. Journ.*, 26 de Ag. 1926.
- 4 — MURPHY, MONROE ET FITZ—*Journ. of the Am. Med. Assoc.* 88, 16, 1927.
- 5 — SEYFART—*Münch. Med. Woch.*, 27, 1927.
- 6 — PAL, J.—*Münch. Med. Woch.*, 30, 1927.
- 7 — ROSENOW, G.—*Klin Woch.*, 33, 1927.
- 8 — AITOFF E G. LOEWY—*La Presse Med.* 35, 1927.
- 9 — N. FIESSINGER ET R. CASTERAN—*La Press Med.*, 60, 1927. *Soc. Med. des Hôp.*, 22 de Julho, 1927.
- 10 — RATHERY, MAXIMIN, CROUZON ET RIST—*La Press Med.*, 56, 1927. *Soc. Med. des Hôp.* 8 de Julho, 1927.
- 11 — WEIL, P. E.—*Presse Med.*, 59, 1927.
- 12 — LEMIERE—*Bull. de l'Acad. Roy de Med. de Belgique*, 2, 1927.
- 13 — POHL, R.—*Nachr. d. Gesell d. Wiss. Göttingen*, 143, 1926.
- 14 — SEYDERHELM, R. ET TAMMANN—*Klin-Woch.*, 25, 1927.
- 15 — DAHR—*Chemie des Zell und Gewebe*, 3, 1925.
- 16 — SIMONDS, BECKER ET MC. COLLUM—*Journ. of Am. Med. Assoc.* 98, 14, 1927.

Revista dos Jornais de Medicina

A helioterapia artificial na tuberculose pulmonar. (*Comunicação feita ao congresso de hygiene de Gand, Junho de 1927*) pelo DR. DUMONT (*Director do Sanatório militar de Marchin — Belgica*).

O A., tendo irradiado com lâmpada de vapor de mercúrio 129 tuberculosos, aos quais fêz 2 a 3 séries de 10 a 20 sessões separadas, por períodos de repouso de 1 a 2 semanas, obteve os seguintes resultados:

75 % melhorados
12,50 % piorados
12,50 % mesmo estado.

Que são evidentemente superiores aos obtidos até aí no mesmo Sanatório com a cura climatérica e dietética habitual:

46 % melhorados
30 % piorados
24 % mesmo estado.

A percentagem de agravados não a atribui o A. aos R. U. V., pois esta percentagem foi diminuindo à medida que aumentou o número de sessões, sendo no fim das primeiras 10 de 16,27 % e no fim de 30 de 12,50 %.

As doses devem ser graduadas modo a nunca provocar o eritema, e a posição preferível para fazer a aplicação é o decúbito, visto chegar-se a exposições de uma hora, 30' na face ventral e 30' na dorsal.

Os ultra-violetas, na opinião do A., devem ser apenas aceites como um poderoso adjuvante terapêutico, incapazes no entanto de por si só conduzirem à cura.

Dos doentes por êle tratados apenas 2 tiveram hemoptises e 2 outros expectoração hemoptóica, sendo conveniente frisar que se tratava de casos que classifica de «ulcères fibreux» e, que tinham expectorado sangue anteriormente.

F. FORMIGAL LUZES.

Tratamento das adenites cervicais tuberculosas do adulto pelas aplicações locais de lâmpada-de-arco. (*Thèse Paris, 1927*), por EMILE BERANDY.

Inspirado por Dausset, o A. experimentou a acção do arco em irradiações locais, tendo chegado às seguintes conclusões:

1.^a— A lâmpada-de-arco de electrados polimetálicos fornece um espectro contínuo e completo comparável ao solar, mas mais rico do que êle em curtos cumprimentos de onda.

2.^a— As radiações emitidas pela lâmpada-de-arco são penetrantes, devido aos raios visíveis e infra-vermelhos, e facilmente absorvíveis porque são ricas em comprimento de onda (2500 A. e 3200 A.), que são as mais facilmente absorvidas pelas diferentes albuminas.

3.^a— O tratamento local pelo arco polimetálico é suficiente para curar

tôdas as formas de adenites cervicais tuberculosas com ou sem tendência para o amolecimento, recentes ou crônicas, supuradas ou fistulizadas.

4.^a—A cura é obtida mais rapidamente do que com qualquer outro dos agentes físicos até hoje utilizados isoladamente: helioterapia, R. X ou lâmpada de mercúrio.

5.^a—A sua associação a outras radiações dá um ótimo de resultados e assim a fórmula clássica: adenite cervical = R. X local + banho geral U. V., poderá ser substituída por adenite cervical = arco local + R. X local + banho geral.

A experiência de alguns anos levou-me a conclusões semelhantes, sendo esta última fórmula a que sistematicamente sempre adopto.

Tratando-se de massas ganglionares com fenómenos acentuados de periadenite, esta desaparece rapidamente reduzindo-se o gânglio a um pequeno nódulo duro e indolor nos casos em que ainda não está iniciada a fusão.

Se porém esta já começou longe de se fazer retroceder o processo activaremos com esta terapêutica a sua evolução, permitindo-nos chegar mais rapidamente ao fim.

Acompanho sempre esta terapêutica de punções evacuadoras com os cuidados de técnica habituais e sem ter necessidade de recorrer à introdução de substâncias modificadoras.

Nos casos de adenites fistulizadas os vestígios cicatriciais deixados, são mínimos e inferiores aos obtidos por qualquer outro processo.

F. FORMIGAL LUZES.

Ação da diatermia sobre a acidez do conteúdo gástrico. (*Zeitschrift f. d. gesante phys. Therapie*), por L. KAUFHEIL e A. SURIA.

Vários indivíduos foram sujeitos a aplicações de diatermia transabdominal a seguir a uma refeição de prova. Feita a sondagem foi determinada a percentagem de ácido clorídico livre e a acidez total.

Nos indivíduos de estômago normal, a diatermia não produziu nenhuma modificação da acidez gástrica.

Nos casos de atonia, gastrite e úlcera do piloro ou da pequena curvatura, operou-se uma diminuição sensível da acidez, acentuada sobretudo na úlcera pilórica em actividade.

Os AA. notaram, num caso de posse com atonia, que a acidez aumentava no dia do tratamento diatérmico, o que atribuíram a um aumento de mobilidade gástrica.

F. FORMIGAL LUZES.

Progressos médicos. Progressos em obstetricia. Vômitos gravidicos. (*Medical progress. Progress in obstetrics. Hiperemesis gravidarum*), por JOHN ROCK. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 10 de Novembro de 1927.

Waters dá como quadro physio-patológico fundamental dos vômitos gravidicos, pelo lado do sangue, a baixa da reserva alcalina, da tensão do CO², raramente do açúcar e pelo lado das urinas, a presença de corpos cetônicos,

a elevação do amoníaco urinário e a baixa da excreção ureica, afirmando que os vômitos param quando passa a acetonúria. Em conformidade com este conceito patogénico propõe como tratamento a injeção de 1000 c. c. de soluto de glicose a 10 0/0 por via intra-venosa com 20 unidades de insulina, no decurso das 24 horas, até que desapareçam os vômitos e a acetona.

A ingestão de líquidos é mantida a um mínimo de 3000 c. c. por dia, em injeção, podendo associar-se sedativos e adrenalina, quando sobrevenham condições que os justifiquem.

Miller e King seguem muitos dos princípios precedentes: usam um soluto de glicose a 5 0/0, com 1 unidade por cada 5 gr., até um total de 10 a 15 unidades. Da mesma maneira, Harding e Van Wich consideram os vômitos da gravidez como a resultante de um deficiência no metabolismo dos hidratos de carbone ou do glicogénio do fígado e dão como dieta pequenas doses, repetidas, de hidratos de carbone.

O agravamento dos vômitos implica o aparecimento de graves lesões hepáticas.

O tratamento torna-se tanto mais activo quanto mais precocemente instituído. Nas formas teimosas a êste tratamento deve provocar-se o abôrto.

MORAIS DAVID.

Observações sôbre o efeito da glicosúria em cirurgia. (*Observations on the effect of glycosuria in surgery*), por BRUCE, HIPWELL E RUSH. — *An. of Surg.* Agosto de 1927.

