



Ano X

N.º 2

Fevereiro 1933

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

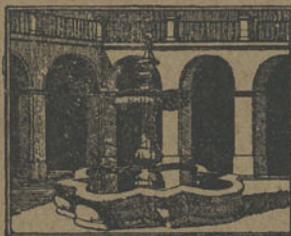
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^o — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

Granulos de Catillon a 0,0004 **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, Medaiba de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O



Phosphorrend

ROBERT!
NA SUA TRES FORMAS:
GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT!

Sala 3

Est. 9

Tab. 2

N.º 22

Deposítarios para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^o

240, Rua da Palma,

Novos preparados orgânicos.

Os preparados orgânicos Merck, comprovados e preferidos há dezenas de anos, estão presentemente estandardizados e examinados biologicamente, segundo as mais recentes bases de investigação.

Novarial Merck: substância ovárica aberta para o tratamento de perturbações menstruais, climatéricas, amenorrea ovárica, dismenorrea, infantilismo, etc

estandardizado

1 comprimido contém 10 unidades de rato
Tubos de 20 e
Frascos de 50 e 100 comprimidos.

Ferrovarial Merck: Novarial + Fe para o tratamento causal da clorose e anemia agravadas por perturbações menstruais

estandardizado

1 comprimido contém 10 unidades de rato
Tubos de 20 e
Frascos de 50 e 100 comprimidos.

Tiroidina Merck: preparado extremamente activo e obtido da glândula tiroideia total, indicado no tratamento de mixedemas, caquexia tireopriva, obesidade tireogena, etc.

biologicamente fiscalizada

A **Tiroidina Merck** tem em determinados casos, um grande valor como diurético.

Ovarial Merck: preparado seco de ovários, para o tratamento da insuficiência ovárica (veja-se Novarial).

biologicamente fiscalizado

OVARIAL MERCK em comprimidos
Tubos de 20 e
Frascos de 50 e 100 comprimidos.



E. MERCK DARMSTADT

Peçam amostras e literatura a:
E. MERCK-DARMSTADT
Secção Científica Lisboa
Rua dos Douradores, 7. LISBOA

Representantes:
ESTABELECIMENTOS HEROLD Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ - SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado

30 GOTAS = 1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

COIRRE, 5 Bd. du Montparnasse, Paris (6°)

AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

**A BASE BIOLÓGICA
DA RESISTÊNCIA ÀS**

TUBERCULOSES

Biocholine

CLORIDRATO DE CHOLINE R. & C. PARA INJEÇÕES SUB-CUTANEAS

Segundo os trabalhos do Prof. J. CARLES e do Dr. LEURET. (Comunicação feita na Academia de Medicina — 18. Fevereiro 1930.)

Uma injeção de 2 em 2 dias. Produto quimicamente puro; Sem toxicidade; injeções indolores.

PREPARAÇÃO FEITA SOB A VIGILANCIA FISIOLÓGICA E CLÍNICA DOS AUTORES

Laboratórios ROBERT & CARRIERE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (15°)

Agente em Portugal: A. G. ALVAN — R. da Madalena, 66, 2.º — LISBOA

Salvitaes

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalização.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.

.....
 AMERICAN APOTHECARIES CO.

New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

Gimenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



Para intensificar a acção da Fisioterapia

NO TRATAMENTO DA

*SINUSITE, ERISIPELA, BRONQUITE,
OTITES MÉDIA, COLECISTITE,*

e inúmeros outros estados nos quais se indica a aplicação do calor, quer seja de energia radiante fornecida por luz artificial, ou pela diatermia, o uso de um adjuvante para prolongar o efeito desses procedimentos é de valor inestimável. A

Antiphlogistine

é um excelente adjuvante da Fisioterapia

Ela constitui sobre a parte afectada uma cobertura quente, impermeável e protectora, o que agrada sobremaneira ao paciente.

Quarenta anos de exito continuado confirma o valor da *Antiphlogistine*, nos estados em que ha inflamação ou congestão.

Sob pedido enviaremos gratuitamente amostras e literatura.

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163 Varick Street,

York New, N. Y.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodré, 8, 1.

LISBON

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos
 do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 21476
 } G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701



HICKS O TERMÓMETRO
 DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

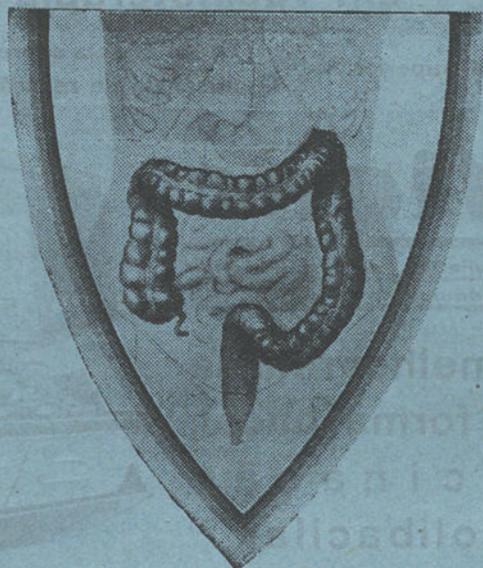
GENUINO

MARCA  REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes: **COLL TAYLOR, LDA.** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA
 Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Leões, 35 - 37



Movimento Normal do Intestino

O 'Petrolagar' normaliza o movimento do intestino, porque:

- (1) Lubrifica e amolece a massa fecal.
- (2) Não tem propriedades irritantes, nem implica com a mucosa intestinal.
- (3) Não vicia o intestino.

O 'Petrolagar' compõe-se de 65% de parafina medicinal pura emulsionada com agar-agar. Pode receitar-se sem receio.

PETROLAGAR LABORATORIES LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES N. 16, INGLATERRA

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

2 novidades em vacinoterapia

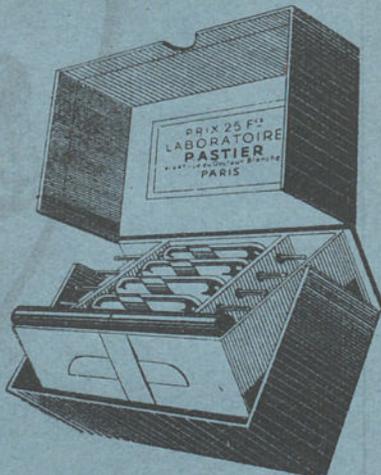
Dupla superioridade

Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar ⁽¹⁾



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil administração) pode usar-se com o mesmo successo. ⁽²⁾

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C. — R. da Palma, 240-246 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Myalgie epidémique du tronc</i> , par Ricardo Jorge.....	Pág.	61
<i>Lição inaugural do curso de 1932-33</i> , por A. Borges de Sousa.....	»	68
<i>A possível etiologia diftérica de certas paralisias faciais sem sinais clínicos de difteria</i> , por Carlos Salazar de Sousa.....	»	79
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	88
<i>Bibliografia</i>	»	109
<i>Notícias & Informações</i>	»	VII

MYALGIE ÉPIDÉMIQUE DU TRONC

(Maladie de Bornholm)

PAR

RICARDO JORGE

Sous le titre de *Maladie de Bornholm*, M. Madsen a communiqué au Comité de l'Office, dans la session de Mai 1932, une note do Dr. Ejnar Sylvest et a attiré l'attention sur cette actualité épidémique si curieuse et bizarre. On l'étiquette au Danemark—*Maladie de Bornholm*— parce que c'est dans cette île de la Baltique, lieu de villégiature, qu'elle a dernièrement défrayé la chronique. Désignation toponymique et occasionnelle, on doit chercher à la remplacer par une nomenclature rationnelle, et d'autant plus que, comme pour d'autres espèces infectieuses nouvellement aperçues, on lui retrouve une vieille histoire, sous divers noms d'emprunt. D'après un rapport, redigé déjà en 1925 par M. Morgan pour le *Ministry of Health*, qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, une infection de nature obscure, mais de traits semblables, faisait des apparitions depuis 1872 en Norvège, aux États-Unis et en Angleterre, recevant des dénominations variées, telles que — *Maladie de Bamle*, *Spasme diaphragmatique épidémique*, *Pleurodynie épidémique*, *Névrite intercostale épidémique*, *Devil's Grip* (Grippe du diable), *Épidémie semblable à la Dengue*, etc. La note do Dr. Ejnar Sylvest fait remonter la première constatation à 1856 (Islande), suit ses éclosions récentes et anciennes en Islande, Danemark, Norvège, Suède, Allemagne, Angleterre et États-Unis, enregistrant encore

d'autres appellations — *Pleuritis epidemica*, *Rhumatisme des muscles de la poitrine*, etc.

Préjugeant sur sa nature, cette note la baptise *Myositis acuta epidemica*, nom qui peut soulever des objections. La myosite, comme nous le verrons tout-à-l'heure, n'a pas été contrôlée pathologiquement — ce n'est qu'une déduction seméiologique; et d'ailleurs, à notre avis, le titre de myosite tendrait à écarter une hypothèse très admissible — celle du siège nerveux, d'une névropathie dominant la myopathie.

En se tenant tout simplement aux traits caractéristiques qui l'ont individualisée aux yeux des cliniciens et des épidémiologistes, il nous paraîtrait préférable d'adopter, jusqu'à plus ample informé, une appellation nosographique, telle que celle de *Myalgie épidémique du tronc*, qui nous sert d'épigraphe.

Les cas de Lisbonne. — Lors qu'il a présenté cette nouveauté épidémique, M. Madsen a mis en éveil la curiosité des membres du Comité, en leur demandant si l'infection aurait déjà été décelée, ou pourrait l'être, ailleurs que dans le nord de l'Europe et de l'Amérique; et, en vue de cette trouvaille possible, il m'a sollicité personnellement, je ne sais pas par quelle sorte de déviation, puisque en effet, sans l'espérer, je parvins à donner suite à son appel et satisfaction à son désir.

Infection septentrionale à foyers situés dans les climats froids, ne dépassant pas jusqu'ici les pays scandinaves, les États-Unis, l'Angleterre et Allemagne, il semblait peu probable qu'elle soit retrouvée dans un pays du midi comme le Portugal. Je me suis dit cependant que, s'agissant d'une maladie saisonnière qui sévit le plus souvent à l'époque estivo-automnale, elle dénonce une thermophilie qui lui permettrait de faire souche chez nous. Or nous étions justement, après ma rentrée, en plein été, au mois de Juillet.

Voilà pourquoi nous avons eu recours à un procédé de sondage qui nous a souvent réussi: celui d'un avis adressé aux médecins par la voie de la publicité d'un grand quotidien de Lisbonne, lu dans le pays entier — annonçant la naissance d'espèces infectieuses nouvelles ou l'écllosion épidémique d'espèces peu connues, pour qu'elles ne passent pas inaperçues des cliniciens. Les

praticiens ainsi mis en éveil, leur sollicitude se manifeste en nous faisant parvenir des renseignements et des observations, même des contributions d'intérêt pour l'épidémiologie locale ou générale. J'ai répété l'essai pour la nouvelle maladie, mettant sous les yeux des confrères le tableau saisissant du syndrome et les données puisées dans la note de M. Madsen. Le résultat ne se fit pas attendre.

Une dizaine de jours étaient à peine passés depuis l'article publié le 18-7-932, quand je reçois un coup de téléphone de la part d'un confrère de Lisbonne, le Dr. Albino Pacheco, pour m'informer qu'il soupçonnait fortement d'être en présence d'un cas, tant la ressemblance avec le cadre clinique que j'avais divulgué lui paraissait flagrante. Il s'agissait d'une malade qu'il engagea à venir me voir — ce qu'elle fit aussitôt très gracieusement. Ce qui la poussait à faire cette démarche, ce n'était pas réellement le désir de satisfaire ma curiosité d'épidémiologiste, mais le désir naturel d'une personne en quête de quoi que ce soit qui puisse la soulager. Elle croyait naïvement qu'ayant pris connaissance de l'affection, j'aurais apporté aussi avec moi le secret de la cure du mal.

Voici les résultats de mon examen et de mon interrogatoire, complétés par les renseignements aimablement fournis par le médecin traitant :

F., âgée de 27 ans, bien constituée et habituellement en bonne santé. Elle venait de faire un avortement qui s'est bien passé. Il y a trois semaines, le soir du 6 Juillet, étant déjà couchée, la maladie la prend subitement. Elle est assaillie tout d'un coup de douleurs lancinantes qui la font se tordre et crier; débutant entre la colonne vertébrale et l'omoplate à gauche, elles finissent par envahir tout le thorax du même côté. Leur siège est à la nuque, au dos, à la poitrine, à l'épaule et autour de la ceinture, toujours à gauche. Souffrant si violemment et craignant une maladie du poumon, elle fait appeler le Dr. Pacheco qui, après un examen attentif, ne trouve absolument rien du côté de l'appareil respiratoire. La fièvre s'allume avec des frissons, atteignant presque d'entrée 39°,7.

Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, les douleurs s'atténuent, mais s'installent à demeure avec des crises d'exacerbation quotidiennes à des heures variées, plus fréquentes vers le soir; lorsqu'elles deviennent plus aiguës, le thermomètre monte parfois à 38°.

Ces myalgies sont unilatérales, circonscrites à l'hémithorax gauche et à la nuque; elles débordent quelquefois d'une façon passagère sur le côté droit et les bras. La malade se plaint aussi d'une céphalée fréquente. Détaillons

les foyers myalgiques : à la nuque, le trapèze, sur le thorax, les muscles dorsaux, scapulaires, pectoraux et intercostaux ; la douleur en demi-ceinture suivant le rebord costal dénonce l'atteinte du diaphragme. Les muscles intéressés se montrent gonflés — on voit très nettement cette enflure sur le grand pectoral ; la poitrine à gauche est plus bombée qu'à droite. Au toucher, on sent la tuméfaction ; on éprouve l'impression d'un œdème dur et profond. Il y a un peu de sensibilité à la pression, elle était assez prononcée au début.

Cet état myalgique inflige à la malade une véritable torture. Impossible de faire une inspiration à fond, les douleurs deviennent insupportables et empêchent de dilater le thorax ; au commencement elle craignait de mourir asphyxiée. L'effort l'essouffle et aggrave la douleur ; courber le corps lui est pénible, le travail devient impossible. Même les mouvements du cou sont gênés, il y a un peu de torticolis. Ce malaise constant, entrecoupé de souffrances intolérables, a fini par atteindre le moral ; elle est mélancolique, anxieuse, neurasthénique.

Le *diagnostic* direct s'impose — il n'y a qu'à faire le parallèle entre cette observation et la maladie dénommée de Bornholm pour que l'identité saute aux yeux. Le début brusque est un fait presque constant ; ici une fois de plus l'invasion a été soudaine, instantanée. Fièvre élevée de peu de durée, mais, comme il arrive souvent, suivie de nouvelles poussées à rémissions. À remarquer l'unilatéralité, qui m'a frappé, car la note de Sylvest ne la relève pas expressément : d'autres rapporteurs signalent que la douleur est habituellement ressentie du côté gauche du thorax. Ici la myalgie s'est bornée à l'hémithorax gauche ; la nuque est prise aussi, tandis que le ventre est entièrement indemne, la douleur ne dépassant pas le rebord costal. Les muscles abdominaux quelquefois touchés — et à tel point qu'on a pu penser parfois à une appendicite — ont été complètement épargnés. L'exacerbation provoquée par la respiration profonde et par les mouvements du corps qui mobilisent la paroi thoraxique, est un symptôme commun à tous les malades. Enfin la tuméfaction musculaire se fait voir avec la plus grande fréquence.

Donc, un cas nosographiquement net et typique.

Un seul ? ! L'infection, étant fortement épidémique et certainement contagieuse, n'y aurait-il pas d'autres manifestations chez la famille de la malade, chez les habitants de l'immeuble ou dans le voisinage ? Je l'ai interrogée dans ce sens. Dans sa famille, elle n'a rien aperçu ; elle a une fillette et quoique les enfants soient très susceptibles, alimentant parfois des épidémies entières.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

Lisboa



PROGYNON

Hormona sexual feminina
(Hormona folicular) para o tratamento das
perturbações hipoovaricas.

- *Concentração elevada
estandardisação exacta*
- *Amplamente experimentada em
animais (inclusivamente em macacos)*
- *Eficaz por via bucal em virtude
da adição de lipoides especiais*

A experiencia clinica confirma a
sua eficacia nas perturbações da menopausa
e na amenorreia secundaria.