Os formidáveis progressos no tratamento médico da diabetes não podiam deixar de ter a mais larga repercussão no campo das intervenções cirúrgicas nesta categoria de doentes. O cirurgião encara hoje o tratamento de um diabético com a segurança com que encara o tratamento de outro doente qualquer. Em 97 casos a que os autores se referem, a mortalidade operatória foi de 2,1 0/0, um com grande carcinoma gástrico e que faleceu passadas duas semanas sôbre a gastro-enterostomia e outro com gangrena diabética extensa e que faleceu súbitamente com uma complicação cirúrgica ao 10.º dia de operação.

Num tempo habitual de anestesia pelo éter verificaram os autores que em alguns diabéticos havia um aumento na glicémia que ia de 1 gr. 0/00 até 3 gr. 0/00 e isto independentemente da preparação insulínica pre-operatória; uma outra acção conhecida do anestésico é a espoliação das reservas glicogénicas do organismo. A anestesia pela mistura protoxido de azote-oxigénio tem estes efeitos muito menos acentuados do que a anestesia pelo éter.

A anestesia por embebição é inconveniente porque vai introduzir a substância anestésica em contacto com tecidos de uma fraca resistência e pode provocar fenómenos de irritação desagradáveis. A anestesia regional dá, em certos casos, ótimos resultados, associada ou não à anestesia de inalação pelo protóxido de azote-oxigénio.

Como tratamento pré-operatório dos diabéticos os autores adoptam o seguinte programa :

Vacina antipioyénica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegráficos: «**Antipio**»

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

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

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influenza, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e também 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 também applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

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

E' garantida a sua innocidade.

Nos casos gravissimos o Medico deverá 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 antipioyénica Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constata 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 Antipioyénica (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 telegráficos: «**Antigono**»

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

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite blenorragica, 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 preferível 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.

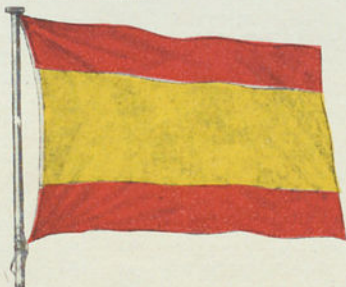
Esta vacina troca-se até um mes depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

FORMULA — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (Sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constrictora (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 **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Também temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Sôro pneumo-diftérico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crônica, 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 **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

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

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

FORMULA — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contém 250 milhões de germes por centímetro cúbico. 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 também 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 Antitetânico "Ibys" — Soro Antidiftérico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

Quando possível, o doente é pôsto em observação e tratamento durante um tempo suficiente para ficar sem açúcar e acetona na urina e para lhe fazer baixar a glicemia a números pròximamente normais. A dieta é computada em uma proporção de 25 a 30 calorias por kgr. de pêso do corpo e a insulina, quando indicada, elevada até uma dose que permita o emprêgo de uma tal dieta. No dia da operação e antes desta duas ou três horas, é administrada a dose de insulina correspondente à dose precedentemente consumida até essa mesma altura do dia. O valor em açúcar da refeição é dado sob a forma de sumo de laranja ou de glucose. Em seguida à operação faz-se o doseamento da glucose do sangue e se o valor vai além de 2 gr. $\frac{0}{100}$ injecta-se insulina numa percentagem variável e subordinada às doses consumidas pelo doente antes da operação. Depois repetem-se os exames do sangue quanto ao açúcar, e da urina quanto aos corpos cetónicos, com a idea sempre presente de trazer a glicemia a um número vizinho do normal e a urina livre de corpos cetónicos.

Quando o acto operatório fôr demorado, injecta-se o sôro glicosado de 2 $\frac{1}{2}$ a 5 $\frac{0}{100}$. Nas primeiras 12 horas reduz-se a ingestão de líquido e dentro das primeiras 24 horas o doente principia com alimentos constituídos principalmente por hidratos de carbone, nas mesmas quantidades que antes da operação.

Qualquer perturbação abdominal ou náusea impõem a injeção de sôro glicosado. A infecção ou a absorção de toxinas de um foco séptico altera a relação insulina-dieta, baixando o equivalente glucose da insulina. Nos casos de urgência cirúrgica extrema o conhecimento da glicemia é sempre possível e sempre possível também a injeção de insulina em dose conveniente, antes de proceder à intervenção.

MORAIS DAVID.

Sôbre o estado actual do problema da febre hemoglobinúrica. (*Sôbre el estado actual del problema de la fiebre hemoglobinurica*), por W. KIKUTH. — *Rev. Med. Hamb.* Novembro de 1927.

A febre hemoglobinúrica compreende um quadro clínico constituído por uma hemolise de aparição brusca, acompanhada de calafrios, febre e que pode ser considerada como uma manifestação de impaludismo, muitas vezes provocada pela quinina.

Há quadros análogos com uma origem diferente, como os que provêm da acção de determinadas substâncias, da sífilis (hemoglobinúria paroxística).

A febre hemoglobinúrica, em regiões de endemia palustre, é quasi seguramente sinónimo de impaludismo agudo ou crónico, ainda mesmo quando o exame do sangue não revela a presença do hematozoário. Com um exame de sangue negativo, quanto ao parasita, é possível supor que êste tenha desaparecido do sangue por efeito de um tratamento especifico insufficiente.

Nos exames positivos é principalmente o *plasmodium falciparum* que se encontra, e a seguir, por ordem de freqüência, o *plasmodium vivax* e o *plasmodium malariae*.

São conhecidos casos de febre hemoglobinúrica em que a hemoglobinúria se manifesta fora do emprêgo de qualquer agente terapêutico, mas a

quinina tem um papel adjuvante marcado na produção do quadro mórbido; pode mesmo acontecer que o uso da quinina em dose mínima dê origem ao ataque de hemoglobinúria e que esta não apareça quando se empreguem outros agentes medicamentosos de uso corrente no combate contra o hematozoário, como o salvarsan, o azul de metilena, o preparado sintético a *plasmaquina*.

As condições de depauperamento orgânico, a intensidade da infecção malárica, a baixa de temperatura, são tudo elementos que podem ser considerados como factores predisponentes.

As experiências de Nocht já há 25 anos haviam mostrado a resistência normal, *in vitro*, dos glóbulos rubros às soluções de quinina e voltam a ter hoje toda a actualidade. Por outro lado não se têm isolado hemolisinas dos glóbulos rubros nem do sôro dos doentes. Segundo Deeks no organismo infectado pelo hematozoário circulam hemolisinas que se mantêm completamente «dominadas» por anti-hemolisinas normais. A perda dêste equilíbrio, por efeito da quinina ou de outras quaisquer circunstâncias, seria a razão da hemoglobinúria. Estas hemolisinas não teriam origem na auto-digestão dos glóbulos vermelhos parasitados, mas proviriam dos próprios parasitas pela absorção e digestão dos hematias e seriam libertadas pela morte do parasita. Quando, mediante o uso de quinina, se produz a morte de numerosos parasitas, produz-se igualmente a libertação de amboceptores em quantidade tal que não há no organismo anti-hemolisinas suficientes para os neutralizar e daí a hemólise e a hemoglobinúria.

Outros autores imaginam que as hemolisinas estão ocultas nos órgãos internos e que por isso justamente se não revelam ao exame do sangue, mesmo quando se procede ao exame em sangue de animais que receberam amboceptores hemolíticos em injeção intra-venosa.

A hemoglobinúria é sempre precedida de uma hemoglobinémia e seguida da icterícia mais ou menos forte, que está relacionada, pelo menos em parte, com uma alteração e insuficiência da célula hepática.

O tratamento da crise hemoglobinúrica continua a ser puramente sintomático.

É curioso referir o que se passa com o uso do novo preparado sintético *plasmaquina* em maláricos com hemoglobinúria ou candidatos a ela. Não se produzem quaisquer sintomas desde que se use êste medicamento.

MORAIS DAVID.

Doenças de pele na asma. (*Diseases of skin in asthma*), por K. H. BAAGÖE —
Act. Med. Scand. Vol. LXVII Fas. III.

Observando 124 asmáticos, 92 crianças e 32 adultos, o autor investigou os seus antecedentes com referência a afecções cutâneas de prurigo, urticária, prurido e edema regional.

A relação íntima entre as crises asmáticas e certas manifestações particulares da pele tem já sido referida bastantes vezes e estes fenómenos cutâneos têm mesmo sido considerados como um factor patogénico da crise de

asma. Segundo uma tal maneira de ver, os sintomas respiratórios seriam provocados por uma particular reacção da mucosa brônquica, semelhante, em aspecto, ao tipo da lesão tegumentar correspondente.

No exame destes 124 doentes os sintomas dos tipos acima apontados revelaram-se em uma percentagem de 60 % dos casos: prurigo em 36, urticária em 34, edema regional em 6 e outras manifestações diversas em 6.

MORAIS DAVID.

O soluço das crianças. (*Hiccapping infants*), por R. PENDLETON. — *Am. Jour. Dis. of child.* Transcrição do *Bost. Med. Surg. Jour.* 1 de Dezembro de 1927).

Segundo as observações de P., o soluço começa pouco depois da refeição da criança e considera-se dependente da irritação do suco gástrico sobre a mucosa esofágica. Posto-que a regurgitação fôsse apontada apenas em 18 dos 51 ataques de soluço estudados, foi contudo considerado que os fluidos podem passar para o esôfago sem chegar à bôca e desta forma sem poderem revelar-se.

Esta hipótese dá uma certa razão de ser ao tratamento pela deglutição de água, a teoria explicando que água em quantidade suficiente, deglutida rapidamente, é capaz de libertar o esôfago do seu conteúdo irritante.

A água foi dada por meio de um *biberon* em um grupo de crianças e comparado o resultado com um outro grupo em que em vez de água se permitiu a sucção de um *biberon* vazio.

Nos primeiros casos o soluço parou em todos, nos segundos sómente 2 de um total de 9 deixaram de ter soluços apoz a manobra referida.

MORAIS DAVID.

Revista dos progressos das doenças vârdio-casculares em 1926. (*Medical progress. Cardio-Vascular review for 1926*), por S. MUDD e H. SPRAGUE. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 18 de Novembro de 1927.

Em um estudo feito por Kahn acêrca das condições etiológicas de 82 casos de angina de peito, conclui êste autor que 25 % dos doentes apresentam os seus primeiros sintomas de doença antes dos 40 anos e que o alcool, bem como o tabaco, têm uma certa importância nos antecedentes por serem factores predisponentes e que o esfôrço físico figura intimamente relacionado com a crise, sobretudo em pessoas dadas a uma occupação moderada ou a uma vida sedentária.

Quer o reumatismo, quer a tonsilite agudos, podendo ser o ponto de partida de alterações aórticas ou coronárias, podem também revestir-se de um certo valor como geradores da doença.

A sífilis figura como doença fundamental em 3 casos. A diabetes existia em 10 casos. Não se descobriu uma relação marcada com a hipertensão arterial.

Como sintomas prodômicos da crise fêz o autor as seguintes constatações:

Em 10 casos havia sensação de ardor sub-esternal ou epigástrica, coexistindo em alguns uma e outra sintomatologia; em 2 asma cardíaca e pulso alternante; em 6 sinais de trombose cerebral anterior à crise anginosa; em 7 havia uma história de dispneia de esforço e de perturbações miocárdicas.

O autor julga que o síndrome procede de alterações de evolução arrasada, localizadas na aorta e nos vasos coronários.

White diz que a hipertensão, a trombose coronária, a sífilis, a arteriosclerose acentuada, o enfraquecimento dos tons cardíacos, a alteração da onda do T electrocardiograma e especialmente o aumento do coração se encontram nos anginosos de curta sobrevivência. Quanto mais intensa é a dor anginosa tanto pior é o prognóstico, como regra geral.

O prognóstico é bom quando o exame do coração, o da pressão sangüínea e o electrocardiográfico são normais. A maioria das mortes está provavelmente relacionada com a oclusão aguda ou crónica das coronárias. A sobrevivência às crises decresce com o avanço da idade.

MORAIS DAVID

Características da anemia perniciosa e da anemia aplástica. (*Remarques sur l'anémie pernicieuse et l'anémie aplastique*), por A. BÉCART. — *Pres. Med.* 17 de Dezem-bro de 1927.

Segundo Bécart, abusa-se um tanto da designação «anemia perniciosa» e confunde-se o significado clínico de anemia perniciosa, anemia aplástica e anemias secundárias graves. Os quadros descritos pelo autor para os dois primeiros tipos de anemia são:

Anemia perniciosa: afecção dos 40 anos, atingindo igualmente os dois sexos, talvez mais as mulheres que os homens, evolucionando em 4 ou 5 anos e caracterizada por remissões espontâneas que se vão encurtando cada vez mais. As perturbações digestivas são constantes e consistem em atrofia das mucosas digestivas de uma maneira geral, aquilia gástrica, perturbações intestinais, coloração particular da pele, canicie precoce, perturbações nervosas e, sob o ponto de vista hematológico, megalocitose, anisocitose e poikilocitose, número de glóbulos por vezes não muito baixo, hiperchromia, valor globular superior a 1, presença de megaloblastos e leucopénia com linfocitose.

Anemia aplástica: por vezes referida à intervenção de agentes físicos ou químicos (Raios X, rádio, As, PC.) Em geral o estado anémico é de evolução lenta e progressiva, de tal maneira que os doentes tornam-se anémicos graves por sua culpa, deixando-se chegar a um estado de progresso em que não existe tratamento apropriado, ao passo que na sua fase hipoplástica estes doentes têm probabilidade de cura, não ha anisocitose nem poikilocitose, nem policromatofilia, nem hematias de granulações basófilas, nem hematias nucleadas. Há leucopénia com linfocitose, perturbações da crase sangüínea (hemofilia, hemogenia) e hipoplaquetose.

N. do R — A anemia aplástica é, segundo outros autores, uma doença das mulheres, principalmente, de idade até 35 anos como média, com decurso

rápido e progressivo, sem remissões, com morte dentro de poucos meses. As hemorragias tomam uma importância que o artigo não parece fazer sobressair suficientemente. O valor globular é inferior à unidade, a linfocitose atinge valores de 75 a 90%, a hipoplaquetose é mais acentuada do que na anemia perniciosa.

MORAIS DAVID.

Luxações da coluna cervical (*Über luxationen der Halswirbelsäule*), por E. RANZI e W. VOGL. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, Vol. CXL, 1926, pág. 234.

Os AA. apresentam em duas tabelas todos os casos de luxação da coluna cervical conhecidos na literatura médica. Na 1.ª tabela 30 casos apresentam escassa ou nenhuma sintomatologia medular; na 2.ª tabela notam-se 14 casos que tiveram desde o início graves lesões medulares. A estas observações juntam os AA. 8 observações pessoais.

Do estudo em conjunto dêste material tiram as seguintes conclusões:

1.ª — No caso da luxação total recente das vértebras cervicais com compressão medular, dever-se há imediatamente tentar uma redução prudente com manobra de extensão. No caso de insucesso, ocorrerá recorrer à laminectomia e à ablação das apófises articulares. Nos casos inveterados não se pode, afirmam, esperar resultado senão da laminectomia.

2.ª — Também em casos muito raros de luxação total da coluna cervical sem síndrome neurológico, se pode tentar a redução, se a luxação provoca dores e o doente quer uma correcção da deformidade da coluna. Esta redução deverá ser bastante prudente, pois é sempre possível fazer uma lesão na medula.

3.ª — A ausência de sinais de compressão, no caso de luxação da coluna vertebral, com afastamento notável, na maior parte dos casos apresenta-se com fractura simultânea do arco vertebral.

MENESES.

Contribuição para o tratamento específico da escarlatina. (*Contribution au traitement spécifique de la scarlatine*), por H. H. LAUTIER e M.^{lle} P. DREYFUS (Strasbourg). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tome III. N.º 3. Juillet 1927, pág. 365-369.

De 5 casos tratados pelos AA. com o soro anti-escarlatinoso, que hoje se encontra à venda em toda a parte, puderam estes tirar as conclusões seguintes:

1.ª No caso de escarlatina banal o tratamento abreviou a duração do exantema e da febre.

2.ª Nos casos tóxicos que clinicamente parecem ser desesperados houve uma melhora rápida dos fenómenos graves e do estado geral.

3.ª Contrariamente ao que dizem certos autores, puderam verificar uma influência nítida nos fenómenos septicémicos, sem todavia ter podido evitar complicações.

Estes casos assim tratados autorizam, a-pesar do seu pequeno número, a afirmar que nos achamos na presença de um tratamento específico eficaz que nos deu sucessos notáveis em casos que, pelo seu aspecto clínico, nos faziam presumir um desfecho fatal.

MENESES.