EMBALAGENS

ORIGINAIS:



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Os nossos concessionários

Schering Sociedade Anónima Portuguesa de Responsabilidade Limitada
Largo da Anunciada 9, 2.º

LISBOA

res, elle n'a pas été atteinte. Dans la maison, oui : à peu près un mois avant, une autre femme, âgée de 34 ans, est tombée malade avec un cortège symptomatique presque identique. Les algies siégeaient dans l'hémithorax, mais à droite. Le torticolis a été si accentué qu'elle fut voir un rebouteur. La maladie a été plus courte et bien plus légère. Le Dr. Pacheco l'a vue après et a confirmé cette concordance.

Il se peut que ce manque d'expansion soulève des doutes sur le diagnostic; elles n'ont pas assez de force pour l'obscurcir. Les maladies infectieuses, même les plus diffusibles et contagieuses, manquent souvent d'essor épidémique; c'est un fait connu et trivial. Il suffit de citer, par analogie, la méningite cérébro-spinale et la poliomyélite. Cette sporadicité ne nous semble pas ébranler le diagnostic posé.

La thérapeutique s'est montrée d'une inefficacité désolante. La médication analgésique, l'iodée, la salicylée, essayées avec toutes les variantes possibles par le médecin traitant, ne donnèrent pas de résultats appréciables. Seule l'aspirine apportait un peu de soulagement. C'est le traitement hydrothermal qui a procuré à la malade le plus de répit et dont le médecin a eu le plus à se louer — des bains chauds d'immersion à 38° pendant 40 minutes et des compresses à l'eau chaude *loco dolenti* au moment des crises.

La maladie s'est trainée longtemps; au bout de deux mois, la malade n'était pas encore entièrement remise. Son état général a été affecté, elle est affaiblie, maigre et anémiée. Ces cas opiniâtres et trainants, avec des séquelles, sont mentionnés par les divers observateurs.

Nosologie. — Voilà une espèce morbide qui par son syndrome se rapproche des infections causant des myalgies, parmi lesquelles nous citerons, en dehors des plus vulgaires, comme la grippe et le rhumatisme: la f. ondulante, la spirochétose ictéro-hémorragique, la f. boutonneuse, la f. jaune, la dengue, etc. Une différence à marquer: celles-ci sont algiques, mais les algies ont aussi d'autres sièges que les muscles, tandis que dans la maladie de Bornholm *les algies sont exclusivement myosiques*. Encore une autre différence seméiologique: celles-ci sont des maladies

complexes, polysymptomatiques, tandis que la myalgie épidémique, hors la fièvre, est dénuée d'autres symptômes, est purement et simplement myopathique, dépouillée de tout autre appareil morbide.

Quels seraient le siège et l'agent du processus infectieux ?

Comme d'habitude, on n'a pas manqué d'émettre tout de suite des hypothèses et des affirmations même, sur la nature et la cause de l'affection. On y a guetté et décrit des microbes spécifiques, tel le *Plasmodium pleurodyniæ* (Small, 1924), pas retrouvé par d'autres. Pour la propagation, on a soupçonné les vecteurs de la dengue ou de la f. à papataci, sans tenir compte des latitudes où ces épidémies ont sévi, inhospitalières aux stégomies et aux phlébotomes que ne s'y retrouvent jamais.

La myalgie a conduit à ne voir dans la maladie qu'une *myopathie*. Les muscles se montrent enflés et cette enflure a été envisagée comme le signe d'une myosite. L'agent inconnu de l'infection serait localisé dans le tissu musculaire, où il provoquerait une réaction inflammatoire. Nous ne connaissons pas beaucoup d'infections musculaires d'ordre général et spécifique, à germes connus, pour nous figurer par analogie le processus — elles sont plutôt rares : par exemple, la trichinose dont le parasite envahit la masse musculaire ; on pourrait encore citer la maladie de Chagas dans la quelle le trypanosome s'attaque souvent au myocarde. Du reste, cette myosite est à démontrer histo-pathologiquement, et comme les myalgiques, quoique se montant à des milliers dans les foyers danois, ne fournissent aucun décès, on n'a d'autre ressource pour faire une constatation qu'à opérer sur le vivant — une biopsie à tenter.

Dans la f. ondulante je trouve la mention de gonflements des muscles, sans savoir si on y a trouvé le *melitensis*. Dans la spirochètose weillienne, on a décelé des spirochètes dans le perimysium sans réactions histiques (1). Dans ces maladies et leurs pareilles, les algies dérivent probablement d'une cause générale agissant sur les centres nerveux ou les nerfs périphériques. Que le myélocéphale infecté peut agir sur la vitalité musculaire, nous

(1) R. J. — «Une épidémie ictéro-hémorragique à Lisbonne». *Lisboa Médica*. 1932.

en avons une preuve dans la poliomyélite; lorsque nous avons suggéré l'étiologie neuropathique dans la myalgie épidémique, M. Madsen pour corroborer notre idée a cité cet exemple.

En somme, nous trouverions plausible l'hypothèse d'un siège nerveux, soit dans les centres, soit dans les troncs périphériques. Quoiqu'il en soit, à tous les points de vue la *myalgie épidémique du tronc* est une maladie à démêler soigneusement et un sujet intéressant à étudier.

Clinica Oftalmológica Universitária
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
(Director : Prof. Borges de Sousa)

LIÇÃO INAUGURAL DO CURSO DE 1932-33

POR

A. BORGES DE SOUSA

Antes de começarmos o estudo prático, clínico, da oftalmologia, convém deitar uma rápida vista de olhos por este ramo especial da medicina, para fazermos idea da extensão que elle comporta, das relações que o ligam ás outras disciplinas que os senhores já conhecem, e das particularidades inerentes à oftalmologia, que a tornam a primeira e a mais bem definida das especialidades de todo o curriculum médico.

A sensibilidade á luz é uma propriedade geral verificada já em organismos monocelulares, vegetais e animais, em bactérias e protozoários. Com a organização progressiva dos metazoários, a fotorecepção especializa-se em certos grupos ordenados de células. Na sua simplicidade extrema o órgão é constituído por uma célula epitelial única, que transforma a energia luminosa em outra qualidade de energia, e por uma fibra nervosa condutora que liga a célula sensorial ao sistema nervoso central.

Que se trate da primitiva «mancha ocular» das medusas e dos anelidos, que seja o «ocelo» simples dos artropodes, ou o «omattidio», cuja reünião em grupo vem a dar origem ao olho facetado dos insectos e dos crustáceos, que lembra uma pedra preciosa laboriosamente lapidada, essencialmente é sempre a célula sensorial, em ligação nervosa com o sistema nervoso central. Nos vertebrados e no homem também assim é; simplesmente o aperfeiçoamento orgânico é aqui muito considerável: o número de células sensoriais é formidável, 300.000 a 700.000 elementos por milimetro quadrado reünem-se na retina e as suas fibras de conexão caminham para o sistema central formando o nervo óptico.

Esta é a parte essencial e fundamental do olho e é por ela que começa o desenvolvimento do órgão. Todas as outras estruturas acodem depois, num período mais tardio da ontologia, e dispõem-se para a protecção e nutrição da parte sensorial, e ainda para fins ópticos, para a formação das imagens sobre a membrana fotoreceptora.

Assim, pois, a visão constitue a função fundamental do olho e a retina a estrutura principal e a razão de existência do órgão.

Encerrada no fundo das cápsulas do globo ocular, a retina é realmente uma parte do sistema nervoso central, na verdade do cérebro, deslocada e projectada para o exterior, para um pôsto de observação. Nesta retina as vibrações electro-magnéticas do éter luminoso são transformadas em excitações nervosas específicas, sensoriais, que, transmitidas ao córtex occipital pelo nervo óptico, prolongamento também da substância cerebral, produzem as sensações visuais. Todas as partes que compõem o olho propriamente e os seus anexos representam dispositivos tendentes a aperfeiçoar e facilitar o funcionamento da retina, e a maneira, maravilhosamente perfeita, como o realizam, fascina o observador com queda filosófica.

Entre os telereceptores responsáveis pelo considerável desenvolvimento da extremidade cefálica do sistema nervoso dos vertebrados superiores, o fotoreceptor adquire importância de destaque.

Esta membrana, de constituição complexa — a retina — acha-se encarcerada numa cavidade fibrosa esférica, constituída adiante pela córnea, estrutura transparente que a luz atravessa, completada atrás pela resistente e opaca esclerótica. Córnea por diante, esclerótica por detrás, delimitam o esferóide ocular, o *bulbus oculi*: pequena esfera com 7,2 centímetros cúbicos de volume, pesando a ninharia de 7,5 gramas, pequeno cosmos que nos vai ocupar durante o nosso curso e ao qual poderíamos, sem esforço e com proveito, aplicar toda a nossa vida de estudo.

O interior desta câmara esférica é atravessado pelos raios luminosos. Tal qual uma câmara fotográfica onde a imagem dos objectos exteriores se forma, perfeitamente focada e nítida, sobre a placa fotográfica sensível, assim no olho a imagem das coisas do mundo que nos cerca cai, exacta e precisa, sobre a retina. Se assim não fôra, se a imagem retineana não fôsse a re-

produção exacta da coisa, deixaria de existir o sentido das formas; uma sensação luminosa com graus diferentes de intensidade substituiria o conhecimento visual dos objectos. Os senhores verão casos sem número em que a imagem se não forma sobre os elementos receptores, e aprenderão também a reconhecer a causa desta situação patológica.

Assim, pois, toda uma parte do olho está disposta para projectar imagens sobre a retina; encarregados deste serviço são os chamados «meios refrangentes», constituídos pela córnea, humor aquoso, cristalino, e humor vítreo. Eles realizam a parte óptica, a «fase física» da visão. A retina, o nervo óptico, as fitas ópticas e as vias intracerebrais até a fenda calcarina no lobo occipital, servem de transmissores à excitação sensorial recebida e transformada pela retina: são os instrumentos da «fase nervosa» da visão. Do lobo occipital vias de associação ligam o centro da visão com outros centros corticais, de maneira que a excitação vem a entrar no domínio da consciência e ser correctamente interpretada — é a «fase psíquica» do acto visual.

Forrando a cápsula ocular, estende-se a coroideia, moldada à esclerótica; é uma túnica vascular que tem como função principal nutrir os estratos externos da retina. A coroideia continua-se adiante com o corpo ciliar e com a íris, e a estas três partes reunidas, que formam uma membrana contínua, chama-se a úvea, cuja importância, tanto na fisiologia, como na patologia ocular, os senhores terão ensejo de verificar. A íris, na parte central, é perfurada, possuindo um orifício circular móvel, a pupila. A innervação autónoma da íris, pelo simpático e parasimpático cranianos, dando à pupila poderes de reacção extremamente variados e delicados, altamente instrutivos na patologia ocular, na clínica médica geral, na neurologia e na farmacologia experimental, fazem que o clínico e o fisiologista constantemente se debrucem sobre a pupila interrogando as suas reacções e colhendo a miudo respostas decisivas para o conhecimento do caso em estudo.

Por dentro da coroideia encontra-se a retina, cujas fibras nervosas se continuam com o nervo óptico, abandonando o globo perto do seu polo posterior, num ponto de vasta importância, chamado a papila.

Tal é, a traços largos, muito largos, a disposição geral morfológica do olho. Constantemente teremos que aplicar conhecimen-

tos anatómicos ao estudo da patologia ocular, de mais que, forçosamente, a nossa classificação nosológica será edificada sobre a base sólida que a anatomia do órgão lhe oferece. Por isso lhes peço que recordem e refresquem os seus conhecimentos anatómicos e histológicos oculares, para tirarmos proveito completo do que a clínica nos vai ensinar, sem esquecerem quanto diz respeito aos anexos do olho, vias lacrimais, órbita, conexões cerebrais da retina, vascularização e innervação.

E, ainda dentro desta morfologia vista à *vol d'oiseau*, não quero, como um cicerone apressado que os conduz numa excursão oftalmológica rápida, deixar de detê-los um momento perante estruturas curiosas e de possante interesse. Considerem primeiro a córnea. Avascular, condição necessária para a sua transparência, toda a nutrição da membrana depende da rede capilar marginal, repartindo-se a linfa nutritiva na córnea por difusão. Imaginem que, graças a uma lesão no epitélio de cobertura, penetraram bactérias na substância da córnea. Os senhores sabem que, quando facta semelhante se realiza num tecido vascular, as redes capilares existentes na imediata proximidade dão saída a substâncias bactericidas e antitóxicas e a leucócitos que, como fagócitos, incorporam e digerem as bactérias; por este mecanismo abortam certamente sem número de infecções incipientes dos nossos tecidos. Mas na córnea avascular a coisa é diferente. Germenes inoculados multiplicam-se à vontade, sem que coisa alguma o contrarie, até o ponto de terem fabricado tanta toxina que esta chegue à rede capilar marginal do limbo da córnea. Só então aquele distrito vascular se dilata e dá êxodo às substâncias imunizantes do sangue e aos leucócitos, que, penetrando no seio da córnea, têm que viajar por ela fora até o foco da infecção. O processo imunológico tem assim que se executar em duas viagens sucessivas: do ponto infectado ao limbo caminham as toxinas, do limbo ao foco mobilizam-se as defesas.

Se o átrio da infecção estiver longe da rede capilar, no centro da córnea, o caminho a percorrer será dobradamente longo. Assim, a úlcera serpeginosa da córnea, o terrível *ulcus serpens* pneumocócico, quasi sempre se desenvolve no centro da membrana.

Certamente a infecção pneumocócica muitas vezes se reali-

zará perto do limbo — a maior área exposta devem corresponder maiores probabilidades de lesão epitelial inicial — mas a proximidade dos vasos vitoriosamente aniquila de pronto a infecção que se esboça.

A-pesar da sua consistência própria, comparada com a moleza da conjuntiva, é, certamente, devido à presença de vasos nesta e à ausência dêles naquela, que as úlceras são tão freqüentes na córnea quanto raras na conjuntiva.

Este exemplo lhes mostra como a constituição anatómica da membrana domina tôda a sua patologia.

Ainda as condições especiais de imunologia biológica da córnea, assunto que versaremos com mais detalhe, suscita interessantes problemas, que teremos ocasião de pôr em equação quando estudarmos a queratite parenquimatosa típica, devida à sífilis congénita, objecto de tantos estudos clínicos, serológicos e experimentais.

Grande interêsse, pela posição única que ocupa no organismo, oferece também o cristalino, maravilhoso agente da acomodação, variando a todo o momento a refração dinâmica do olho.

Esta massa biconvexa provém duma invaginação do epiblasto epidérmico do feto, e, como tôdas as formações epitelióides do corpo — cabelos, unhas, epiderme, dentes — o cristalino cresce continuamente durante a vida inteira. Mas, emquanto que naquelas o material epitelial velho e gasto se descama para o exterior, no cristalino, encerrado na sua cápsula, tal depejo não pode fazer-se. Mas, como também seria altamente inconveniente que êle adquirisse volume descompassado, succede que as fibras velhas se congregam no centro, condensando-se, esclerosando-se e formando o núcleo do cristalino. Esta modificação ininterrupta da constituição do cristalino dura desde a nascença até à idade mais proecta. A esclerose, desidratação e condensação das fibras mais antigas e idosas são, durante tôda a vida, acompanhadas pela formação de novas fibras que envolvem as velhas, e nascem das células epiteliaes subcapsulares; daqui um aumento de volume e de pêso do órgão, que se manifesta durante a vida inteira. Situação única esta que destaca o cristalino de todos os outros órgãos do corpo.

Ainda desta morfologia particular do cristalino, resultante da sua maneira de crescer, derivam factos de penetrante interêsse

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAX, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das
DOENÇAS INFECCIOSAS

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de insuficiência cardiaca

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.)—PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C^a
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

PADUTINA

HORMONIO CIRCULATORIO
SEGUNDO FREY-KRAUT

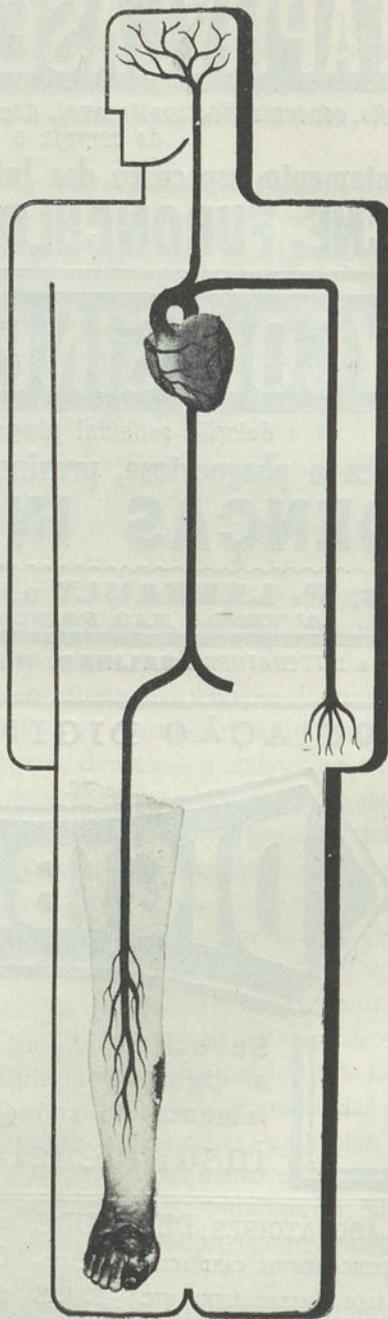
nas perturbações da
nutrição dos tecidos
devido a uma irrigação
sanguinea insuficiente
(angioespasmo, claudi-
cação intermitente, gan-
grena de Raynaud) assim
como na angina do peito.