Tratamento da poliomielite aguda com sôro poliomielítico antiestreptocócico; resultados de 1921 até 1925. (*Treatment of acute poliomyelitis with poliomyelitis antistreptococcus serum; results from 1921 to 1925*), por E. C. ROSENOW e A. C. NICKEL.—*American Journal of Diseases of Children*. N.º 1. Jan. 1927.

Trabalhos precedentes tornaram já conhecida a descoberta de Resenow, de um estreptococo específico nos centros nervosos das crianças ou de macacos atingidos pela poliomielite anterior aguda. Sem voltarem à discussão do valor etiológico dêste estreptococo, os AA. referem-se à técnica da colheita e conservação dos gérmenes para a preparação do autigéneo, e à técnica da preparação do sôro. Êste sôro é utilizado no tratamento da poliomielite. Uma experiência de quatro anos, referida a 1.113 doentes tratados e a 278 que não jevaram o sôro, mostram que o soro injectado nos músculos, abaixara a mortalidade, a freqüência das sequelas, e melhorava o aspecto clínico da doença. Experiências de contrôle no animal, provam que se trata sem dúvida de uma acção neutralizante específica.

MENESES.

A acção dos raios ultravioletas sôbre a sensibilidade da pele à tuberculina. (*L'action des rayons, etc.*), por P. WORINGER e A. ADNOT (Strasbourg).—*Revue Française de Pédiatrie*. Tome III. N.º 2. Mai 1927, pág. 204-209.

O efeito terapêutico da luz nas numerosas localizações e formas da infecção tuberculosa do homem é hoje um facto inegável; todos os que já viram osteites, adenites, peritonites, etc., sob a influência do sol, não têm dúvida alguma de que as irradiações luminosas são um adjuvante precioso do organismo na sua luta contra o b. de Koch.

Quanto ao mecanismo íntimo dessa acção, parece aos AA. que é na pele que êle deve ser estudado.

Algumas reacções cutâneas actualmente bem conhecidas (Pirquet, Schick, Dick, etc.), permitem-nos analisar a receptividade da pele sob diversos pontos de vista; pensaram os AA. que elas poderiam talvez também servir para pesquisar as modificações que a pele sofre sob a influência da luz.

Comparando as reacções obtidas na pele irradiada e na pele não irradiada poder-se há fazer uma opinião sôbre o papel dos raios.

Para os seus estudos serviram-se de crianças com adenopatia traqueo-brônquica apresentando reacções à tuberculina bastante fortes e que tanto quanto possível estavam necessitadas debaixo do ponto de vista sol. As cutiforams feitas na pele do abdómen, com o vacinoestilete de Pirquet. A técnica reacções da irradiação foi feita com uns detalhes que os AA. pormenorizam.

Regularmente, depois de um certo número de sessões de exposição à lâmpada de quartzo, as cuti-reacções tornam-se mais fracas do lado irradiado do que do lado não irradiado. A diferença é sobretudo pronunciada pelo grau de infiltração; a papula é menos dura, menos elevada e menos extensa na pele irradiada do que na pele testemunha.

Os resultados das experiências podem assim ser resumidos: os raios ultra-violetas diminuem a sensibilidade da pele à tuberculina. *O seu efeito é estritamente limitado ao território irradiado e não atinge o resto da pele.*

Já Hamburger tinha referido uma diminuição de intensidade das cuti-reacções no verão e no outono e um refôrço no inverno e primavera.

O interesse clínico destas constatações está em se admitir que não é indiferente o sítio em que se aplica a tuberculina, e que o máximo de sensibilidade se obtém quando nos servimos de um território cutâneo que habitualmente está protegido contra a luz.

O maior interesse é porém o fisiológico, porque se prova que as reacções alérgicas da pele não são unicamente influenciadas por um estado particular de todo o organismo, mas dependem, em grande escala, de factores cutâneos locais.

MENESES.

Sobre a terapêutica pelo ferro da anemia dos nados-prematuros. (*Zür Eisenherapie der Frühgeburteanämie*), por L. LAUDE. — *Zeitschrift f. Kinderheilkunde.* — Bd. XLII. H. 3/4.

Observa-se em todos os recém-nascidos, durante os três primeiros meses da vida, uma diminuição dos glóbulos vermelhos e da hemoglobina do sangue; no sexto mês já a fórmula hemática está normal. Nos recém-nascidos prematuros vindos ao mundo já com um certo grau de anemia, esta diminuição fisiológica da hemoglobina atinge um valor considerável, algumas vezes mesmo inquietante. Pela administração de doses diárias de 1 a 2 1/2 gr. de ferro reduzido, o A. pôde impedir completamente a aparição desta anemia. Refere oito observações bastante sugestivas. Estas doses fortes de ferro são muito bem suportadas pelo lactante.

MENESES.

Profilaxia da tuberculose infantil. (*Die Prophylaxe der Kindertuberculose*), pelo Oberarzt DR. LANGER (Berlín-Charlottenburgo). — *Revue Int. de l'Enfant.* Vol. IV. N.º 22. Out. 1927.

A luta contra a tuberculose intensificou-se na Alemanha depois da guerra e organizou-se no entretanto segundo um plano melhor estabelecido que estava dantes.

As duas questões fundamentais são a perservação das crianças ameaçadas pela doença e o tratamento das que já foram atingidas. O A. detém-se sobretudo no primeiro ponto, que é o que mais importa quando se trata de lutar contra tal flagelo.

O facto constatado de que nas grandes cidades as crianças de 14 anos estão infectadas numa proporção de 90 % sem estarem doentes, mostra que

não é possível nem mesmo necessário procurar preservar as crianças de uma maneira absoluta.

É preciso conhecer sobretudo o papel dos factores da contaminação: exposição e disposição.

Quanto mais nova é a criança exposta à tuberculose maior é o perigo, como o prova a mortalidade elevada em certas famílias, seja porque a origem da infecção se encontra na mesma casa, seja porque ao lactante faltam os meios necessários à luta.

São estas as constatações que levam a concentrar hoje em dia a luta antituberculosa na preservação do lactante. Segundo as observações do A., o que importa é o contacto directo e pode-se portanto realizar um isolamento no próprio seio da família.

O risco da contaminação aumenta com a repetição dos contactos perigosos e deve-se vigiar particularmente a idade da puberdade.

A questão da habitação é preponderante, mas o aumento da mortalidade e da morbidade tuberculosas no fim da guerra mostrou a importância de outros factores como a alimentação — e as cantinas escolares desempenham aqui o seu papel — e a resistência do corpo — utilidade da luz, do ar, do sol e da água. Uma das medidas preventivas mais úteis é a da colocação das crianças nas curas solares e marítimas. É essencial que se mandem as crianças doentes para estabelecimentos sob a vigilância médica e que as tenhamos afastadas das colónias de férias vulgares em que não sómente arrisquem os outros a um contágio como também se prejudiquem a si próprias pela falta da vigilância médica apropriada.

O centro das organizações nacionais de higiene social em Berlim acaba de publicar as linhas directivas que podem servir de base para o diagnóstico, para o tratamento e para a profilaxia da tuberculose infantil.

Emfim, por último, a questão duma vacina contra a tuberculose fêz tais progressos que se pode esperar dentro em breve vê-la desempenhar um papel importante.

Trata-se de saber se a vacinação se deve fazer com bacilos vivos de virulência atenuada como no processo Calmette ou, como preconiza o A., com bacilos mortos, o que tem a vantagem de assegurar a perfeita inocuidade da vacina.

Os métodos Langer e Calmette deram ambos resultados interessantes que puderam ser controlados durante anos. O seu alcance prático tem ainda que ser melhor estudado, mas admite-se desde já que a vacina será um dos elementos mais importantes na luta anti-tuberculosa.

MENESES.

Sobre a coecostomia combinada com a drenagem no tratamento da peritonite difusa. (*De la coecostomie combinée, etc*), por M. E. VAN ERPS — *Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie* — N.º 4, Avril 1927.

O A. lembrou-se de apresentar esta comunicação à S. Belga de Cirurgia porque é preciso reconhecer que a infecção peritoneal actualmente ainda

mata. É preciso pensar na enterostomia, que parece ser o último recurso nos casos desesperados.

É inútil lembrar a terapêutica clássica, médica e cirúrgica das peritonites. No entanto é bom não esquecer juntar-lhe as injeções subcutâneas de morfina até que a frequência dos movimentos respiratórios tenha caído entre 10 a 14 por minuto, técnica proposta por C. W. Crile no seu trabalho sobre o tratamento da peritonite (e também para acalmar a agitação).

No fundo, o ileos paralítico por peritonite é uma das principais causas da morte por estercoremia. A oclusão agrava e domina a peritonite. É então que a maior parte dos autores intervêm secundariamente depois da drenagem clássica. O A. pensa que há tudo a ganhar e nada a perder praticando a enterostomia nos casos muito graves de peritonite infecciosa difusa de qualquer que seja a sua causa. Observou muitas vezes a produção de fístulas intestinais que se produziam espontaneamente, depois da drenagem clássica, 24 a 36 horas depois da evacuação do conteúdo intestinal, o estado do doente melhorava a maior parte das vezes; havia baixa ou alta da temperatura segundo a hipotermia ou a hipertermia, o pulso retomava lentamente a normal e as náuseas, os vômitos e o abaulamento do ventre desapareciam bastante rapidamente.

Estas fístulas espontâneas são enterostomias secundárias, naturais, que se produzem muitas vezes demasiadamente tarde no doente intoxicado ao mais alto grau. Não podemos deixar ao acaso este fenómeno de evacuação por duas razões: 1.^a é preciso combater a estercoremia funesta suprimindo o mais depressa possível a causa, quer dizer a estase do conteúdo intestinal. 2.^a é preciso evitar a dificuldade, bem conhecida, de obter a cicatrização duma fístula, particularmente no intestino delgado.

O A. recomenda a coecostomia ao mesmo tempo que a drenagem peritoneal, e, embora todos os processos sejam bons, o descrito por Pauchet é o mais recomendável pela sua simplicidade, a sua rapidez de execução e a sua limpeza.

O A. apresenta em seguida duas observações de coecostomia e drenagem. Num dos casos havia peritonite difusa infecciosa, conseqüente a uma perfuração apendicular num rapaz de 16 anos. Hipotermia, pulso filiforme. Operação praticada em Junho de 1926, quasi em coma. Algumas gotas de cloreto de etilo. Ventre cheio de pus. Drenagem por duas incisões laterais. Coecostomia na parte superior da incisão direita. 36 a 40 horas depois da intervenção, o estado do doente mudou: supressão dos soluços, vômitos, abaulamento do ventre, hipertermia, pulsações fortes, 35 por quarto. Cura completa ao fim de 9 semanas. Este doente, depois duma permanência de quatro meses no campo, foi reoperado para extirpação do apêndice. Encontra-se facilmente o antigo trajecto fistuloso reduzido a um cordão muito delgado, compacto, no qual se fez, por prudência, uma laqueação. Destruição de mínimas aderências, operação muito fácil.

Na segunda observação, também muito elucidativa, trata-se duma mulher de 30 anos, peritonite generalizada conseqüente a uma gangrena apendicular. Hipertermia, pulso 40 por quarto, irregular, pequeno. Operada de urgência em Dezembro 1926. Drenagem clássica por incisão muito longa à direita, com coecostomia na parte superior. 48 horas depois desta intervenção

o pulso torna-se regular, rápido, 3o por quarto, a hipertermia ainda persiste, supressão dos vômitos, do abatimento, o doente evacuou e diz-se aliviado, cura completa em 10 semanas.

Conclusão: acoecostomia, combinada com larga drenagem abdominal, é para aconselhar na peritonite infecciosa difusa, além dos meios terapêuticos conhecidos.

Bibliografia sobre o assunto.

(Neuman praticou também *in extremis* uma coecostomia numa mulher que tinha uma peritonite generalizada e que já tinha sido incisada para drenagem. Esta coecostomia provocou uma evacuação de matérias, e desde o dia seguinte, os fenómenos de septicémia começaram a desaparecer. Cura perfeita).

MENESES.

O tratamento da poliomielite anterior aguda pelo soro de Pettit. (*Le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par le sérum de Pettit*) — *Journal des Praticiens*. N.º 51. 17 de Dez. 1927. Pag. 845, 846,

Pettit, tendo inoculado a poliomielite a macacos, lembrou-se de utilizar como anti-génio a medula desses animais e injectou repetidas vezes a carneiros uma suspensão em soro fisiológico de medula de macaco. Verificou depois que o sangue desses carneiros tinha adquirido a propriedade de neutralizar *in vitro* a medula de macaco morto de poliomielite, pois que injectando no cérebro de um macaco uma emulsão dessa medula misturada ao soro de carneiro o animal nada sofre enquanto que um C. C. da emulsão injectada a outro animal, sem lhe adicionar o soro de carneiro determina uma poliomielite mortal.

Experimentou *in vivo* com bons resultados.

Últimamente Pettit utiliza o soro de cavalo.

Devem empregar-se doses altas:

No adulto 10 c. c. por via intra-raquidiana; 3o a 4o c. c. por via intramuscular, durante pelo menos 4 ou 5 dias. Não deve utilizar-se a via intravenosa para evitar acidentes anafiláticos que podem ser de certa gravidade.

ALMEIDA DIAS.

As indicações clinicas da electro-radioterapia em ginecologia. (*Les indications cliniques de l'électro-radiothérapie en gynécologie*) por ETIENNE PIOT — *Journal des Praticiens*. N.º 15. 9 Abril 1927. Pag. 246, 248.

Segundo o A., na *vulvo-vaginite* a diatermia dá resultados favoráveis. A dôr diminuirá rapidamente e ainda é de considerar a acção antimicrobiana.

Em alguns casos de *metrite* a diatermia tem também uma acção favorável sobre os fenómenos dolorosos.

A *salpingite* melhora também com o tratamento diatérmico, pela acção analgésica, descongestionante e mesmo antimicrobiana.

Contra as diferentes *perturbações da menstruação* a electro-radioterapia poderá ainda ser tentada com sucesso em determinados casos:

Na *amenorreia* das nervosas ou *surmenées* a cura opoterápica associada à diatermia praticada alguns dias antes do período menstrual, activando a nutrição dos ovários, poderá contribuir para regularizar definitivamente a função.

Em certos casos de *dismenorreia* a diatermia não só calmará as dores, como ainda pela sua acção directa sobre o ovário pode contribuir para regularizar o fluxo menstrual.

Bordier refere bons resultados em certos casos de *metrite hemorrágica*. Nas mulheres, em período da menopausa, a irradiação é o tratamento mais favorável dessas perturbações hemorrágicas.

Nos casos de *esterilidade por insuficiência ovárica e infantilismo* aconselha a roentgenterápia em doses fracas associada ou não à diatermia.

Nas *perturbações da menopausa* refere que Borak obteve bons resultados irradiando em pequenas doses a hipófise e o corpo tiróideo. Nas mulheres em que o pêso aumenta irradia a hipófise, naquelas em que o pêso se mantém irradia o corpo tiróideo.

ALMEIDA DIAS.

A insuflação tubária no tratamento da esterilidade feminina. (*L'insufflation tubaire dans le traitement de la stérilité féminine*), por J. L. — *Journal des Praticiens*. N.º 45. 5 Nov. 1927. Págs. 732, 734.

As estenoses ou as oclusões tubárias são, para muitos ginecologistas, a causa quasi exclusiva da esterilidade feminina. O diagnóstico de obstrução tubária só passou a poder firmar-se com segurança desde que, há poucos anos ainda, alguns autores tentaram, na mulher, para fins diagnósticos, o pneumo-peritoneu, insuflando o gás por via vaginal. Verificaram que, em certos casos, o gás não passava e chegaram à conclusão que, em tais casos, o obstáculo estava na oclusão das trompas.

O A. dá a técnica da insuflação tubária. Tendo, a princípio, sido empregados vários gases, ultimamente insufla-se o ar atmosférico purificado pela passagem num filtro de algodão esterilizado.

O aparelho de Donai, que o A. descreve, foi já descrito na *L. M.*

O A. conclue afirmando que: «A insuflação não deve ser tentada senão após um minucioso exame que mostre a integridade da vagina, a sua não infecção, a alcalinidade das suas secreções, a existência de um útero normal, em posição normal (visto os desvios uterinos serem, algumas vezes, a única causa de esterilidade), livre de qualquer infecção aguda ou recente, livre ainda de obstáculo intra-uterino (polipo-fibroma). Também não devem insuflar-se as doentes com hemorragias, para não correr o risco de injectar sob pressão o ar em vasos abertos, podendo assim provocar embolias gasosas, ou pelo menos reflexos perigosos».