Embalagens originaes:
Caixa de 5 ampolas de 1 cc.
(1 cc. = 2 unidades biologicas)
Frasco de 10 cc.
(1 cc. = 7 unidades biologicas)



» *Bayer-Meister-Lucius* «
Leverkusen (Alemanha)

Representante:
» LUSOPHARMA «
AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradouros, 150, 3.º
LISBOA



para a observação clínica. É possível hoje distinguir, com o instrumental aperfeiçoado e preciso que possuímos, as diferentes camadas concêntricas que compõem o cristalino vivo. Nós marcamos perfeitamente o núcleo embrionário, a mais velha das partes, assim como reconhecemos o núcleo adulto, e as superfícies, chamadas de descontinuidade, que separam as estruturas. Ora bem, se descobrirmos uma opacidade circunscrita ao núcleo embrionário, podemos assegurar, na ausência de traumatismo, que se trata dum defeito congênito. Mais: numa opacidade traumática particular, chamada catarata em rosácea, situada sob a cápsula anterior, podemos, passados meses e anos, verificar que a rosácea recuou e se afastou da cápsula. É que fibras novas transparentes cresceram, entrepondo-se à cápsula e à opacidade. É sempre assim: as fibras mais jovens são as mais superficiais, sendo as mais idosas as mais centrais.

Estas observações sedutoras e empolgantes fascinam pela precisão extrema com que podem ser feitas e devem-se à criação dum maravilhoso aparelho que lhes mostrarei — a lâmpada de fenda do genial Gullstrand.

Se os problemas da evolução os interessarem, nada melhor do que o cristalino se prestará a mostrar-lhes como a filogenia se repete na ontogenia. O cristalino do recém-nascido é de forma esférica, à semelhança do cristalino dos mamíferos inferiores; só depois vem a tomar a forma achatada biconvexa, que mais tarde é regra existir no homem. E o mesmo poderia dizer das suturas das fibras, desenhando estrêlas de ramificação diferente, e muitas coisas mais se o tempo me chegasse.

A riqueza complexa e variegada da patologia ocular provém da alta dignidade e hierarquia das partes mais diferenciadas que compõem o olho. A uma grande diferenciação estrutural e funcional corresponderão constelações sintomatológicas variadas e numerosas — tal a córnea, tal a retina. Pelo contrário, nas estruturas mais rudimentares, de funções apenas nutritivas ou protectoras, como a coróideia ou a esclerótica, a sintomatologia mostra-se á simples e monótona. Tal qual, como dizia Vogt, os desregramentos num relógio de sol, ou numa ampulheta de areia, serão de uma simplicidade infantil quando comparados com os erros e vícios dum cronómetro de precisão. A córnea e a retina são cronómetros de precisão.

Quando no olho vemos que, de uma maneira geral, a refração se mantém emetropica, isto é, que as imagens dos objectos se formam sobre a retina, a-pesar das variantes das suas constantes ópticas, e tratando-se para mais de tecidos moles, ocorre pensar em quantos génes ou factores diferentes dos cromosomas dos gametos se fixaram hereditariamente no zigoto ao cabo duma evolução infinita. No raio de curvatura da córnea herdamos frações de milímetro, e caracteres vários, fisiológicos, patológicos, ou simplesmente peculiares, herdamos com uma precisão assombrosa.

Os estudos da hereditariedade encontram terra fértil e fecunda na oftalmologia. João Gregório Mendel mereceu melhor do que a escassa atenção que lhe prestaram em vida.

Por estes poucos exemplos os senhores vêem que bastam a morfologia, a anatomia e a embriologia para abrirem horizontes de avassalador interesse no campo vasto da oftalmologia.

Ora cada uma das estruturas que compõem o olho adoce e demonstra a sua patologia especial. Será minha a tarefa de lhes mostrar as modalidades nosológicas da conjuntiva e da córnea, da esclerótica, da coroideia, da íris e corpo ciliar, da retina e nervo óptico, do quiasma e das vias intra-cerebrais e corticais, do cristalino e do vítreo, sem esquecer as pálpebras e a órbita, e a patologia dos músculos motores do olho e daqueles que movem a íris, nem as anomalias ópticas — os erros de refração. Mas a oftalmologia abrange mais do que isto, não parando por aqui as suas exigências.

Li algures (1) que um missionário que se dirigia para a Malásia perdera um olho numa refrega com os indígenas, passando a usar uma prótese, um olho artificial. Abriu as suas classes e ministrou o seu ensino à juventude malaia, naturalmente inquieta e turbulenta. Pois, quando este professor missionário necessitava, por qualquer motivo, de deixar momentaneamente a sua classe, mantinha a ordem no rapazio servindo-se de um meio engenhoso: sacava o olho artificial da sua órbita, colocava-o sobre a mesa, com a córnea de esmalte voltada para a classe, e avisava: durante a minha ausência fica o meu olho a registar maldades e

(1) Rossi.

malefícios e não julguem escapar aos castigos que merecerem. Pedagogicamente, o olho do missionário fazia bom serviço, mas, biologicamente, a idea era desgraçada, porque o olho tem tais e tão íntimas relações com o organismo geral, fisiológicas e patológicas, que, separado do conjunto orgânico, só pode servir para intimidar malaios.

Se é certo que na especialidade temos que estudar com cuidado e afincó a feição particular das doenças que affectam cada uma das partes que compõem o olho, não poderemos esquecer que a medicina é só uma — é a síntese de todos os ramos em que artificialmente a decomposos, e que a oftalmologia se integra automaticamente na medicina geral. Seria êrro imperdoável estudar a oftalmologia como uma organoiatria apartada do resto do corpo em saúde ou em sofrimento — repetiríamos o engano do olho do missionário.

A todo o passo as afecções gerais mais variadas se reflectem no aparelho visual e àqueles que labutam neste distrito da ciência médica compete averiguar quais as causas gerais responsáveis pelos transtornos locais oculares. O campo oftalmológico, considerado sob êste ponto de vista, é duma vastidão tal que os seus limites coincidem com as fronteiras da ciência médica.

Desde a química e a física biológicas, sobretudo a físico-química dos colóides, até as complexidades especulativas da psiquiatria, tudo tem applicação urgente à oftalmologia.

As infecções, as doenças da nutrição, as do sistema cardio-vascular, do aparelho génito-urinário, endocrínicas, aparelho digestivo, do sangue, dos órgãos respiratórios, etc., virão constantemente justificar a doença ocular. A neurologia e a otorinologia, então, são tão afins, ligadas por um parentesco tão próximo, que a oftalmologia é quasi irmã gémea delas.

Excederia os limites do tempo razoável se exemplificasse; mas exemplos dêstes verão os senhores todos os dias e em tal número que lhes peço me acreditem hoje sob palavra.

Muitos têm a idea falsa de que as especialidades médicas são retalhos pequenos e desconexos no meio da medicina. Tal não é, e eu desejaria que os senhores estudantes se convencessem desde o primeiro dia de que não há especialidades autónomas, independentes; há aperfeiçoados, técnicos especializados em determinados ramos médicos, mas estes têm que constantemente er-

guer as vistas, integrando a sua experiência e o seu saber no âmbito ilimitado da biologia.

O ensino que vamos encetar será prático e procurarei fazê-lo corresponder às necessidades mais urgentes do médico que se instala longe dos centros, onde, sem ter a quem recorra, será chamado a resolver os problemas de oculística com que venha a topar.

Evidentemente, o tempo de que disponho é curto, em demasia breve. Não poderemos certamente profundar todos os capítulos da oftalmologia. A oftalmoscopia, por exemplo, demanda uma longa aprendizagem e uma prática constante; pertencendo, evidentemente, aos médicos especializados, não poderemos estudá-la com detalhe. O mesmo direi de todos os métodos de exame que necessitem instrumentação dispendiosa, fora das possibilidades úteis do clínico geral — como por exemplo a correcção dos vícios de refração por meio de lentes apropriadas — a colecção de lentes de ensaio é demasiado cara, e a escolha dos óculos correctores nunca é negócio urgente. Também a grande cirurgia ocular está fora do que devo ensinar a clínicos gerais.

Mas, mesmo com estas restrições, os senhores verão que têm campo e espaço amplos para applicarem a sua intelligência, o seu interêsse, o seu estudo e a sua perspicácia à oftalmologia.

Não ouvirão longas lições. Eu não acredito no proveito da prelecção estirada; a atenção tem limites pouco extensos, e não vale a pena ser ouvido sem proveito. Apresentado o assunto nas suas linhas gerais, applicaremos praticamente os conhecimentos adquiridos com o doente à vista; faremos clínica, insistindo praticamente em tudo quanto o caso nos ensinar, melhor de que o faria um livro, melhor de que o faria uma longa lição. E, como muitos serão os doentes que terei occasião de lhes mostrar, muitas vezes teremos ensejo de repetir e repisar as noções já adquiridas. Assim, espero dar-lhes largo proveito prático.

Não quero terminar esta apresentação geral da oftalmologia e da minha pessoa sem lhes dizer que aqueles que pelos assuntos que vamos estudar tiverem interêsse maior (desejo que sejam muitos) e que quizerem profundar e aperfeiçoar estes estudos, completando-os, encontrarão sempre hospitaleiramente abertas de par em par as portas das clínicas que eu dirigir, e

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

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

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRAUES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.**

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

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

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

GÍNECINA

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

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

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, accidentes consecutivos à ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

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

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

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



contarão com o meu melhor e maior entusiasmo em os auxiliar e encaminhar.

E, antes de terminar, lembra-me o velho aforismo *primum vivere deinde philosophare*, deturpado por Molière em *primum purgare deinde philosophare*.

Purgado o assunto das incertezas que o seu âmbito poderia comportar, filosofemos um pouco.

Constantemente, durante o seu curso, e o mesmo lhes acontecerá pela vida fora, os senhores ouviram classificar muitas situações de normais e anormais.

Na verdade a palavra normal e a sua contrária são das mais freqüentemente empregadas em medicina.

Mas ¿o que é normal?

À primeira vista, normal é o que se verifica na maior parte dos indivíduos sadios; mas, se examinarmos o caso mais de perto, veremos que esta definição não corresponde estritamente à verdade. Com efeito, se, por exemplo, examinarmos em série íris de recém nascidos, veremos que elas são quasi sem excepção claras, a contrário do que acontece nos adultos do nosso país. Ora os recém-nascidos são minoria nas observações em massa, o que levaria a classificar de anormal a côr clara das suas íris, a qual é normalíssima. Ou então o cristalino amarelo e esclerosado dos velhos poderia figurar entre anormalidades, sendo fenómeno também normal, porque se encontra na maioria dos indivíduos daquela idade. E o que digo dos olhos poderia dizer, por exemplo, das estaturas do corpo. Temos, pois, que juntar a noção de idade à definição de normal. ¿Mas ficarão as coisas certas depois de feita esta restrição?

Ainda não, porque excepcionalmente um velho pode mostrar um cristalino claro, ou os cabelos todos negros. ¿Chamaremos anormal a um homem destes? Claramente não. Diremos apenas que, dentro do normal, estamos em presença duma variação extrema dum tipo biológico.

Mas se biologicamente o cristalino esclerosado dum velho é facto normal, na prática médica, logo que esta esclerose cause uma perda de transparência susceptível de prejudicar a função, nós diremos que este velho é anormal, que sofre duma doença — a catarata.

A noção da integridade da função, ou do seu desfalque, vem assim separar o normal do anormal.

A diferença entre o que é normal e o que o não é é mais subtil do que à primeira vista parece, e só a observação de grandes aglomerações fenotípicas, tendo em conta as variações dos caracteres biológicos, pode estabelecer limites plausíveis para o normal.

Estas considerações sôbre o que é normal trazem-me à idea que está dentro da normalidade da nossa consciência o reconhecimento e a recordação daqueles que levantaram a ciência que cultivamos, enaltecendo-a e promovendo o seu progresso.

Quero lembrar-lhes que no ensino da oftalmologia tenho a honra de suceder a um mestre ilustre. Foi o Prof. Gama Pinto o criador dêste Instituto numa época em que a oftalmologia em Portugal praticamente não existia. Foi êle o primeiro catedrático da especialidade cujo estudo encetamos hoje, e foi êle, durante a sua longa e activa carreira, o primeiro e o mais eminente dos oftalmologistas portugueses, cujo nome, justamente célebre entre nós, não é menos apreciado e respeitado em todos os centros mundiais civilizados de cultura médica. O Prof. Gama Pinto cultivou a oftalmologia com tanto saber e intelligência que a ergueu a alturas difficilmente superáveis.

Eu, que não posso reclamar para mim a honra de ter sido seu discípulo, desejei que o seu retrato fôsse instalado nesta sala e nos lembrasse constantemente quanto a ciência deve ao grande mestre da oftalmologia portuguesa.

A POSSÍVEL ETIOLOGIA DIFTÉRICA DE CERTAS PARALISIAS FACIAIS SEM SINAIS CLÍNICOS DE DIFTERIA

(Comunicado na Soc. das Ciênc. Méd. de Lisboa. — Sessão de 21-I-932)

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA
Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina

Tendo-me chegado ao conhecimento um recente artigo de Chandriat (1) em que era descrito um caso de paralisia facial num portador são de bacilos de Lœfler, que tinha tido difteria dois anos antes, precisamente numa ocasião em que tinha em tratamento duas crianças com paralisias faciais, e dando-se a coincidência de nesta época grassar com intensidade a difteria, fui levado a pesquisar naqueles meus doentes a existência do bacilo diftérico. As análises deram, ambas, resultado positivo e o tratamento seroterápico, desde logo instituído, permitiu obter a cura completa de um e uma apreciável melhoria do outro . .

Os dois casos apresentaram-se, como se vai ver, com um aspecto clínico totalmente diferente: em um tinha o mal sido rotulado de p. f. *à frigore*, no outro a p. f. ficou como seqüela dum processo de encefalite aguda. Em mais dois doentes com p. f. *à frigore*, que depois me apareceram, pesquisei também o b. de L., com resultado negativo. (Obs. n.º 61.015 e 61.458 da C. E. do Hosp. Estefânia). Não tive, até agora, ocasião de investigar este facto em mais nenhum caso, reservando-me, pois, por-hora,

(1) Bull. de l'Académie de Méd. N.º 42. 1931.

de emitir opinião sôbre a freqüência com que a etiologia diftérica pode ser encontrada para as p. f.

Não quero, no entanto, desde já, deixar de chamar a atenção para o facto (que, a-pesar-de já citado, é ainda quasi sempre esquecido), de que um porta-bacilos diftéricos, sem nenhum sinal que faça pensar na difteria, pode bruscamente apresentar sinais nervosos, devidos à intoxicação pela toxina diftérica.

OBSERVAÇÃO I. — N.º 230.129 da minha consulta de policlínica.

O. S., idade dois anos, sexo masculino. Adoece bruscamente a 11-X-932, com febre elevada, dores pelo corpo todo e abatimento geral. O exame objectivo apenas permitia apreciar alguns roncões difusos pela auscultação, língua fortemente saburrosa e sêca, temperatura a 40°, pulso muito acelerado, exame da garganta e abdômen negativos. Prescreve-se urotropina e balneoterapia quente, mantendo o doente em observação.

12-X-932. — No dia seguinte o estado agrava-se: temperatura a 41°, inconsciência e entorpecimento, recusando alimentar-se e não dando conta quando lhe dirigem a palavra. Sonolência. Não há sinais meníngeos: Koernig, Brudzinsky, nuco pupilar de Flatau, rigidez da nuca.

13-X-932. — Aparece uma p. f. esq. completa (f. sup. e inf.), ligeiro estrabismo externo do olho esquerdo. Paresia dos membros inferiores com abolição de reflexas rotulianas. Punção lombar deu líquido limpo, gota a gota, cuja análise (Dr. C. Teixeira), revelou: albumina, 0,35 %; açúcar, 1,14 %; cloretos, 7,605 %.