Um grande número de mulheres não pode, pois, ser submetido à insuflação que em caso algum será praticada antes de passada uma semana sobre o período menstrual.

ALMEIDA DIAS.

«Ulcus duodeni» e vias biliares. (*Ulcus Duodeni und Gallenwege*, por H. KALK e P. SIEBERT — *Klin. Woch.* N.º 49. 1927.

O quadro clínico da úlcera do duodeno, depois dos progressos que a radiologia nos trouxe, é claro. Pelas mesmas razões também é fácil o diagnóstico das doenças inflamatórias e da litíase das vias biliares. Há formas larvadas de ambas as doenças que permitem com dificuldade o diagnóstico. Há ainda formas em que os sintomas de «ulcus duodeni» por um, lado e os de colecistatía por outro, aparecem no mesmo caso. Os AA. pensam que esta forma de «ulcus duodeni» com sintomas de doença das vias biliares, é mais frequente do que até agora se julgou. Uma perfeita anamnese e um cuidadoso exame objectivo permitirão isolar com mais frequência este quadro clínico.

Os AA. resumem o quadro clássico da úlcera do duodeno e em especial os sintomas que permitem o diagnóstico diferencial com a colecistite: periodicidade dos sintomas; dor tardia, a clássica dor da fome desaparecendo com a ingestão de alimentos; descrevem as várias formas de dor, desde a simples sensação de pressão até à cólica e à dor lancinante; a irradiação da dor faz-se para a direita e para as costas e raramente para o ombro; encontra-se uma dor à pressão a meio da metade superior do abdómen, um pouco para a direita, por vezes na região correspondente ao piloro.

Extraordinariamente importante é a sensibilidade à percussão, isto é, a dor despertada pelo exame com um martelo de reflexas ou de percussão. Este fenómeno, na aparência tão simples, resulta da associação de vários componentes: hiperestesia e hiperalgesia da pele no sentido da Zona de Head, hiperalgesia de alguns segmentos dos músculos do ventre, hiperestesia do peritónio parietal e aumentada sensibilidade do órgão doente. Na úlcera da região pilórica e do duodeno a zona de percussão localiza-se à linha mediana e à direita da mesma e não varia com as inspirações fundas. Na úlcera do duodeno é raro poder-se marcar a Zona de Head a não ser nos casos que ameçam perfuração e conseguiremos obter uma Zona de Head para a esquerda da linha mediana quando haja penetração no pâncreas.

Na colecistite e colelitíase o quadro clínico é igualmente bem caracterizado. A dor é independente das refeições, sobrevém repentinamente por acessos como qualquer cólica. Localiza-se por debaixo do rebordo costal direito e irradia para a direita, para as costas e ombro. A comparticipação do fígado traduz-se por icterícia mais ou menos ligeira, por aumento da bilirubina no sêro. O próprio fígado está aumentado de volume e doloroso e o seu bordo é nitidamente palpável. A Zona de Head localiza-se à direita correspondendo ao oitavo ou nono segmentos torácicos. A zona de percussão marca-se à direita, correspondendo à posição do órgão doente; modifica-se porém na inspiração profunda e torna-se nitidamente maior, que certamente depende da aumentada sensibilidade do fígado.

No quadro do «ulcus duodeni» como comparticipação das vias biliares, ambos os complexos sintomáticos estão mais ou menos misturados. A dor é forte, semelhante a cólica e irradia ao ombro, sendo entretanto raro que perca a relação com as refeições. As zonas de hiperestesia aparecem localizadas aos oitavo e nono segmentos torácicos; o fígado, muitas vezes aumentado de vo-

TERAPEUTICA DA SIFILIS

OTRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

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

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



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
do Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineracs do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

AGE-VACCIGON

PRATA COLOIDAL COM VACCIGON (Vacina antigonococica)

Recente descoberta científica que permitiu reunir num só específico a *prata coloidal* e a *vacina antigonococica*, na sua nova preparação evitando qualquer ataque violento sobre a albumina bacterial. O melhor e mais enérgico específico para tratamento das *prostatites blenorragicas, cistites, epidemites, doenças uterinas e das articulações e blenorragia uretral*.

Preparação do INSTITUTO SEROTHERAPICO DE DRESDE

Depositários gerais: CORREIA & VALENTE, L.^{da}
LISBOA — PORTO

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

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
8, Rue Dombasle, 8
PARIS

EM BOAS PHARMACIAS

lume, é quasi sempre mais consistente, de forma que o bordo é nitidamente palpável e doloroso. Há por vezes subicterícia. A zona de percursão na inspiração aumenta para baixo e para a direita.

Nestes casos o exame radiológico fornece elementos de valor para o diagnóstico diferencial. O estudo do quimismo gástrico pelo método do exame fraccionado pode ajudar muito no diagnóstico, quando se encontra a verdadeira curva do tipo clássico de Kletter, que depõe a favor da úlcera do duodeno. Se, pelo contrário, se encontra aquilia, então dever-se há pensar numa pura colecistopatia, ela aparece porque muito raramente na úlcera do duodeno.

As determinações da bilirubina no sôro de ulcerados do duodeno mostram em geral valores mais elevados do que nos individuos normais (0,87 % mgr. em vez de 0,64 mgr. %) e, num têtço dos casos, êsses valores estão nitidamente aumentados.

A experiênciã dos AA. leva-os a afirmar que em cêrca de um têtço dos casos de úlcera do duodeno existem sintomas que traduzem lesão das vias biliares.

A causa desta comparticipação consiste em alterações anatômicas definitivas ou passageiras (repuxamentos cicatriciais, tumefacção da mucosa) ou em disquinesias funcionais das vias biliares.

F. FONSECA.

Contribuição para o tratamento dos tumores inoperáveis. (*Beitrag zur Therapie inoperabler Tumoren*), por K. HAHN e H. WIRTH, — *Klinische Woch.* N.º 49. 1927.

Os AA., baseados em trabalhos anteriores, associam a acção quimioterapica dum metal pesado à sensibilizadora da dextrose. O metal pesado que empregam é o bismuto, na forma do preparado Wismut-Diasporal 360 (Chem. Werk Dr. Klopfer G. m. b. H. in Dresden).

Antes da irradiação os doentes recebem injeccões intravenosas de Wismut-Diasporal 360. Cinquenta mgr. de bismuto por injeccão; injeccões 2-3 vezes por semana.

Transcrevemos um dos casos tratados pelos AA.:

Mulher D. 58 anos. Operada em 1924 de carcinoma da mama esquerda. Exame microscópico: adeno carcinoma com metástases ganglionares (Prof. v. Gierke). Passado ano e meio, nódulos na mama direita, metástases na fronte, tosse. Há seis semanas, dores na perna direita.

Exame em Maio de 1927: tumor do tamanho dum punho no manúbrio; tumor do tamanho dum abrunho na bossa frontal direita; pleurisia esquerda, bronquite, recidiva local na cicatriz operatória. Exame radiológico: carcinosis pleural, exsudado direito, metástases tumorais no ôsso ilíaco direito. Reacção albumina A: positiva. Pêso, vestida: 48,5 kg.

11-V-1927—Depois de 250 mgr. de Bi-Diasporal, irradiação do campo pulmonar doente 500 R.

18-V-1927—Depois de 500 mgr. de Bi-Diasporal, irradiação do ôsso ilíaco direito e do manúbrio, cada 500 R.

24-V-1927—Esclarecimento do campo pulmonar. Dores na perna direita completamente desaparecidas.

21-VI-1927—Irradiação da recidiva local 500 R. O tumor da bossa frontal desapareceu completamente sem irradiação (depois de 700 mgr. de bismuto).

8-VII-1927—A metástase da fronte cresceu novamente.

1-VIII-1927—Tôdas as metástases invisíveis desapareceram. A doente encontra-se bem, pode passear e viajar.

23-IX-1927—Além de 2 pequenos gânglios supraclaviculares direitos duros, não há outras metástases. Pêso 53,5 kgr.

O número dos casos é pequeno e o tempo de observação curto.

F. FONSECA.

As indicações da frenicectomia na tuberculose pulmonar. (*Die Indikationen zur Phenikuseschairesse bei Lungentuberkulose*), por L. DUNNER. — *Die Therapie d. Gegenwart*. N.º 12. 1927.

O A, baseado na sua prática, estabelece as seguintes indicações para a frenicectomia:

1) Tuberculose unilateral da base quando não é possível o pneumotorax.
2) Na tuberculose da base e simultaneamente com o pneumotorax se não conseguimos ou com o pneumotorax ou com o processo de Jacobeaus desfazer as adherencias que se opõem ao colapso do pulmão.

3) Na tuberculose unilateral total e quando não é possível o pneumotorax, o A, tem obtido bons resultados com a frenicectomia. Se, decorridos 3 a 6 meses, o doente não melhora e pelo contrário as lesões progridem, então aconselha a toracoplastia.

4) Na tuberculose bilateral, usando para um dos pulmões o pneumotorax e para o outro a frenicectomia.

F. FONSECA.

Sobre o chamado «Fabismus». (*Über die sogennanten «Fabismus»*). — *Klin. Woch.* 1927.

O A. apresenta um caso de fabismo, quadro mórbido caracterizado por anemia repentina e urobilinúria, muitas vezes seguida ou acompanhada de icterícia e hemoglobinúria. A ingestão de favas frescas ou mal cozinhadas, ou a inalação do pólen das flores da planta são as causas apontadas do fabismo. A doença ataca, em regra, as crianças e os adultos, poupando mais os lactantes e os velhos. Não confere imunidade. Para o A. trata-se mais dum síndrome anafilático alimentar do que dum síndrome tóxico. O prognóstico é, a maioria das vezes, favorável, dependendo da gravidade da hemólise e do poder de regeneração dos órgãos hematopoiéticos. A morte pode sobrevir em dois, três ou mais dias, com os sintomas duma anemia aguda.

Como tratamento o A. aconselha a adrenalina durante o período de «chock». Se esta já passou, a terapêutica será instituída no sentido de comba-

ter a anemia aguda. A transfusão tem grandes indicações. Estão também indicadas a fleboclise e as injeções sub cutâneas de soro fisiológico.

F. FONSECA.

Insónia e sua cura. (*Schlaflosigkeit und ihre Heilung*), por E. WESZ—*Therapie der Gegenwart*. N.º 12. 1927.

Não se deve poupar o uso dos hipnóticos no tratamento da insónia, pois com o seu emprêgo habituamos o organismo novamente ao sono. O A. obteve bons resultados, nos casos mais graves, com o «Phanodorm».

F. FONSECA.

Sobre a aparição da hipo e aquilia nos homens normais. (*Sur l'apparition de l'hypo et l'achylie chez des hommes normaux*), por DAHL-IVERSEN.—*Lyon Chirurgical*. T. XXIV, n.º 5. 1927.

A diminuição da secreção de ácido clorídrico nos doentes litiásicos não é determinada pela própria litíase biliar e pode explicar-se pela hipo e aquilia que se encontram em pessoas aparentemente normais sob o ponto de vista gástrico.

Nos doentes litiásicos observados a secreção de ácido estava diminuída em 31 % dos casos, sendo 22 % de hipoacidez e 9 % de aquilia.

Nos indivíduos aparentemente normais, sob o ponto de vista gástrico, há diminuição da secreção ácida em 35 % dos casos, sendo 24 % de hipoacidez e 11 % de aquilia.

Nos litiásicos há dispepsia entre as crises em 40 % dos casos. As observações indicam que a dispepsia entre as crises de litíase biliar é provocada pela hipo-aquilia, latente nos indivíduos normais.

F. FONSECA.

As injeções sépticas. (*Les injections septiques*), por A. LUMIÈRE ET M.^{me} LESBROS.—*Lyon Chirurgical*. T. XXIV, n.º 5. 1927.

Os AA., em resposta a uma carta de um médico francês, pedindo-lhes o parecer sobre um doente em quem uma injeção de um composto de bismuto insolúvel parecia ter determinado acidentes sépticos mortais, concluem que a injeção intramuscular de precipitados insolúveis constitui uma condição particularmente favorável à infecção. O perigo da infecção local ou geral resulta de duas condições reunidas: presença de agentes patogêneos e administração de um produto insolúvel. Dada a impossibilidade de realizar na prática a asepsia absoluta, será necessário ter ainda mais cuidados na esterilização do material, das mãos e da pele quando se fizerem injeções de substâncias insolúveis.

F. FONSECA.

Biblioteca da «Lisboa Médica» (1)

Obras recebidas :

Les Tumeurs du corps calleux. (*Rapports entre l'age et les troubles mentaux*), par EGAS MONIZ. (Separata do *Encéphale*, Journal de Neurologie, de Physiologie pathologique de Système nerveux, n.º 7, 1927.

O A. relata dois casos pessoais, a propósito dos quais pensa que «l'age du malade est un élément à mettre en équation dans la symptomatologie mentale des syndromes calleux». Baseado nos seus casos, e na estatística dos casos até hoje publicados, e nos quais se encontra uma diferenciação do síndrome psíquico segundo a idade, o A. chega às seguintes conclusões :

1.ª—Há um tipo de síndrome mental que recorda o da demência precoce nos doentes novos atingidos de tumores calosos.

2.ª—Um tipo de paralisia geral para a idade média.

3.ª—Um tipo de demência senil para idade avançada.

De uma maneira geral, o factor da idade, que até aqui não tem sido considerado, é bastante importante para nos orientar sobre os diversos aspectos do síndrome mental nos doentes atingidos de tumores do corpo caloso.

Tumeur du lobe frontal droit visible à la radiographie, par EGAS MONIZ. (Separata da *Revue Neurologique*), T. II, n.º 3, 1927.

Há, no caso apresentado pelo A., particularidades que mereciam ser conhecidas. Tratava-se de um grande tumor do lobo frontal direito, não apresentando o doente as perturbações mentais que aparecem ordinariamente nos tumores desta região.

A radiografia mostrou a existência do tumor de grande extensão, bem visível, certamente por se tratar de um psamoma.

Une tumeur visible à la radiographie chez un épileptique, par EGAS MONIZ. (Separata do *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*), n.º 5, 1927.

O A. conclui que é preciso radiografar os doentes não somente com hipertensão craniana, mas também os que tiveram acessos epiléticos de tipo jacksonian nas primeiras idades.

(1) Só fazemos referência às obras, das quais nos sejam enviados dois exemplares.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O ensino médico na Argentina

Publicamos a seguir um resumo de alguns factores que determinaram o nível hoje alcançado pelo ensino médico na Argentina, com real vantagem para a sua finalidade profissional :

A instituição germânica dos docentes livres, estabelecida no estatuto universitário argentino, em virtude do qual podem fazer cursos e conferências, equiparados aos oficiais, os professores substitutos, diplomados nacionais e estrangeiros, e indivíduos de especial competência reconhecida, com prévia autorização da Faculdade, determinou uma emulação e um estímulo nos professores catedráticos. Como o ensino daqueles é equivalente ao destes, os alunos procuram os que maior soma de conhecimentos lhes oferecem. Os professores catedráticos, sob pena de verem as suas aulas e os seus serviços desertos, são assim impelidos a criarem um máximo de rendimento. Estes são obrigados a ceder aos primeiros a sala da aula e todos os elementos docentes de que necessitem, quando não têm serviço próprio. Os docentes livres e os professores substitutos são obrigados a um determinado número de lições anuais. Assim adquirem o hábito do ensino, quando algum fôr escolhido para catedrático.

A assistência às aulas é livre, e nos exames intervêm os professores livres para se impedir a possibilidade de uma injustiça por parcialismo dos professores a favor dos seus alunos, e contra os outros.

O Estado, com o fim de tornar prático o ensino, dá à Faculdade o número necessário de ajudantes. O número de professores para cada cadeira depende da extensão da matéria. A cadeira de Fisiologia, por exemplo, tem dois professores. As Clínicas médicas e cirúrgicas, pela vastidão dos assuntos, são cursadas nos últimos dois anos, sem programa e com quatro professores oficiais cada uma, entre os quais o aluno escolhe livremente o seu mestre. As clínicas são precedidas das respectivas patologias, cursadas no 4.º ano.

Não há o critério simplista de manter as mesmas cadeiras em tôdas as Faculdades. Assim, só na de Buenos-Aires é que existem as cadeiras de Vias urinárias, de Radiologia e Fisioterapia, Neurologia, Psiquiatria e Doenças infecciosas.