R. de Waltner — negativa.

R. de Weichbrodt — negativa.

Elementos na célula de Nageotte, 63,2 mmc.

O exame citológico mostrou serem linfócitos.

Feito o diagnóstico de encefalite aguda, prescreve-se: capacete de gêlo, balneoterapia quente, urotropina em injeção, 2 grs. diários.

A urotropina teve de ser abandonada, porque em seguida a cada injeção o doente apresentou oligúria e hematuria importantes, sendo substituída pela septicemina.

Ao terceiro dia a temperatura cai, o doente começa a interessar-se pelo que se passa em tórno dêle, a protestar quando o pretendiamos observar.

A paresia dos membros inferiores, bem como o estrabismo, desaparecem igualmente e, ao fim de oito dias, o doente estava curado, ficando como se quiescencia uma paralisia facial esquerda completa.

Em 17-X-932 a análise do *liquor* revelou: albumina, 0,15 %; açúcar, 0,64 %.

Célula: 8 linfócitos por mmc.

Sujeito a tratamento eléctrico, as melhoras são nulas.

A 15-XI-932, portanto trinta e cinco dias depois do início da doença, faço uma pesquisa de bacilos de Lœfler, com resultado positivo. Começo tratamento seroterápico e pelo sulfato de estriquinina, 3 mgrs. diários.

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

LISBOA MÉDICA

Prokliman "Ciba"

Associação racional de hormonio ovariano e de substancias sedativas descongestivas e reguladoras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos
transtornos da

Menopausa



Amostras e literatura:
CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos "Ciba" em Portugal

Dias 15, 16 e 17 de Novembro injecto 5.000 U. A. T. por dia. As melhoras são desde logo mais evidentes que com as 21 sessões de electroterapia a que tinha sido sujeito.

Dias 18, 19 e 20 leva 7.000 U. A. T. por dia. Continua a melhorar, conseguindo soprar, o que até aí não fazia.

Dias 22, 23 e 24 mais 7.000 U. diárias. Conseguir fechar parcialmente o olho, que até à data estava sempre aberto. O doente fez então uma intensa reacção sérica com temperatura elevada, dores articulares violentas, erupção cutânea generalizada e grande edema palpebral e dos lábios.

Este quadro assustou a família, que mostrou desejos de que não se injectasse mais sêro. Levou, pois, um total de 43.000 U. A. T. em nove dias.

A paralisia melhorou nitidamente, ficando todavia longe de se poder considerar curada.

No dia 26-XI-932 a pesquisa de bacilos de Lœfler foi negativa.

OBSERVAÇÃO II. — Da minha clínica particular.

A. O., sexo masculino, idade quatro anos.

29-X-932. — Aparece, pela manhã, com uma paralisia facial direita completa (fac. superior e fac. inferior). Fora isto a criança está de perfeita saúde. Exame da garganta negativo. No seu passado patológico há apenas a mencionar a tosse convulsa há três meses. Não há antecedentes luéticos.

Prescreve-se salicilato e iodeto de sódio e electroterapia.

11-XI-932. — (Portanto treze dias depois do início da doença). Não há melhoria alguma. Pesquisa do bacilo de Lœfler positiva. Começa imediatamente seroterapia e sulfato de estriquinina, 4 mgrs. diários.

Dia 11, leva 14.000 unidades antitóxicas, 12 e 14, 7.000 unidades diárias.

Dia 16, faz nova análise, ainda positiva. Dia 17, 10.000 unidades.

Dias 19 e 20, 5.000 unidades diárias. No dia 26 a análise foi negativa.

Injectámos, portanto, um total de 48.000 U. A. T. em dez dias. As melhoras, que se fizeram notar desde a primeira injeção, foram rápidas, obtendo-se nesse tempo a cura completa.

A noção da existência de paralisias como complicação duma difteria, é banal. Estas paralisias são o resultado da fixação da toxina diftérica sobre a substância nervosa. Segundo Kroenig (1), esta fixa-se no sistema nervoso periférico, há radiculite, e só mais tarde é transferida ao sistema nervoso central. Para outros seria ali levada por via sanguínea.

Certos centros são especialmente sensíveis, e, assim, as paralisias do véu do paladar, da acomodação, dos músculos motores

(1) Jahrb. fur Kinderh. Março de 1932.

do globo ocular, sendo as mais vulgares, são relativamente frequentes.

Por vezes aparecem verdadeiros síndromas de polinevrite, com paralisias múltiplas (O. Kroenig (1), Cadenaule et Ginetous (2), Lavergne (3), Regan and A. B. Guinness (4), etc.). Referir-nos-emos, também, mais adiante, a um caso pessoal. Menos frequente é a encefalite diftérica. É, na verdade, sabido que quasi tôdas as doenças infecciosas, mesmo as mais benignas, como a robeola e a varicela, por ex., podem provocar, nas crianças, complicações encefalíticas, sendo a difteria das mais raras vezes incriminadas (Comby) (5). No entanto, têm sido publicadas algumas observações incontestáveis (Worster-Drought e T. R. Hill (6), Angarano (7), Dykin (8), etc.).

Estas complicações nervosas da difteria aparecem vulgarmente durante o estado de toxinfecção diftérica, em geral uma a duas semanas depois da angina, e tanto mais precocemente quanto mais grave fôr a infecção, podendo-se assim tomar a paralisia precoce do véu do paladar como sinal que nos deva fazer temer uma difteria maligna (H. Grenet) (9).

O tratamento seroterápico intensivo e desde início é a melhor medida de prevenção contra o aparecimento das paralisias. Mas mesmo sem que a difteria clinicamente se manifeste, as toxinas produzidas por bacilos albergados em indivíduos aparentemente sãos, podem provocar o aparecimento de paralisias. Êste facto é para pôr ao lado das observações de Marfan (10) e de Ribadeaux-Dumas (11), que encontram, numa grande percentagem de lactantes hipotrêpsicos, culturas positivas de b. Lœfler com o

(1) Loc. cit.

(2) Gaz. Hebd. Soc. Méd. Bord. Janeiro de 1928.

(3) Soc. Méd. Hôp. Paris. 1920.

(4) Am. Journ. of Dis. of Child. N.º 4. 1927.

(5) Clin. et Labor. N.º 8. 1931.

(6) Proc. of the R. Soc. of Med. Janeiro de 1931.

(7) La Ped. 1927.

(8) Jahrb. fur Kinderh. 1913.

(9) Clin. et Labor. N.º 2. 1932.

(10) Clin. des Mal. de le Prem. Enf. Paris 1931.

(11) Soc. Méd. Hôp. Paris. Fevereiro de 1927.

exsudado nasofaríngeo, e que verificam que estas crianças só progredem entrando na terapêutica a seroterapia específica.

É, pois, evidente, e no lactante de menos de seis meses isto é freqüente (Marfan) (1), que a toxina diftérica pode invadir o organismo por uma mucosa sã, sem que a presença do bacilo se manifeste por nenhum sinal local.

Pode-se então dar o caso de, ou porque a angina passou despercebida, por se tratar das chamadas «difterias bacteriológicas» (Bauer et Bourrien) (2), ou porque realmente nunca existiu, aparecer uma paralisia de origem diftérica, que clinicamente se apresenta sem causa conhecida. Se a localização fôr do véu do paladar ou da acomodação, imediatamente se pensa na difteria. Bourdier (3) aconselha até que aparecendo uma paralisia da acomodação numa criança aparentemente sã, mesmo que o exame clínico da garganta seja negativo, se proceda à pesquisa do b. de Loeffler no seu *entourage*. Mas a mesma suspeita já se não levanta quando a paralisia incide sobre qualquer grupo muscular menos vezes afectado.

É o caso da paralisia facial, considerada classicamente rara na difteria. (Nobécourt (4), Honigmann) (5). Ora as nossas observações, como a de Chandriat, já citada, obrigam-nos a encarar sempre a difteria, como possibilidade etiológica duma paralisia facial cuja origem não seja desde logo evidente, e, assim, a-par duma R. W., devemos, sempre com igual razão, fazer a pesquisa do b. de Loeffler (Chandriat) (6).

Resta-nos discutir se nas nossas observações a etiologia é realmente diftérica, ou se não se tratará duma coincidência.

A Obs. II parece-me convincente: a paralisia manteve-se sem a mais pequena melhoria durante treze dias, e, começando então a seroterapia, a regressão foi rápida e completa.

A Obs. I é menos evidente: a seroterapia actuou, por certo,

(1) Loc. cit.

(2) Rev. prat. biol. appliq. N.º 1. 1925.

(3) La Medicina. N.º 1. 1925.

(4) La Clin. Méd. des Enf. — Sist. Nerv. Paris 1928.

(5) Trat. Diagn. Difer. Vol. VIII. Barcelona 1932.

(6) Loc. cit.

mas o resultado foi incompleto, pois a paralisia não regressou totalmente. No entanto o tratamento foi interrompido sem que chegássemos sequer a aproximar-nos das doses maciças, indo até 400 a 600 cc. de sôro, que certos autores aconselham para tratamento da difteria, considerando-as indispensáveis para prevenir com certeza o aparecimento de paralisias (G. Bosc (1), Comby) (2).

Além disso, a seroterapia começou apenas trinta e cinco dias depois do início da doença, e, estando a toxina já fortemente fixada na substância nervosa, pode, por isso, já não ter acção o tratamento antitóxico. É o mesmo que se passa, por ex., com o tétano, em que o tratamento, para ser eficaz, precisa de ser precoce.

Recentes investigações experimentais têm mostrado, por ex., também, que na poliomielite o sôro de convalescente só tem poder neutralizante no macaco, quando se injecta contemporaneamente vírus e sôro.

Injectando-se primeiro vírus e depois sôro, têm-se resultados que fazem pensar que se formam com grande rapidez fixações irreversíveis com os elementos dos tecidos (C. Ferrio) (3).

Assim, deve-se notar que o tratamento seroterápico das paralisias diftéricas não é por todos olhado com a mesma simpatia.

Antes de mais nenhuma, quero citar a opinião do Dr. L. Figueira, que me escrevia, a respeito dum doente meu que esteve internado no Instituto Câmara Pestana:

«O seu doente tem paresias (membros, fauces e levemente respiratorias). Êste processo, representando localização orgânica da toxina diftérica, não beneficia grande coisa com o tratamento anti-tóxico».

Outros autores igualmente não se mostram entusiasmados com esta terapêutica (A. Venuti (4), A. Morra (5), Sevestre, Strumpel (6), etc.).

(1) Arch. Méd. Enf. N.º 12. 1918.

(2) Presse Méd. 24-I-918.

(3) Clin. e Igiene Infant. Junho de 1932.

(4) Riv. di Clin. Ped. Julho de 1929.

(5) La Pract. Ped. Janeiro de 1929.

(6) Tr. Patolog. y Terap.

Todavia, este tratamento, inaugurado por Mougour e Ferré, em Bordeus, e depois preconizado por Comby, goza, em França, quasi que de unânimes simpatias. São inúmeros os autores que publicam resultados favoráveis (Morquio (1), Praderi (2), Cadenale et Ginestous (3), Pasturaud (4), Delaye (5), Labbé (6), etc.).

Os autores francezes aconselham o emprêgo da seroterapia para qualquer caso de paralisia diftérica precoce ou tardiamente tratada (Ginestous et Delaye) (5).

É também a nossa opinião, pois que a seroterapia, sempre inofensiva, desde que haja o cuidado de des-sensibilizar os doentes que já levaram sôro pelo método de Besredka, é soberana em muitas ocasiões. Sirva de exemplo a nossa Obs. II.

Há, no entanto, um factor com que temos de contar, ao ajuizar do efeito benéfico desta terapêutica: é o da cura espontânea, ou com um simples tratamento estimulante, pelo sulfato de estriquinina, destas paralisias.

Citemos alguns exemplos pessoais.

1 — R. G., sexo masculino, dois anos. N.º 227.474 da minha consulta de policlínica.

Teve, há um mês e meio, uma angina tratada com pinceladas de glicerina mentolada. Visto por mim, pela primeira vez, no dia 25-IV-932. Tem mantido sempre febrículas.

Apresenta paralisia do véu do paladar, cefaloplegia, parestesia com abolição de reflexos dos membros inferiores.

Amígdalas grandes, vermelhas, com pintas brancas. Pesquisa bacilo de Lœffler positiva. Entra para o Instituto, onde permanece oito dias. Sai ainda com análises positivas e mantendo-se as paralisias.

Trato-o então com pinceladas locais com um colutório de 914 e sulfato de estriquinina, 4 mgrs. diários. No dia 17-V-932 tem análise negativa e as paralisias desapareceram completamente.

(1) Arch. Lat. Amer. Ped. Agosto de 1927.

(2) Id. Outubro 1928.

(3) Gaz. Hebd. Soc. Méd. Bord. 1 de Janeiro de 1928.

(4) Id. 20 de Janeiro de 1929.

(5) Id. 20 de Maio de 1928.

(6) Arch. Méd. Enf. 1921.

2 — T. M., sexo masculino, oito anos. N.º 60.518 do Hospital Estefânia.

Difteria há três meses. Desde então paralisia do véu do paladar e da acomodação, não conseguindo ler a distância inferior a 30 cm. Tratamento pelo sulfato de estriquinina, 4 mgrs diários. Cura completa em quinze dias. Perdeu a voz nasalada, não deita pelo nariz os líquidos que bebe, lê a uma distância de 8 cm.

3 — A., sexo feminino, quatro anos (da clínica particular).

Em seguida a uma angina diftérica, fica com paralisia da acomodação e estrabismo interno do olho direito. Tratamento pelo sulfato de estriquinina. Cura em cerca de quinze dias.

Estas observações servem, pois, para não nos deixarmos arrastar por um entusiasmo exagerado pela seroterapia. Poderá ser eficaz, e em muitas observações, entre elas a nossa II, a sua acção parece incontestável, mas em muitos casos, alguns com parésias múltiplas (o nosso n.º 1) e até mesmo antigos (o nosso n.º 2) a cura obtém-se apenas com um tratamento químico excitante, cuja eficácia é, para muitos, duvidosa, pois nunca viram que a marcha da paralisia fôsse modificada por êle (Cadet et Gassecourt).

Como princípio, actualmente assentamos em associar sistematicamente o tratamento seroterápico ao sulfato de estriquinina.

Terminando, queremos chamar a atenção para o facto de que rotulando *à frigore* uma paralisia facial, apenas encobrimos com este nome a nossa ignorância. A acção do frio, salvo excepção, não é admissível: Déjerine (1) mostrou que a paralisia era devida a uma nevrite infecciosa; simplesmente a causa nem sempre é fácil de descortinar.

Bastantes vezes está em jôgo a sífilis, especialmente as chamadas neuro-recidivas; outros casos serão devidos ao vírus encefalítico, poliomiélicítico, da zona (Achard) (2), ao vírus da parotidite, e esta noção tem sobretudo interêsse agora, em que se pensa que a encéfalo-meningite é, na papeira, sempre primitiva, emquanto que a parotidite apenas em alguns casos a segue (Weissenbach (3), Comby) (4); e talvez ainda devam ser consi-

(1) C. R. S. B. 4 de Dezembro de 1897.

(2) Paris Méd. 29 de Março e 31 de Maio de 1924.

(3) Le Progrès Méd. 27 de Fevereiro de 1932.

(4) Arch. Méd. Enf. N.º 10. 1932.

derados outros vírus de afinidade neurotrópa ainda hoje desconhecidos.

A difteria, tanto pelas nossas observações, como por outras já publicadas, deve ser sempre lembrada, e não só para os casos de paralisias aparecidas súbitamente e rotuladas *à frigore*, como outros autores já mostraram, mas também quando a paralisia é seqüela dum processo encefalítico agudo, como o prova a minha Obs. I, e não só quando o doente tenha tido difteria anteriormente, como no caso de Chandriat a que aludi, mas mesmo sem que até aí nenhuma manifestação de difteria tenha havido, como nas nossas observações.

Revista dos Jornais de Medicina

Tratamento pre e post-operatório das afecções da vesícula biliar. (*Pre and post-operative treatment of gall bladder disease*), por ARTUR F. HURST. — *Brit. Jour. of Surg.* Janeiro de 1933.

Os exames auxiliares de valia na investigação do estado das vias biliares são o exame radiológico com colecistografia e respectiva exploração manual, perante a radioscopia, e a colheita a bilis após a administração do sulfato de magnésio. O estudo desta bilis pode revelar determinadas alterações que se tornam elementos de interesse e de significado diagnóstico.

Quanto ao tratamento pre-operatório, chama-se muito especialmente a atenção para o papel que a hexamina desempenha como antiséptico das vias biliares. Associada a alcalinos, de modo a impedir o seu desdobramento em presença da urina ácida, e em doses fortes, a hexamina atenua ou combate eficazmente os processos sépticos das vias excretoras do fígado e, desta maneira, serve como poderoso auxiliar da cirurgia, pois permite a moderação dos processos inflamatórios e a melhoria conseqüente dos resultados operatórios.

A eficiência da hexamina como antiséptico biliar deriva justamente da administração simultânea de alcalinos, para manter a urina permanentemente alcalina. O A. indica a seguinte mistura, que, na sua prática, lhe tem dado bons resultados: hexamina, 100 gr.; bicarbonato de sódio, 60 gr.; e citrato de sódio, 60 grs; para tomar três vezes ao dia.

No dia imediato ao da intervenção operatória deve recommençar-se o tratamento com hexamina e por um período de duas a três semanas. Os sintomas gástricos, que acompanham a afecção das vias biliares, carecem de tratamento médico adequado quando se verifique que o tratamento cirúrgico não conseguiu a cura total de todos os sintomas. As restrições de dietas ricas em colesterol não servem, praticamente, os fins para que foram inventadas. A sua interferência na génese ulterior de calcos parece de mínima importância.

MORAIS DAVID.

O diagnóstico e tratamento da osteíte fibrosa generalizada com hiperparatiroidismo. (*The diagnosis and treatment of generalized osteitis fibrosa with hyperparathyroidism*), por R. ELSLIE, F. FRASER, T. DUNHILL, R. VICK, C. HARRIS e J. DAUPHINEE. — *Brit. Jour. Surg.* Janeiro de 1933.

Relatam-se três casos de hiperparatiroidismo, com manifestações esqueléticas de osteíte fibrosa generalizada. Os casos vêm profusamente documenta-

**“Ceregumil”
Fernández**

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afecções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estômago.

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas as sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES

PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA

PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

PROFILAXIA DO CANCRO

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D^r Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

Représentante em Portugal : RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA

Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.

Quando uma cura cálcica "*per os*" resulte ineficaz e sempre que haja necessidade de intervir prontamente prescreva-se o

Zimolactil «Serono»

em ampôlas de 2 cc.

que se prepara também em ampôlas de 5 cc. como
ANTI-HEMORRAGICO
por vias endomuscular ou endovenosa.

O ZIMOLACTIL SERONO é uma combinação de cálcio com ácido láctico de fermentação.

PARA COMBATER A

hipertensão arterial

a

Hipotenina «Serono»

é um excelente preparado, baseado na conhecida acção terapêutica dos nitratos e dos nitritos, como vaso-dilatadores.

É, portanto, insubstituível na **arteriosclerose, gota, etc.**, e está ainda muito indicada nos **enfermos glaucomatosos com evidente aumento da tensão ocular.**

Amostras à disposição dos srs. Médicos

dos, com estudos radiológicos dos ossos, do metabolismo do cálcio, do fósforo e bem assim com os exames macro e microscópicos dos tumores extirpados das paratiroidesias.

MORAIS DAVID.

Isolamento e diferenciação dos bacilos da tuberculose nos meios de Bordet-Genjou e Löwenstein, por LUCY MISKULOW. — *The Jour. of Inf. Dis.* Novembro-Dezembro de 1932.

A determinante dêste trabalho foi a investigação do valor comparativo dos diferentes meios de cultura para o bacilo da tuberculose, não só sob o ponto de vista do desenvolvimento das colónias, mas também da sua diferenciação. Conclusões:

O meio de Bordet-Genjou é excelente para o isolamento e cultura dos dois tipos (humano e bovino) do bacilo. As colónias do tipo humano desenvolvem-se habitualmente entre oito a onze dias e as do tipo bovino entre duas a três semanas.

O meio de Löwenstein é igualmente bom para o isolamento do bacilo humano, mas impróprio para as culturas do tipo bovino.

O uso simultâneo dos meios de Bordet-Genjou e Löwenstein permite, assim, a diferenciação dos dois tipos de bacilos pela modalidade especial dos seus desenvolvimentos característicos.

O bacilo aviário cresce rápida e luxuriantemente em qualquer dos meios. Os bacilos da B. C. G. crescem, nestes meios, de uma maneira tão particular que a sua diferenciação dos tipos humano e bovino se faz pelo simples exame morfológico das colónias.

MORAIS DAVID.

Lesões glomerulares, associadas com endocardites. (*Glomerular lesions associated with endocarditis*), por E. T. BELL. — *The Am. Jour. of Path.* Vol. VIII. N.º 6.

Em associação com as endocardites, encontram-se dois tipos de lesões glomerulares: um difuso e outro embólico.

A glomerulite difusa aparece em diferentes formas de endocardite (aguda reumática, aguda maligna primitiva, aguda maligna secundária e subaguda).

É caracterizada por um aumento no número e tamanho das células endoteliais e muitas vezes pelo engrossamento da membrana basal capilar. Os glomérulos não estão aumentados de volume, mas têm uma aparência mais uniforme e avascular. A permeabilidade dos capilares encontra-se muitas vezes comprometida, tanto pelo aumento na altura das células como pelo engrossamento da membrana basal. No seu interior aparecem alguns polinucleares. A glomerulite difusa deriva da infecção em decurso e é muito mais freqüente na endocardite subaguda.

A glomerulite embólica ou focal acompanha também a evolução dos diferentes tipos de endocardite e subdivide-se em duas modalidades: a hialina

e a fibrosa; a primeira é a glomerulite de fresca data, a segunda é a glomerulite por lesões antigas.

As lesões de glomerulite hialina, na sua forma mais simples, consistem em uma trombose capilar. As lesões mais grosseiras constam da trombose de vários capilares, que pode ser identificada até à altura em que as suas paredes sofrem alterações de necrose. A lesão hialina não é um infarte, mas uma trombose, em que sobrevém a necrose capilar pela acção local das bactérias. A porção necrótica do glomérulo desintegra-se e desaparece.

A glomerulite focal fibrosa é uma reacção renal caracterizada por um acentuado crescimento da membrana basal dos capilares, que os oblitera e dá ao glomérulo uma estrutura fibrosa. A fibrose depende exclusivamente das membranas basais. Não se demonstra qualquer invasão de outros elementos fibroblásticos.

Dentro dos glomérulos as fibra que mais tarde dão as reacções corantes da substância colagénica, derivam ou das fibras intra-capilares das células endoteliaes, ou das membranas basais espessadas dos capilares glomerulares ou fina'mente das células epiteliaes dos crescentes glomerulares fibrosos.

MORAIS DAVID.

Etiologia da doença de Hodgkin, com especial referência para o B. «tuberculosis avis». (*Aetiology of Hodgkin's disease with special reference to B. «Auberculosis avis»*), por C. E. ROOYEN. — *The Brit. Med. Jour.* 14 de Janeiro de 1933.

R. refere os resultados que obteve no estudo de seis casos de doença de Hodgkin.

A pesquisa do B. «tuberculosis avis», pelo exame directo de preparações de vários órgãos, pela inoculação de diferentes espécies animais com macedos de órgãos doentes, e pelos enxertos de pequenos fragmentos destes mesmos órgãos, foi uniforme e negativa.

MORAIS DAVID.

Um estudo do poder patogénico do bacilo Calmette-Guérin (B. C. G.). (*A study of the pathogenicity of the bacillus of Calmette-Guérin (B. C. G.)*), por WILLIAM H. FELDMAN. — *The Am. Jour. of Path.* Vol. VIII. N.º 6.

Sumário e conclusões :

Com uma estirpe de B. C. G., cedida por Calmette, ensaiaram-se diversos processos tendentes a aumentar a patogeneidade do agente.

Fizeram-se subculturas em meios com ovo glicerinado de 30 em 30 dias e em cada passagem se inocularam várias cobaias.

Em um total de 58 animais inoculados conseguiu-se provocar a aparição de lesões experimentais, histologicamente indiferençáveis das lesões genuinamente tuberculosas, nos tecidos de onze destes animais, e dêles depois se cultivaram bacilos ácido-resistentes.

A maioria das lesões apareceu em animais que foram inoculados por via intra-cerebral.

A experimentação tentada com o intuito de provocar sucessão de lesões tuberculosas, pela reinoculação em cobaias de material infectante, obtido dos animais inoculados, não deu resultados positivos.

A estirpe de B. C. G., examinada, não se mostra desprovida de poder patogénio para a cobaia.

As subculturas em meios de ovo glicerinado em um período de 15 gerações não alterou sensivelmente a virulência.

MORAIS DAVID.

A anemia do carcinoma do estômago. (*The anemia of carcinoma of the stomach*), por STANLEY MARTFAEL. — *The Lanc.* 14 de Janeiro de 1933.

Segundo o autor, as alterações sangüíneas da série vermelha, nos casos de carcinoma do estômago, são dependentes de uma perversão nos processos de secreção da mucosa gástrica.

A anemia pode afectar o tipo macro ou microcítico. A primeira forma é mais rara. A opoterapia hepática e o ferro podem, temporariamente, beneficiar as manifestações anémicas.

MORAIS DAVID.

Doença de Hodgkin atípica. (*Atypical Hodgkin's disease*), por E. CALVERT e H. SANGUINETTI. — *Brit. Med. Jour.* 14 de Janeiro de 1933.

Os autores contam, pormenorizadamente, a história clínica de um doente sem manifestações aparentes do sistema ganglionar, com fortes dores sobre a coluna vertebral e desvio da coluna, lincocitose, ataques de febre de tipo intermitente ou remitente, separados por períodos de apirexia e anemia.

O exame radiológico revelava deformação pronunciada da 3.^a e 4.^a vértebras lombares. O estudo anátomo-patológico mostrou as alterações clássicas de massas ganglionares profundas, torácicas abdominais e, além disso, uma grande loca de pus envolvendo os corpos das duas vértebras alteradas e estendendo-se na bainha do músculo psoas-íliaco esquerdo. Alguns gânglios íliacos estavam supurados.

MORAIS DAVID.

Ensaio sobre as variações espontâneas e experimentais da cronaxia vestibular, no decurso do sono cataléptico e da catalepsia na histeria, catatonia e hebefrenia, por HENRI CLAUDE, GEORGES BOURGUIGNON e HENRI BARUK. — *Société Médico-Psychologique*. Sessão de 22 de Dezembro de 1932.

O estudo da cronaxia vestibular constitue um novo elemento de apreciação do estado dos doentes mentais, permitindo seguir, por um método fisiológico e objectivo, a sua evolução clínica.

Das investigações efectuadas conclue-se que os doentes mais entorpeci-

dos são aqueles que têm as maiores cronaxias vestibulares, mas também os que mais facilmente podem despertar, pelo que a sua simples constatação carece de valor prognóstico.

Se o doente melhora, os seus valores aproximam-se dos normais, sem se lhe tornarem inferiores; se, pelo contrário, piora, a cronaxia desce progressivamente, atenuando-se o sono cataléptico e prevalecendo a verdadeira desagregação psíquica.

Este paralelismo entre a clínica e os dados electrofisiológicos é perfeito, mas não permite avaliar a evolução terminal da doença.

Despertando os doentes, a cronaxia tende a normalizar-se e a uniformizar-se nos dois vestibulos.

Posto-que ainda no início, estes estudos permitem já o estabelecimento, em psiquiatria, de um método laboratorial extremamente rigoroso.

BARAHONA FERNANDES.

O factor constitucional na predisposição para o tabes e a paralisia geral, por POPPI. — *XIX Reünião da Sociedade Freniátrica Italiana.*

Os tabéticos predominam nos microesplâncnicos, e os paráliticos gerais nos megaloesplâncnicos; as formas mixtas podem pertencer, indiferentemente, aos dois grupos ou ao tipo intermédio, chamado, nesta nomenclatura, normoesplâncnico.

BARAHONA FERNANDES.

Otite, mastoidite, reacção meningea e síndrome de demência precoce hebefreno-catalónica. (*Otite, mastoidite, etat méningé,* etc.), por M. MARCHAND, M^{me} BANNAFOUX-SERIEUX e J. RONART. — *Société Médico-Psychologique.* Sessão de 10 de Março de 1932.

Observação de um doente que, aos 18 anos, após uma otite com supuração mastoideia e reacção meningea, apresentou, rapidamente, sintomas de ordem esquizofrénica, como indiferença afectiva, apragmatismo, etc., e de natureza parkinsonica, como braquinesia, postura rígida, mioclonias, etc.

Ambas as séries de fenómenos combinados provocavam uma grande aquinesia, característica deste caso, que, segundo os autores, deve ser englobado na forma que chamam demência precoce encefalítica.

BARAHONA FERNANDES.

As variações da fórmula leucocitária nas doenças mentais, por TINEL. — *Société Médico-Psychologique.* Sessão de 8 de Dezembro de 1932.

Excluindo certas condições frequentes, que podem modificar o hemograma, como sejam doenças infecciosas, choques anafiláticos, menstruação, digestão, e certas substâncias como o gardenal e o tabaco, de uso comum nos alienados, evitando os efeitos vaso-motores reflexos de origem emotiva, as

variações da fórmula leucocitária dependem directamente do estado de tonus do sistema nervoso vegetativo.

Assim, por uma excitação do simpático, na quasi totalidade dos casos de agitação psico-motora, quer maníaca, quer ansiosa ou simplesmente hiper-motiva, observou o A. uma polinucleose neutrófila, e, pelo contrário, na depressão, seja depressão afectiva, sejam outros estados, como astenia, bradi-quinésia, estupor, registou leucopénia, formada quasi exclusivamente por granulocitopenia neutrófila por inibição do simpático. Foi levado a esta interpretação pela comparação com os efeitos sobre a fórmula leucocitária dos fármacos de acção vegetativa: a adrenalina, a atropina e a escopolamina dão uma polinucleose; a ergotamina, o gardenal e o tabaco, neutropénia.

BARAHONA FERNANDES.

Os sintomas catatónicos no homem, encarados sob o ponto de vista da psicologia dos animais. (*Die Katatonischen Symptome beim Menschen von Standpunkt der Tierpsychologie*), por KUTTNER. — *Monatschrift für Psychiatrie*. N.º 78. 1931.

Não só na hipnose, mas também no comportamento normal dos animais, encontra o A. grandes analogias, no ponto de vista da psico-motricidade, com as perturbações da catonia humana. Aceita como explicação a hipótese de que, por via da catonia, são postos em liberdade, no sistema nervoso central do homem, mecanismos arcaicos, préformados filogénicamente, que primitivamente seriam ordenados no sentido da defesa e protecção do animal.

Nota da R. — O signatário desta nota, de colaboração com o Dr. F. Ferreira, chegou a resultados semelhantes pela análise comparada de catonia experimental pela bulbo-caprina, conforme foi comunicado à Soc. Sc. Médicas de Lisboa em 21-1-33 e virá publicado em *l'Encéphale*.

BARAHONA FERNANDES.

O valor das provas funcionais do fígado junto da cama do doente. (*Zur Wertung der Leberfunktionsprüfungen am Krankenbett*), por E. ZADEK, A. TIETZE e K. GEBERT. — *Klin. Woch.* N.º 2. 1933.

Das diversas provas laboratoriais propostas para avaliar da capacidade funcional do fígado, nenhuma dá resultados completamente satisfatórios. Este facto deve-se talvez ao seguinte :

Cada prova funcional interroga, em regra, só uma das funções do fígado, e, como não é forçoso que todas as funções deste órgão estejam comprometidas simultaneamente num determinado doente, pode acontecer que exactamente a função que se estuda não esteja prejudicada e, por consequência, o exame resulte negativo, a-pesar-de existir doença hepática.

Os AA. fizeram o estudo comparativo das indicações clínicas fornecidas pelas provas da galactose, de reacção de Takata, da administração de bilinubina de Eilbott e Bergmann, e da hiperglicemia insulínica inicial de Bur-

ger e Kramer, comparando os resultados com os obtidos nos indivíduos sem doença hepática.

As melhores indicações são dadas pela reacção de Takata (reacção de flocação feita com sôro e reagente desde A. e que aprecia a composição colóide daquele), sempre positiva nas cirroses hepáticas, mas cuja utilidade diagnóstica se reduz a esta doença, pois nas outras afecções do fígado os resultados são inconstantes. Não tem, pois, valor para a caracterização funcional do fígado.

Os AA. obtiveram resultados sofríveis com a prova da galactose. A-pesar-de positiva, apenas em 50 % das afecções hepáticas tem a valorizá-la o facto de não conduzir a erros de interpretação com os indivíduos normais, nos quais é sempre negativa.

Piores são as indicações fornecidas pela prova da bilirrubina, além disso aborrecida por sujeitar o doente a três punções venosas.

A falta de hiperglicemia inicial consecutiva à injeccção de insulina, que Burger julga muito valiosa, para ajuizar duma insuficiência hepática, pois é consequência da pobreza do fígado em glicogéneo, se resulta muitas vezes positiva nas afecções dêste órgão, tem o inconveniente de dar resultados semelhantes em pessoas sem padecimento hepático. É que, com efeito, a riqueza do fígado em glicogéneo é apenas um dos factores que intervêm na manutenção da glicemia e no aspecto das curvas da glicemia insulínica.

Junto do doente, concluem os AA., a observação clínica, anamnese, palpação, Foetor hepaticus e o exame do sangue e urina, incluindo a reacção do aldeido e a determinação da aminoaciduria, dão melhores indicações sôbre o estado funcional do fígado que os métodos teóricamente interessantes, mas, de resto, incertos, desagradáveis para o doente e dispendiosos.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca do problema da hiperfunção tiroidea e da acção da adrenalina sôbre a iodemia das grávidas. (*Zur Frage... etc.*), por W. SCHERRINGER. — *Klin-Woch.* N.º 3. 1933.

Não há uniformidade de pareceres acêrca da actividade funcional da tiroidea durante a gravidez, embora a maior parte dos AA. pense que ela se encontra em hiperfunção.

Schittenhelm e Eisler comunicaram, há tempo, que há notável contraste no comportamento da iodemia entre os doentes de Basedow e os mixedematosos e indivíduos normais, após injeccção intravenosa de 0,005 mg. de adrenalina. Enquanto nos hipertíroideus os valores de iodo no sangue descem apreciavelmente, para depois se elevarem, nos mixedematosos e indivíduos normais verifica-se a reacção inversa: subida inicial, seguida de descida.

A iodemia das grávidas é habitualmente alta, no limite inferior dos grandes valores dos doentes de Basedow.

O A. estudou as variações do iodo no sangue, após injeccção de adrenalina em sete grávidas, constatando em todos os casos uma reacção semelhante à que se observa nos hipertíroideus.

É mais uma demonstração biológica de hiperactividade tiroídea na gravidez, atestada já por outros factos (influências análogas do Basedow e gravidez sobre a circulação e excitabilidade nervosa, aumento do metabolismo, empobrecimento do organismo em glicogéneo, identidade de reacção de Reid Hund, etc.).

OLIVEIRA MACHADO.

A leucemia pelo benzol no homem e em ratos brancos. (*Die Benzol-leukämie bei Menschen und weissen Mäusen*), por G. LIGNAC. — *Klin. Woch.* N.º 3. 1933.

A-propósito de comunicações ultimamente aparecidas, referentes a leucemias humanas, provavelmente causadas pelo benzol, o A. recorda os seus trabalhos experimentais sobre o assunto, descrevendo os resultados obtidos numa última série de experiências.

Em oito de 54 animais tratados pelo benzol o A. observou leucemias ou doenças semelhantes (linfosarcomatose de Kundrat, mielose aleucémica).

Estes resultados não podem ser casuais e atribuíveis a leucemia espontânea do rato, pois nos 1465 animais que nos últimos 9 anos morreram espontaneamente ou em consequência de estudos experimentais vários, e que foram sempre autopsiados, nunca se observou leucemia.

A importância do benzol como produtor da leucemia parece indiscutível em face destas experiências, pelo que Lignac aconselha a protecção dos que trabalham com benzol, não só contra os perigos das grandes doses, mas também das pequenas, tendo em vista a possibilidade delas produzirem uma leucemia.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérea da reacção de Meinicke no liquido céfalo-raquidiano. (*Über die Meinicke... etc.*), por WALTER JEHN. — *Klin. Woch.* N.º 3. 1933.

Após as primeiras indicações satisfatórias sobre o valor diagnóstico da reacção de Meinicke, surgiram algumas objecções.

O estudo do A. é baseado na comparação do valor da prova com a reacção de Wassermann, contagem de células, globulinas, reacções coloidais, reacções do soro, anamnese, observação clínica e evolução.

De 73 doentes com neuro-lues indiscutível, em 64 (88%) havia concordância de reacções de M. e Wass.; em 4 (>%) incompleta concordância (R. M. duvidosa e Wass. negativo ou vice-versa), e, em 5 (7%) discordância. Quasi todas as discordâncias de resultados referem-se a doentes já tratados com malária, pyrifur ou salvarsan.

Pelo que respeita à diferenciação dos quadros de neuro-lues, o A. conclue que a falta de clarificação, no 4.º tubo nos casos não tratados, depõe contra a paralisia geral, mas a clarificação completa não a impõe.

Resultados de R. de M. análogos ao da neuro-lues encontram-se quasi exclusivamente na meningite tuberculosa, o que não invalida o valor da reacção.

O facto de bastarem pequenas quantidades de líquido céfalo-raquidiano para executar a prova, extremamente útil no diagnóstico diferencial das doenças do sistema nervoso, valoriza-a consideravelmente.

OLIVEIRA MACHADO.

Injecção intraperitoneal de Salirgan. (*Intraperitoneale injektion von Salyrgan*), por KARL HARTL. — *Klin. Woch.* N.º 4. 1933.

Confirmação dos excelentes resultados obtidos pela injecção intraperitoneal de Salirgan nos ascíticos, proposta por Nonnenbruch, verificando-se maior e mais duradoura diurese do que por via endovenosa. Nalguns casos em que esta falhou, a acção diurética do Salirgan por via intraperitoneal era nítida.

A reabsorpção mais lenta e a eliminação menos rápida da droga explicam, pelo menos em parte, o aumento do efeito diurético.

OLIVEIRA MACHADO.

O valor das reacções de floculação no diagnóstico na neuro-lues. Exames comparativos com a R. de Wass. de algumas reacções de floculações modernas, no sangue e no líquido céfalo-raquidiano. (*Die Bedeutung... etc.*), por H. SCHEIJER. — *Klin. Woch.* N.º 2. 1933.

Resumo do artigo :

As reacções de Kahn (R. K.) e Müller (R. M.) podem considerar-se equivalentes nos seus resultados. A prova de Meinicke (R. K. M.) é ligeiramente inferior, pelo menos nos casos do A., mas consideravelmente superior ainda à R. de Wassermann. É recomendável a execução simultânea de várias reacções de floculação, pois só assim se podem excluir os resultados não específicos e erros de técnica. Se, por qualquer razão, não se pode levar a efeito esta prática, é vantajoso fazer, pelo menos, a R. K., que tem, sobre as outras, a vantagem de juntar à exactidão dos resultados uma técnica relativamente simples e, devido à facilidade de leitura imediata, a possibilidade de fazer em pouco tempo o diagnóstico; esta última qualidade é de grande importância. Num material de mais de 10.000 soros e 6.000 líquidos céfalo-raquidianos, a R. K. tem dado tais provas que o A. não renuncia à sua execução. A R. M. é tão exacta como a R. K., mas muito mais trabalhosa; mais que nas outras, é na R. M. indispensável a observação minuciosa das prescrições técnicas. A R. K. M. é simples e exacta, mas tem, sobre a R. K., a desvantagem do resultado só se poder verificar no dia seguinte.

● A importância das reacções de floculação para esclarecimento do diagnóstico da sífilis revela-se, principalmente, nos casos frequentes em que a R. W. é negativa — Lues cerebri e tabes — o que se observa sobretudo quando se executa o W. conforme a técnica original. A isto acresce que nos serviços de medicina interna, em face duma suposta lesão orgânica do sistema nervoso, resolve-se mais rapidamente executar uma punção lombar, indispensável para

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

P. dir. folhete sobre a Iodotherapie physiologica pelo Peptoniodo.
LABORATORIO GALBRUN, 8et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creósote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituinte.**

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

P. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA e NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeições, na agua, no vinho ou outro liquido excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS 8º)

LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO
ARSENICAL
SUB-CUTANEO
VERDADEIRAMENTE
INDOLOR
É REALIZADO PELO

ACETYLARSAN

COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

verizon

o diagnóstico, se a análise do sangue já tiver revelado sífilis, pelo que os doentes com neuro-lues em início ou pobre em sintomas, passarão a ser tratados mais precocemente do que hoje, desde que se executem as reacções de flonelação.

OLIVEIRA MACHADO.

Alterações no quimismo e secreção da bilis sob a acção da tiroxina. (*Veränderungen in Gallenchemismus und sekretion under dem einfluss des Thyroxins*), por S. LEITES e R. ISABOLINSKAJA. — *Klin. Woch.* N.º 4. 1933.

Os AA. estudaram, no cão com fistula da vesícula, a influência das injeções subcutâneas e administração *per os* da tiroxina sobre a secreção e composição biliar.

Quer em injeção, quer *per os*, notaram descida considerável da secreção biliar, menos nítida no cão esplenectomizado. Este último facto interpretam-no como devido à hipersecreção determinada pela esplenectomia (experiências próprias).

Como consequência ainda da administração da tiroxina, constataram aumento nítido da concentração da colesteroína, com aumento absoluto, apesar da deminuição da secreção, nas duas horas a seguir à injeção.

A concentração dos ácidos biliares, do Ca e do K, não sofre variações apreciáveis sob a influência da droga.

Como todas as outras secreções internas e tóxicos vegetativos (adrenalina, insulina, pituitrina, histamina, atropina, ergotamina), não têm este efeito da tiroxina, os AA. consideram-no uma acção específica sobre o metabolismo hepático.

OLIVEIRA MACHADO.

A profilaxia pela dedaleira. (*Ueber Digitalisprophylaxe*), por N. JAGIC. — *Wiener Klinische Wochenschrift.* N.º 1. 1933.

Baseando-se em dados experimentais, admite o A. a eficácia da terapêutica digitálica no coração, sem sinais de insuficiência, pois assim evita que este, mais tarde, quando por qualquer razão for forçado a um esforço maior, caia em assistolia. É, por isso, partidário da profilaxia digitálica pre-operatória durante alguns dias, muito embora este modo de ver esteja em contradição com as últimas noções que se referem ao colapso circulatório; do mesmo modo emprega este medicamento nas doenças infecciosas agudas, especialmente na pneumonia, e afirma que assim aumenta a resistência do miocárdio à intoxicação microbiana, evitando deste modo o aparecimento da assistolia; nos casos de hipertiroidismo com taquicardia também se deve empregar, antes dos primeiros sinais de insuficiência, a medicação digitálica, aqui combinada com a quinina; nos bóciós operáveis aconselha da mesma maneira a administração, alguns dias antes da operação.

A profilaxia digitálica está também indicada duma maneira intermitente nas lesões valvulares, na fase de compensação; há já alguns anos que o A.

costuma, nestes doentes, empregar a dedaleira duas vezes por mês, durante dois a três dias de cada vez, na dose de vinte centigramas de pó.

Termina por referir a confirmação dada à sua prática clínica pelos trabalhos experimentais de Crosemth e Bansi.

J. ROCHETA.

A magreza hipofisária e insulina. (*Hypophysäre Magersucht und Insulin*), por H. LUCKE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 48. 1932.

Há um certo número de casos de magreza nos quais o emprêgo da insulina, como meio capaz de aumentar o pêso corporal, está contra-indicado: são aqueles que se originam na insuficiência do lobo anterior da hipófise e que aparecem, por vezes, depois das doenças infecciosas, principalmente do tifo e puerpério febril. As autópsias dêstes casos revelam sempre a presença a seu nível de lesões causadas por embolias.

Descreve o A. um caso desta natureza, e ao qual de principio foi administrada a insulina, que provocou o aparecimento de fenómenos hipoglicémicos, que desapareceram depois da suspensão daquela substância, substituída por «Präphyson», com óptimos resultados: aumento de nove quilos em dois meses e meio.

J. ROCHETA.

Bons e maus resultados da transfusão de sangue, nas septicemias. (*Erfolge und misserfolge der Bluttransfusionstherapie bei Allgemeineseptis*), por O. HOCHÉ. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 52-53. 1932.

Apresenta o A. uma estatística de 161 casos de septicemias, nas quais empregou a transfusão de sangue. A-pesar da mortalidade alta, correspondente a uma média de 60%, considera aconselhável esta terapêutica, porque, diz, verificou na sua casuística casos de septicemia considerados como perdidos depois de se ter esgotado tôda a terapêutica conhecida, e que a transfusão salvou.

A eficácia dela é mais acentuada nas formas crônicas que nas agudas, mas, individualmente e sob o ponto de vista patogénico, é tanto mais favorável a sua acção quanto maior fôr a capacidade do organismo para produzir um aumento de anticorpos.

J. ROCHETA.

A acção hematopoiética do suco gástrico condensado (Addisin) na anemia perniciosa. (*Ueber die hämatopoetische Wirkung Konzentrierten magensaftes (Addisin) bei perniciöser Anämie*), por R. MORRIS, L. SCHEFF, J. FOULGER, M. RICH e J. SHERMAN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 52. 1932.

Há pouco Castle e os seus colaboradores verificaram que, pela administração a doentes de anemia perniciosa, de carne crua de vaca submetida à acção do suco gástrico, se obtinha um aumento dos reticulócitos; se a carne



sofrer a acção dum suco gástrico artificial ou pertencente a um doente de anemia perniciosa, não se verifica êsse aumento, e do mesmo modo se fôr administrado o suco gástrico normal sem carne. Daí concluíram que no suco gástrico do anémico falta um factor (Intrinsic-factor) que, em combinação com um factor externo, que deve existir na carne, é capaz de produzir um aumento de reticulócitos.

Os AA. partiram do princípio que a substância que se encontra no suco gástrico normal, ineficaz *per os*, pode ser activa pela via parenteral. As suas primeiras observações foram feitas com suco gástrico humano e publicadas numa outra revista; ao princípio activo deram o nome Addisin, termolábil, dialisável através do colódio e não influenciável por substâncias químicas capazes de destruir as enzimas.

A injeção intramuscular de suco gástrico humano, concentrado por destilação no vácuo, provoca, nos casos de anemia perniciosa, um rápido e nítido aumento dos reticulócitos; do mesmo modo se verificou com os sucos gástricos doutros animais. Últimamente, os AA. têm empregado o suco gástrico de porco em injeção intramuscular, a qual provoca, por vezes, uma reacção de tal natureza que é possível manter com uma única injeção, e durante dois meses, valores normais da hemoglobina e dos eritrócitos.

J. ROCHETA.

Novas observações experimentais e clinicas pela acção hiperemizante da histamina nas doenças ortopédicas. (*Experimentelle und klinische neue Erfahrungen mit der Histamin-Hyperämiebehandlung bei orthopädischen Erkrankungen*), por E. BETTMANN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 1. 1933.

A acção terapêutica da histamina, nas afecções articulares e musculares dolorosas não inflamatórias, assim como nas perturbações tróficas e circulatórias das extremidades, repousa na forte excitação vascular. Produz-se uma hiperemia intensa que clinicamente se manifesta por um aumento da temperatura superficial e profunda, que muito tempo se mantém, por vezes até ro horas, incomparavelmente mais do que o produzido pela diatermia e raios infra-vermelhos, que cessa logo que acaba a aplicação. Daqui nasceram as indicações da histamina; não é um meio curativo específico, mas faz desaparecer a dor e regulariza as perturbações metabólicas e circulatórias das extremidades.

A histamina aplica-se em forma de pomada, depois de desengordurada a pele com éter, e em seguida pratica-se a massagem.

J. ROCHETA.

A anestesia do frénico como operação de prova. (*Die Phrenikanästhesie als Testoperation*), por J. HEIN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 52. 1932.

Defende o A. a anestesia do frénico por meio dum soluto de novocaína a 2 0/0 — bastam em geral 2 a 3 cc. — com o intuito de paralisar o diafragma

duma maneira transitória, considerando êste processo melhor que a frenicectomia, pelas vantagens seguintes:

1) Pelo incremento que tem tomado a colapsoterapia bilateral, à qual por sua vez é de utilidade acrescentar a paralisa dum dos hemidiafragmas, adquire muita importância o facto de se poder obter essa paralisa dum maneira transitória.

2) Nos casos em que a anestesia produziu uma pequena elevação do diafragma, a frenicectomia secundária não aumenta essa elevação; operação que, de resto, não é feita senão depois de algum tempo, pois a anestesia do frénico pode considerar-se como uma operação de prova, não só em relação ao efeito produzido no pulmão, como também sobre todo o organismo, especialmente o aparelho circulatório. Tem acontecido que alguns doentes, especialmente os velhos, se queixem de falta de ar após a anestesia, embora por vezes a elevação do diafragma seja pequena. Quando assim é, torna-se desnecessário fazer secundariamente a frenicectomia.

J. ROCHETA.

O tratamento da enurese infantil. (*Zur Behandlung der Bettnässens im Kindesalter*), por C. NELKEN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 52. 1932.

Nelken considera a enurese nocturna, na grande maioria dos casos, como uma manifestação local da hiper-excitabilidade nervosa que caracteriza as crianças que da enurese sofrem. Por isso, aconselha o cloreto de cálcio nas doses seguintes: 50 gr. de cloreto de cálcio para 100 gr. de água, 3 colheres de café por dia. O primeiro efeito que se verifica é uma maior tranqüilidade no sono, e quasi sempre ao fim de duas semanas cessa a incontinência.

J. ROCHETA.

A glicemia nos diftéricos. (*Blutzuckeruntersuchung bei Diphtheriepatienten*), por A. BREMS. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. LXXIX. 1932.

Numa série de diftéricos fêz o A. a determinação do açúcar sanguíneo em jejum e a curva da glicemia experimental, tendo chegado aos seguintes resultados:

a) No período agudo da doença encontra-se um aumento de glicemia.

b) Nos casos graves e nos de gravidade média a curva da glicemia experimental, no período agudo, é nitidamente anormal, com um valor máximo muito alto e uma curva que pelo prolongamento lembra a obtida na diabetes *melitus*; a causa desta anormalidade não reside na febre, mas é condicionada pela intoxicação sofrida pelos órgãos reguladores do metabolismo do açúcar: cápsulas suprarrenais, fígado, os tecidos periféricos e o pâncreas. Em geral, ao fim de 1-2 semanas a curva volta à sua forma normal.

c) No período agudo de uma difteria grave é freqüente a glicosúria espontânea; depois da ingestão de glicose, aquela é quasi constante.

J. ROCHETA.

O tratamento da epilepsia vertiginosa com prominal. (*Ueber Epilepsia vertiginosa und ihre Behandlung mit Prominal*), por KORACH. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 24. 1932.

Recomenda o A. o prominal no tratamento da epilepsia vertiginosa, em pequenas doses, e como refôrço para a sua acção uma alimentação pobre em cloreto de sódio. Devem evitar-se as grandes doses do medicamento com acção hipnótica, porque esta acção provoca um aumento de frequência e intensidade dos ataques. É precisamente por isso que o luminal não melhora os casos de epilepsia vertiginosa. Koroch insiste também na necessidade dum diagnóstico exacto, o que por vezes é muito difícil, visto a facilidade de confusão com as lipotimias vulgares, hemicrania, doença de Menière, histeria, etc. A vertigem epiléptica não se acompanha de perda de consciência nem amnésica nem de incontinência, mas representa de facto um ataque de epilepsia, embora muito atenuada, e individualizada pela primeira vez por Trousseau. O prognóstico é, na maioria dos casos, favorável.

J. ROCHETA.

A influência da cefaleia vegetativa por intermédio do parasimpático. (*Die Beeinflussung des vegetations Kopfschmerzes durch Einwirkung auf den Parasympathicus*), por E. TRAUTMANN. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 24. 1932.

A cefaleia vegetativa constitucional ou congénita é condicionada por disquinesias vaso-motoras, originadas numa perturbação do equilíbrio vago-simpático. É desconhecida a sua causa e por isso naturalmente não pode aplicar-se uma terapêutica etiológica. O A. procura influenciar esta afecção por intermédio do vago, empregando a acetilcolina. Os casos tratados foram vinte e sete e por injeções diárias (0,1) dêste fármaco; quando as circunstâncias não permitirem as injeções, prescrever-se-á a acetilcalina sob a forma de supositório (0,3) de manhã e à noite.

Em geral, as dores de cabeça desapareciam ao fim de quatro dias; deve mencionar-se especialmente a boa influência exercida por esta terapêutica na cefaleia em forma de hemicrania, que acompanha os períodos menstruais. Além disto, verificou-se também uma melhoria nas dores dismenorreicas.

J. ROCHETA.

Carência alimentar, portadores de gérmes e infecções. (*Carenza alimentare, portatori di germi ed infezioni*), por A. LAWRYNOWYCZ. — *Rinascenza Medica*. N.º 1. 1933.

Baseado em dados experimentais e em observações clínicas, conclue o A. por afirmar que não sómente a insuficiência alimentar, mas ainda os casos, bastante frequentes, de uma alimentação irregular qualitativamente, capaz de provocar manifestações parciais de avitaminose, sobretudo nas crian-

ças, pode permitir em portadores de gérmenes a transformação de saprófitos em agentes infecciosos.

J. ROCHETA.

As injeções endovenosas de adrenalina nas esplenomegalias maláricas. (*Le iniezioni endovenose di adrenalina nelle splenomegalie (malaria)*), por B. DE LUCA. — *Rinascenza Medica*. N. 2. 1933.

As primeiras tentativas da terapêutica adrenalínica nas esplenomegalias maláricas devem-se a Peserico, que empregou esta substância em injeções diárias subcutâneas, mas com resultados quasi completamente negativos. Em seguida, Diliberto adoptou a via endovenosa, administrando doses que variavam de um centésimo a um décimo de miligrama.

O A. apresenta uma série de 10 casos com injeções endovenosas com os seguintes resultados: a eficácia é muito mais evidente nos casos recentes, e quasi nula nas esplenomegalias antigas. Este resultado está em relação com a anatomia patológica dos casos, visto que nos primeiros o aumento é feito essencialmente à custa da hiperemia, enquanto nos segundos o que prevalece é a esclerose e o espessamento do estroma esplênico. Pelo contrário, em todos os casos foi nítida a influência na eritropoiése, que apresentou notáveis melhorias.

As doses empregadas nunca excederam $\frac{1}{2}$ miligrama por dia, iniciando-se o tratamento com um centésimo de mgr. para avaliar da sensibilidade individual; a média adoptada foi de um décimo de mgr. em dias alternados.

Estes resultados confirmam os obtidos por Diliberto.

J. ROCHETA.

A injeção endovenosa gota a gota, permanente. (*Inyección endovenosa gota a gota, permanente*), por M. A. FINOCHIETO. — *La Prensa Médica Argentina*. N.º 19. 1932.

Embora a experiência do A. seja pequena, considera-se, pelos resultados obtidos, como digna de generalização a técnica das injeções gota a gota endovenosas. A hidratação, o aumento da pressão arterial e a melhoria acentuada da temperatura e da diurese são os seus efeitos imediatos e nítidos. A técnica deve fazer-se como segue: colocação do doente o mais comodamente possível e fixação do antebraço e por vezes do braço com ligaduras ou até com uma goteira posterior de gesso; dissecação da veia, fazendo sempre incisões longitudinais. Depois da dissecação passam-se sob a veia dois ou três fios para a fixação da cânula à veia, cânula que é em seguida fixada à pele com tiras de adesivo. Cobre-se com um penso asséptico sem suturar a pele, porque por vezes é necessário mobilizar a agulha para a melhor entrada do líquido. As suas indicações são: o choque, as hemorragias, os estados septicémicos o íleus paralítico, etc.

O gota a gota endovenoso não exclue outros meios terapêuticos.

J. ROCHETA,

Os elementos de diagnóstico entre o cancro ulceriforme e a úlcera verdadeira. (*Les éléments de diagnostic entre le cancer ulceriforme et l'ulcère vraie*), por R. A. GUTMANN. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. N.º 34. 1933.

A-propósito das relações da úlcera e do cancro, há duas teorias: a primeira defende a transformação da úlcera em cancro, transformação hoje admitida como incontestável, embora muito rara; a segunda é a que admite a existência dum cancro ulcerado desde o início. A favor desta hipótese, que o A. considera a mais freqüente, descreve um caso clínico, terminando por chamar a atenção para os sintomas seguintes, que permitem a distinção diagnóstica:

a) Quanto mais tardiamente se iniciar a doença, tanto mais suspeita se torna a lesão.

b) Em geral, um primeiro período ulceroso é curto: três semanas, um mês.

c) A desproporção entre a área do nicho e a brevidade do tempo decorrido desde os primeiros sinais; no decurso dum primeiro ataque ulcerativo, o nicho é pequeno.

d) As irregularidades de contôrno existindo desde o início neste nicho.

e) A ausência de retracção da pequena curvatura contrastando com a grande área do nicho.

f) A resistência da dor aos tratamentos.

Depois da gastroenterostomia:

g) A continuação das dores não explicada por perturbações da bôca da gastroenterostomia.

h) A persistência e, com mais forte razão, o aumento do nicho.

J. ROCHETA.

A bacteriologia das doenças dos ductos biliares e a sua importância para a patogênese. (*Die Bakteriologie des Gallenwegserkrankungen in ihrer Bedeutung für die Pathogenese*), por K. MEYER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 2. 1933.

Resume o A. o seu artigo do seguinte modo:

A grande maioria das infecções dos ductos biliares é produzida pelas bactérias habituais do intestino: colibacilo e enterococo. Por isso deve concluir-se que a infecção, na maior parte dos casos, vem daí, e, em regra, por progressão ascendente no coledoco, ocasionalmente pelos linfáticos.

Os agentes habituais das infecções por via sanguínea, como os estafilococos, estreptococos e pneumococos, desempenham um papel secundário.

As condições favorecedoras duma infecção enterogena consistem numa acumulação patológica de bactérias no duodeno, conjuntamente com uma diminuição do poder bactericida normal do suco intestinal.

J. ROCHETA.

O raquitismo clínico em face dos fixadores do cálcio. (*Le rachitisme clinique devant les fixateurs du calcium*), por G. MOURIQUAND, A. LEULIER, P. SEDALLIAN e M^{lle} L. WEILL. — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXVI. N.º 1. Janeiro de 1933. Págs. 6-20.

Os AA. estudaram, num outro trabalho, a questão geral do metabolismo do cálcio na criança e a acção dos seus diversos «fixadores». Neste trabalho apresentam uma série de factos clínicos, na sua maior parte longo tempo observados e seguidos, que lhes permitiu avaliarem a reacção dos diversos raquitismos ou osteopatias raquíticas em presença dos fixadores do cálcio. Estudaram, assim, a prova da hospitalização, a acção da adrenalina, a acção dos verdadeiros fixadores do Ca (óleo de figado de bacalhau, fitosteróis irradiados, zoosteróis irradiados, raios ultra-violetas e raquitismos uvio-resistentes) e por fim a acção do tratamento anti-sifilítico.

Dêsse estudo concluiram que o raquitismo hipotrófico se encontra mais frequentemente na criança do que o raquitismo florido. É entre estas formas hipotróficas que se encontram as formas mais resistentes à terapêutica, e às quais chamaram as formas uvio-resistentes.

Mas nem todos os raquitismos apresentam esta particularidade; muitos são bastante sensíveis à terapêutica e apresentam «uvio-sensibilidade». Só os raios ultra-violetas e os seus derivados têm uma acção real e eficaz no raquitismo; esta eficácia é provada, por um lado, pelos resultados rápidos e provantes que êles permitem, obtidos com doses fracas, se os compararmos às doses fortes de adrenalina, que foram empregadas sem efeitos bem nítidos.

Enfim, no caso de uvio-resistência, está-se autorizado a ensaiar um tratamento anti-sifilítico, pois desconhecem-se outros factores clínicos produzindo êste estado.

MENESES.

A profilaxia da sífilis nos filhos de sífilíticos confirmados. (*La prophylaxie de la syphilis chez les enfants de syphilitiques avérés*), por JULIEN HUBER (Paris). — *Revue Médico-Sociale de l'Enfance*. N.º 1. Janeiro-Fevereiro de 1933. Págs. 17-20.

Antes de entrarmos na referência a êste trabalho, devemos salientar o início de publicação desta nova revista da casa Masson, de Paris, excelentemente colaborada, saindo em seis fascículos por ano e dirigida a todos os que se interessam pela infância, não só os médicos como também professores, regentes escolares, presidentes de Obras de protecção infantil, serviços sociais, enfermeiras visitadoras, etc., etc. A-par das questões pediátricas e pedagógicas, publica inquéritos sobre diversas organizações médico-sociais infantis, francesas e estrangeiras, com larga documentação, o que torna êste primeiro fascículo, que temos presente, e onde essa variedade é bem patente, verdadeiramente prometedora.

O A. comenta a seu modo o problema que serve de título ao seu artigo, para terminar transcrevendo as conclusões votadas na conferência internacional de Pediatria preventiva, recentemente realizada em Genebra, onde

Glefina e Lasa



GLEFINA

é o único reconstituente a base de Óleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Óleo de Fígado de Bacalhau, Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.



LASA

Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
Émulsion - Comprimés
54 centigr. d'iode par cm³

A. GUERBET & C^o, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy
S^t-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: Pestana, Branco & Fernandes, Lda.

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

LACARNOL



Fracção nucleosídica de extratos orgânicos para o tratamento da angina de peito e similares afecções dos vasos.

Poucos dias após o início do tratamento, desaparecem as crises dolorosas irradiantes, a sensação de pressão e de aniquilamento, como também a dispnéa. É completamente inofensivo, até em casos de uso prolongado durante mezes, mesmo em pacientes idosos e com perturbações cardíacas.

Embalagens originaes:
Frasco conta-gotas de 20 cc.
Caixa com 5 ampolas de 1 cc.



«Bayer-Meister Lucius»



M. R. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

êste assunto estava em Ordem do dia. Subscrevemos também a opinião do A., achando essas conclusões dignas do maior interesse e divulgação.

A profilaxia da sífilis congénita compreende:

1.º — O tratamento dos pais e especialmente da mãe no estado de gestação, se fôr possível desde o início da gravidez. Esta regra de conduta applica-se não só à mulher sífilítica confirmada ou com sífilis congénita (sífilis hereditária) como também à casada com um sífilítico confirmado, embora aparentemente sã. Êste tratamento deve ser precoce, intensivo e prolongado durantê tôda a gravidez.

2.º — Quando o filho nasce com sinais evidentes de sífilis (clínicos humorais ou sorológicos), deve ser imediatamente tratado e de modo intensivo e prolongado, tendo em conta a menor resistência, sobretudo no caso de múltiplos toques viscerais e nutrição defeituosa.

3.º — Quando o filho nasce aparentemente sã, sem sinais clínicos humorais e sorológicos de sífilis:

Se os pais foram insufficientemente tratados, é preciso fazer ao filho um tratamento preventivo, menos intensivo do que o tratamento curativo, mas suficientemente prolongado; numerosos médicos acham, além disso, que, neste caso, nos devemos comportar, a-pesar-de tudo, como no caso que se segue.

Se, pelo contrário, os pais foram correctamente tratados e especialmente a mãe durante a gravidez, o filho deve ser pôsto sob vigilância médica e, se essa vigilância é rigorosa e prolongada, pode-se dispensar o tratamento, prontos a applicá-lo à menor suspeita.

4.º — A applicação desta profilaxia compreende a participação do médico da casa e o esforço, paralelo e coordenado, dos postos anti-venéreos, pré-natais e de assistência infantil, o das enfermeiras-visitadoras e do serviço social. Para que estas directrizes possam ter o seu máximo de efficácia é necessário, além disso, educar as famílias (pelos médicos) e o público, mostrando-lhes os perigos da sífilis hereditária.

MENESES.

Raquiianestesia na infância. (*Rachi Anesthesia na Infância*), pelo Prof. BARROS LIMA (Recife). — *Separata dos Archivos do Hospital do Centenário*. S/data.

No número de Setembro de 1932 da *Lisboa Médica* tivemos ocasião de referir largamente o trabalho do Sr. Prof. Salazar de Sousa (Lisboa) sôbre êste mesmo tema e publicado numa revista de larga divulgação mundial, os *Archives de Médecine des Enfants*, de Paris. Por certo êsse trabalho, vindo a público no número de Agosto de 1932 dos mesmos *Archives* é anterior ao do Sr. Prof. Barros Lima, catedrático de Cirurgia Infantil e Ortopedia na Faculdade de Medicina do Recife (Brasil), cuja *séparata* acabamos de receber e que não insere data de publicação. Só dêsse modo compreendemos que tenha escapado ao A. êsse interessante trabalho do Sr. Prof. Salazar de Sousa, pelo que de importante implica como experimentação clínica e conclusões.

As considerações que então fizemos, aliás também expressas pelo Sr. Prof. Salazar, sôbre o conceito errado em que a raquiianestesia nas crian-

ças era tida, e para o que muito contribuiu a doutrina propagada por Forgue e Basset — são aqui também postas em foco pelo Sr. Prof. Barros Lima. Não vamos, pois, mais uma vez repeti-las.

O A., em 115 raquianestésias satisfatórias, feitas em crianças de 5 dias a 12 anos, só em três teve necessidade de recorrer a doses mínimas de anestésicos gerais para alcançar a quietude necessária à intervenção.

Sobre o trabalho do Sr. Prof. Salazar, tem êste de que hoje tratamos a vantagem de baixar mais ainda a idade infantil em que praticou a raquianestesia, em 5 dias de idade para 32 dias nos casos do Prof. Salazar; a experimentação vai, porém, só até 115 casos, contra 540 do trabalho da Clínica Pediátrica da Fac. de Medicina de Lisboa.

Quanto à substância anestésica, o A. empregou a Scurocaina em solução a 4 ‰, sem adrenalina e a Percaina. Em 107 casos utilizou a primeira e nos 10 restantes a segunda. Com ambas alcançou boas anestésias, mas pareceu ao A. que Percaina seria capaz de diminuir a percentagem dos pequenos acidentes da raquianestesia (impressão, sobretudo, de um número maior de anestésias nos adultos). Nunca utilizou qualquer substância (cafeína, adrenalina, efedrina) no preparo das crianças para a anestesia, seguindo nisto prática semelhante à que actualmente segue nos adultos.

Quanto às doses, eram subordinadas à qualidade da substância anestésica a utilizar, à idade da criança, à duração e extensão da anestesia, etc.

Assim, por exemplo, empregando a Scurocaina, usava sempre 4 a 8 centigramas de substância anestésica ou sejam 1 a 2 cc. da sua solução a 4 ‰; com a percaina, porém, as doses foram de 1 a 5 miligramas, quer dizer, de 2 décimos de centímetro cúbico a 1 cc. da solução Quarella a 5 ‰.

Examinando os quadros, temos como dosagens médias as de 0,040 de scurocaina para as crianças de 0 a 1 ano, de 0,042 de 1 a 3 anos, de 0,047 de 3 a 6 anos e de 0,057 de 6 a 12 anos. São médias semelhantes às do Prof. Balacescu (Bucarest).

No curso das operações, o A. viu algumas vezes acidentes mínimos, tais como palidez da face, suores, mal-estar com tendência a síncope. Cessavam, em geral, com facilidade, excepcionalmente fazendo-se acompanhar de náuseas e vômitos.

Como acidentes secundários é mais habitual a hipertermia no dia da intervenção, semelhante à que o A. tem observado nos adultos, subindo a temperatura consideravelmente, mas desaparecendo prontamente. O A. utiliza um capacete com gelo (sic) nas crianças raquianestésias, por ter a impressão de que isso faz diminuir a ascensão térmica. As cefaleias foram excepcionais. Como acidentes tardios nada viu.

As suas intervenções foram 32 nos membros inferiores, 47 nos órgãos genito-urinários e 38 no abdômen. Em 2 casos as anestésias falharam.

Semelhantemente ao que concluiu o Prof. Salazar, e que já tinha sido proclamado por Rocher (Bordeus), Balacescu e outros, o Prof. Barros Lima aconselha um largo emprêgo da raquianestesia na cirurgia infantil.

Epifisite metatársica. (*Epiphysite metatarsienne*), por A. AIMES (Montpellier). — *Revue de Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Ano XL. Tômoo XX. N.º 1. Janeiro-Fevereiro de 1933. Págs. 42-45.

O A. apresenta um caso de epifisite distal do II metatársico numa rapariga de 16 anos e meio, acompanhado de reproduções radiográficas, sem a mínima referência ao nome de Alban Köhler, que ficou ligado ao síndrome clínico e radiográfico que a doente apresenta, pela designação de 2.ª doença de Köhler, ou osteoartrite deformante metatarso-talângica. O A. publica êste caso não só por ser ainda pequeno o número de casos semelhantes publicados, como também pela sua aparição numa doente com antecedentes raquíticos e pais tuberculosos.

O A. não refere dado algum sôbre a observação da estática dos pés desta doente, o que teria o maior interêsse. Admitida como está quasi universalmente a influência do trauma repetido por defeituosa posição e conformação do pé (no sentido descrito por Hohmann, e que nós confirmámos nos nossos três doentes apresentados à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 1931), é conveniente investigar, num doente com antecedentes raquíticos, até que ponto estes foram e deixaram resíduos na unidade estática dos pés durante o repouso de pé e durante o caminhar.

MENESES.

Estudo sôbre a calcemia. Cem dosagens de cálcio no sôro em diversos estados patológicos. (*Étude sur la calcémie. Cent dosages de calcium sérique dans divers états pathologiques*), por ADOLPHE JUNG e A. CHINASSI HAKKI (Estrasburgo). — *Revue de Chirurgie*. N.º 7. Juillet, 1932. Págs. 537-548.

Os AA. apresentam os resultados de 100 dosagens do cálcio do sôro, feitas no serviço então do Prof. Leriche, em Estrasburgo, com o micro método de Kirth. Com êste método, os resultados, que vão de 0,085 gr. a 0,100 gr. por litro de sôro, são considerados como limites normais da calcemia no homem. Fora dêles, há hipo ou hipercalcemia.

As variações do cálcio do sôro fazem-se em limites bastante restritos. Os números extremos são 0,065 gr. e 0,127 gr.

As doenças ósseas examinadas (tumores, escolioses, osteoporoses) parecem ter, habitualmente, uma calcemia normal; apenas a doença óssea de Recklinghansen apresenta uma calcemia elevada.

As dores articulares ou as artrites crônicas da menopausa e as artrites traumáticas têm, de hábito, uma calcemia normal.

As poliartrites anquilosantes, que são manifestamente de origem infecciosa, e as artrites traumáticas anquilosantes têm calcemia normal.

Entre as outras, de origem desconhecida, há uma forte porporção com calcemias elevadas ou com calcemias muito baixas.

A esclerodermia acompanha-se, habitualmente, de calcemia elevada. Os quelóides espontâneos têm uma calcemia elevada, ao contrário dos quelóides sôbre cicatrizes, que têm uma calcemia normal.

Nas retracções da aponevrose palmar há uma tendência manifesta, especialmente em algumas delas, para calcemias fracas.

MENESES

Apreciação da eficácia da Santonina na ascaridose infantil, estabelecida pela verificação dos vermes expulsos e subsequente ovoscopia. (*Appréciation de l'efficacité de la Santonine dans l'Ascaridose infantile établie par le contrôle des vers expulsés et l'ovoscopie subséquente*), por M. P. SCHIKHOBALOVA E. W. SOKOLOVA (Moscovo-Rússia). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tômoo VIII. N.º 5. 1932. Págs. 610-620.

Após uma larga experimentação, os AA. concluem que a Santonina possui um alto grau de eficácia na ascaridose, traduzindo-se por uma esterilização média de 86 % e variando, em certos grupos, entre 76 a 100 %.

A expulsão dos vermes durante os três primeiros dias do tratamento observa-se numa média de 93 % dos indivíduos tratados. A Santonina provoca a expulsão não somente das formas adultas dos ascárides como também das formas jovens (1 a 4 cms. de comprimento).

A expulsão única de fêmeas coincide, vulgarmente, com a aparição, quando da prévia análise coprológica, de ovos de ascárides não fecundados. O exame helmintológico da população infantil de Moscovo revelou a presença nas fezes apenas de ovos não fecundados numa proporção de 40,6 %. A expulsão dos ascárides nota-se algumas vezes no quarto, quinto e mesmo sexto dia após a administração da Santonina.

A Santonina é um remédio de fácil aplicação, que dá um grau de eficácia bastante satisfatório para a prática da deshelmintização em massa.

MENESES.

Bibliografia

Précis de Cancérologie, por J. DUCUING. — 1 volume de 1.259 páginas.
Colecção de *Précis Médicaux*. Masson et C^{ie}, 1932.

O trabalho do Professor Ducuing, director do Centro anti-canceroso de Toulouse, é uma extensa e documentada exposição sobre o cancro. O assunto é da máxima actualidade. O seu estudo apaixonou os investigadores que procuram resolver os múltiplos problemas formulados em torno desta neoplasia.

O professor Ducuing procura, no seu manual, abordar o assunto sob todos os aspectos. Dedicou a sua primeira parte à anatomia patológica do cancro, juntando-a, com elevado critério, ao seu estudo fisiológico. Não é só a morfologia da célula cancerosa que o interessa; estuda os seus fenómenos vitais: nutrição, reprodução, vida e morte; aprecia outras funções, tais como as suas propriedades emigradoras, destrutiva, secretória, etc.

Faz a comparação entre a fisiologia da célula normal e a da célula cancerosa.

O estudo do tecido canceroso e estroma são seguidamente apreciados, bem como as três fases anatomopatológicas do cancro, a que junta algumas noções de histogénese e de histofisiologia.

A classificação anatomopatológica dos cancros merece-lhe particular atenção, descrevendo os seus principais tipos: tumores epiteliaes, mesenquimatosos, etc.

Sobre a etiologia dos cancros, estuda os factores endógenos e aprecia as modificações gerais do organismo, não esquecendo as alterações locais.

A semeologia geral do cancro e das suas principais complicações constitue um dos mais completos capítulos do tratado. A evolução clínica do cancro, o diagnóstico e prognóstico, a patogenia, o tratamento e, finalmente, a luta social contra o mal, constituem os capítulos com que termina a primeira parte do livro.

O estudo dos cancros das diferentes regiões: pele, seios, aparelho visual, aparelho digestivo, glândulas anexas, vias aéreas, órgãos genitais do homem e da mulher, ossos e músculos, sistema nervoso, etc., constituem a segunda parte da obra, que é profusamente ilustrada com 516 gravuras.

É inútil encarecer o valor deste tratado sobre o cancro. O problema é estudado no seu conjunto e os temas de ordem geral, que lhe estão ligados, são pelo autor apreciados, sumariamente, mas com largueza de vistas.

O cancro avassala todos os distritos do organismo e, assim, o manual do professor J. Ducuing é indispensável como livro de consulta a todos os que trabalham na clínica.

E. MONIZ.

A propos de la Peste au Maroc et de la leçon de Profilaxie qui s'en dégage, por RICARDO JORGE. — Imp. H. Blanc & G. Gauthier. Rabat. 1932.

Este volume contém a conferência que o Prof. Ricardo Jorge realizou no Instituto de Higiene de Marrocos, em Maio de 1932, e traz um prefácio do Dr. Colombani, director da Saúde e da Higiene Públicas, de Marrocos, que vamos transcrever porque, enaltecendo a personalidade eminente do higienista português, eleva, assim, o nosso país.

Afirma Colombani :

«Il n'avait pas eu toutefois, jusqu'à ce jour, l'occasion d'accueillir un représentant qualifié de l'Office International d'Hygiène dans le Comité duquel le Maroc est représenté depuis plusieurs années. La venue du Professeur Ricardo Jorge, en Mai dernier, a comblé cette lacune et permis à la Direction de la Santé et de l'Hygiène Publiques d'intéresser à l'œuvre médicale entreprise au Maroc un de ces membres les plus réputés de cet organisme international.

«Président du Conseil Supérieur d'Hygiène du Portugal, le Professeur Ricardo Jorge compte parmi les éminents épidémiologistes de notre époque. Que ce soit aux sessions de l'Office International d'Hygiène ou du Comité d'Hygiène de la Société des Nations, que ce soit dans les réunions des Sociétés Savantes ou de nombreux Congrès qu'il illustre de sa présence, Ricardo Jorge marque de sa puissante personnalité ces manifestations scientifiques où ses communications, ses interventions — souvent ardentes, mais toujours empreintes d'un pur esprit de méthode — ses avis, ses conseils font autorité.

«Son nom est particulièrement attaché à l'étude approfondie de la spirochétose ictéro-hémorragique, de la variole, de l'alastrim, de l'encéphalite post-vaccinale (cette dernière maladie ayant été l'objet, après l'enquête internationale, d'un rapport magistral) et enfin des maladies pestilentielles qui constituent, comme il le dit, «le constant souci de sa vie de biologiste».

«Parmi ces grandes affections épidémiques, c'est plus particulièrement *la peste* qui a suscité les recherches de Ricardo Jorge, qu'il s'agisse de son étude clinique, démographique, épidémiologique ou prophylatique.»

Termina Colombani, denominando a conferência de «magistrale causerie si vivante et si pittoresque».

ED. GOELHO.





Pede-se ao leitor o favor de substituir as figs. do n.º 4 (Abril de 1932), pág. 317, do artigo «Lições de clínica cirúrgica», do Prof. C. Cabeça, por estas pranchas.



A propos de la Peste au Maroc et de la leçon de Profilaxie qui s'en dégage, por RICARDO JORGE. — Imp. H. Blanc & G. Gauthier. Rabat. 1932.

Este volume contém a conferência que o Prof. Ricardo Jorge realizou no Instituto de Higiene de Marrocos, em Maio de 1932, e traz um prefácio do Dr. Colombani, director da Saúde e da Higiene Públicas, de Marrocos, que vamos transcrever porque, enaltecendo a personalidade eminente do higienista português, eleva, assim, o nosso país.

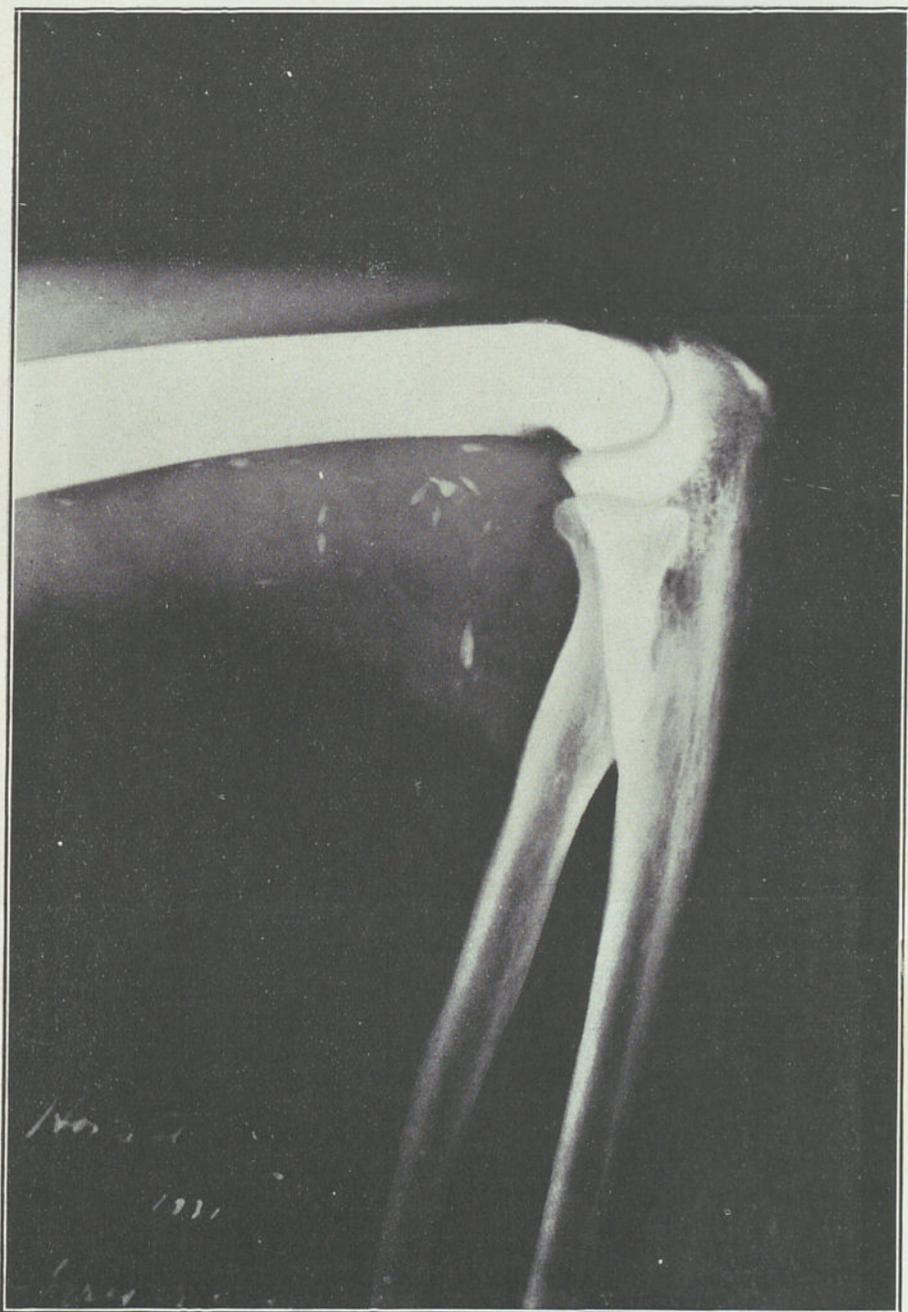
Afirma Colombani :