Na Faculdade de Buenos-Aires há quarenta professores catedráticos, cada um dos quais tem, conforme as matérias a ensinar, um chefe de clínica, um de laboratório e vários de trabalhos práticos. O ensino realiza-se na Faculdade, no Hospital de Clínicas e noutros hospitais que dispõem de material abundante. O número de professores substitutos é de quatro ou cinco para cada cadeira, estão representados no conselho da Faculdade, e são

eleitos por concurso. Os seus cursos têm o mesmo valor oficial que o dos professores titulares

Algumas cátedras fôram transformadas em Institutos. Existem, assim, os Institutos de Semiologia, de Clínica Médica, e os de Clínica Cirúrgica, montados com todo o material necessário para o ensino e para a investigação científica.

A Biblioteca da Faculdade dispõe de 75.000 volumes, sempre acrescida todos os anos, e recebe 1.400 revistas médicas de todo o mundo, facilitando a investigação e pondo à disposição do público fichas ordenadas por matérias e autores, proporcionando os seus empregados bibliografia sôbre um determinado assunto a quem dela necessitar.

A base dêste sistema de ensino tão vantajoso, e de tão extraordinários resultados que equipara a Faculdade de Medicina de Buenos Aires às melhores da América do Norte e da Europa, é constituída pela liberdade na docência e na assistência do aluno às aulas, pela inspecção do ensino dos professores livres, de sorte a assegurar uma maior utilidade pedagógica, pela existência de mais de um professor nas clínicas médicas ou cirúrgicas, permitindo ao aluno escolher o professor que melhor ensina, e pela intervenção do conselho da Faculdade na aprovação dos programas.



A encefalografia arterial

Do n.º 47 (Novembro de 1927) da *Revista Barcelona* transcrevemos o seguinte artigo do notável neurologista espanhol, B. Rodrigues Arias, que traduzimos:

Os tumores cerebrais podem ser já localizados, graças à nova prova, chamada «encefalografia arterial» e devida aos trabalhos de Egas Moniz, o sábio neurologista da Faculdade de Medicina de Lisboa.

A ventriculografia de Dandy e as injecções lipiodoladas, ascendentes de Sicard não são suficientes, todavia, para permitir certos diagnósticos topográficos das neoplasias cerebrais.

Por outro lado, o perigo de determinadas monobras técnicas não é pequeno. Enfim, a interpretação dos ventriculogramas é muito mais difícil do que à primeira vista se possa supor. Os casos de Dandy, Stewart, Sargent, Bingel, Sicard, Elsberg, Wartenberg, Grant, Mc. Conell, Martel, Denk, etc. são muito demonstrativos a êste respeito. Recentemente, O. Jüngling e H. Peiper, no seu livro sôbre *Ventrikulographie und Myelographie in der Diagnostik des Zentralnervensystems* (G. Thieme, 1926) descreveu tudo o que se refere a estes métodos modernos de roentgendiaagnóstico, e tanto as vantagens com os inconvenientes.

E. Moniz, em vista disso e tomando por base as investigações de Graham,

Cole e Copher a propósito do curioso processo da visibilidade da vesícula biliar, propôs a prova da visibilidade das artérias do cérebro, conseguida com uma substância opaca, não oleosa, inofensiva, injectada por via arterial (carótida interna) em quantidade suficiente e com a rapidez necessária para evitar uma diluição sucessiva, não apreciável na chapa radiográfica.

A figura normal da rêde anterior do cérebro é muito constante. Nos casos de neoplasia, seja qual fôr o seu tamanho, notar-se hão diversas modificações, e quando se trata de tumores muito vascularizados, aparece uma verdadeira «mancha».

Nos primeiros casos do autor (expostos na Sociedade de Neurologia de Paris) a radioarteriografia cerebral permitiu orientar o estudo focal das supostas neoplasias, precisando o diagnóstico e favorecendo uma terapêutica precoce, que é aquela para que sempre se deve tender — quer seja operatória ou radiológica — em matéria de neoformações nervosas, sobretudo na cavidade craniana.

Indiscutivelmente, nem a técnica operatória, nem a técnica radiológica aconselhadas por Moniz serão as definitivas. Demais a experiência actual é ainda escassa e não cabe tirar dela demasiadas conclusões. Como em tudo que é novo, é preciso fomentar o trabalho de muitos, quando a idea primitiva é valiosa e merece ser tomada em conta. E neste caso, o caminho traçado por Moniz pode ser altamente vantajoso para o porvir da Neurologia.

*
* *
*

Colectividades científicas

Sociedade das Ciências Médicas do Lisboa

Na sessão de 20 de Dezembro, desta colectividade, fêz o sr. dr. Costa Santos uma conferência sôbre «Lister e a sua obra». Na de 7 de Janeiro fêz o sr. dr. Américo Durão uma comunicação, subordinada ao titulo «A aparelhagem nas fracturas abertas do ante-braço», apresentando um aparelho da sua invenção para ser aplicado nêsses casos.

Sociedade Portuguesa de Biologia

Na sessão de 5 de Dezembro último, foram apresentadas as seguintes comunicações:

«Sur le pouvoir réducteur des muscles fatigués», par Anselmo da Cruz;

«A propos de la transmission humorale des effets de l'excitation des nerfs cardiaques. Action spécifique de substances extraitées du cœur de Mouton sur le cœur de la Grenouille», par Idalino Gondim.



Na sessão de 8 do corrente, foram presentes os seguintes trabalhos:

«Effet de l'injection intramusculaire d'adrénaline sur la contractilité du gastrocnémien de la grenouille surrénalisée», par M. Ferreira de Mira;

«Sur le trajet suivi par le bacille tuberculeux depuis le duodénum jusqu'au poumon», par Lopo de Carvalho et Ferreira de Mira, Fils;

«De l'action de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse sur le métabolisme de l'eau chez l'homme normal, dans la diabète insipide et la sclérose renal», par Eduardo Coelho;

«Les relations entre la sécrétion interne et la sécrétion externe du pancréas», par Eduardo Coelho et J. Candido Oliveira;

«Reacções das substâncias simpática e vagal extraídas do coração do carneiro», por Idalino Gondim.

*
* * *

3.º Congresso Nacional de Medicina

A Comissão Executiva do 3.º Congresso Nacional de Medicina resolveu que o mesmo Congresso se realizasse, de 29 de Abril a 4 de Maio, na capital conforme havia sido determinado na última reunião que houve, no Porto, em Junho do ano findo.

É presidente dessa comissão o presidente da Sociedade das Ciências Médicas, sr. dr. Costa Sacadura, tendo sido investido no cargo de secretário geral o sr. dr. Cancela d'Abreu, a quem deve ser dirigida toda a correspondência, para a rua do Alecrim, 53, 2.º, onde se instalou a secretaria do Congresso.

*
* * *

Perante a Comissão Pedagógica da Faculdade de Medicina de Lisboa, está aberto concurso, pelo prazo de 30 dias, a contar de 3 do corrente, para execução do artigo 241.º do Regulamento na disposição seguinte:

«A Faculdade instituirá 3 prémios anuais de 100,000 escudos, destinados a galardoar os três melhores trabalhos científicos publicados pelos assistentes, professores livres e alunos, durante o ano civil anterior. O julgamento terá lugar no mês de Julho».

Os candidatos deverão enviar à secretaria os seus trabalhos, em subscrito fechado, dentro do prazo do concurso, o qual é aberto para os prémios referentes a 1927.

*
* * *

Começamos a publicar neste número as folhas de um atlas hematológico, com os anúncios da Casa Baldacci, de Pisa. Os assinantes da Revista, que queiram guardar o referido Atlas, receberão, ao terminar a publicação, uma elegante capa para encadernação.

LACTOLAXINA FYDAU

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

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

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

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

ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON - SINCOPEs CARDIACAS - HEMOPTISES, ETC.

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



*Tratamento completo das doenças do figado
e dos syndromas derivativos*

Litíase biliar. Insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: 1/2 dose

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



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

A REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
HONROSA AO EXPOSITOR *Alves & C.^o*
irmãos pelos productos "Wander."

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Berne

A. Almeida D. S.

Pro memoria:

**OVO
JEM/
bacal
gosto
ALUC
de
C
e**

E, fortificante;
do de fígado de
mento do seu
Jável.
ra a hiperaci-
onsequências;
axante tónico

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.
MALTOSAN, sopa de malte
Keller;
NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^a (IRMÃOS)

dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA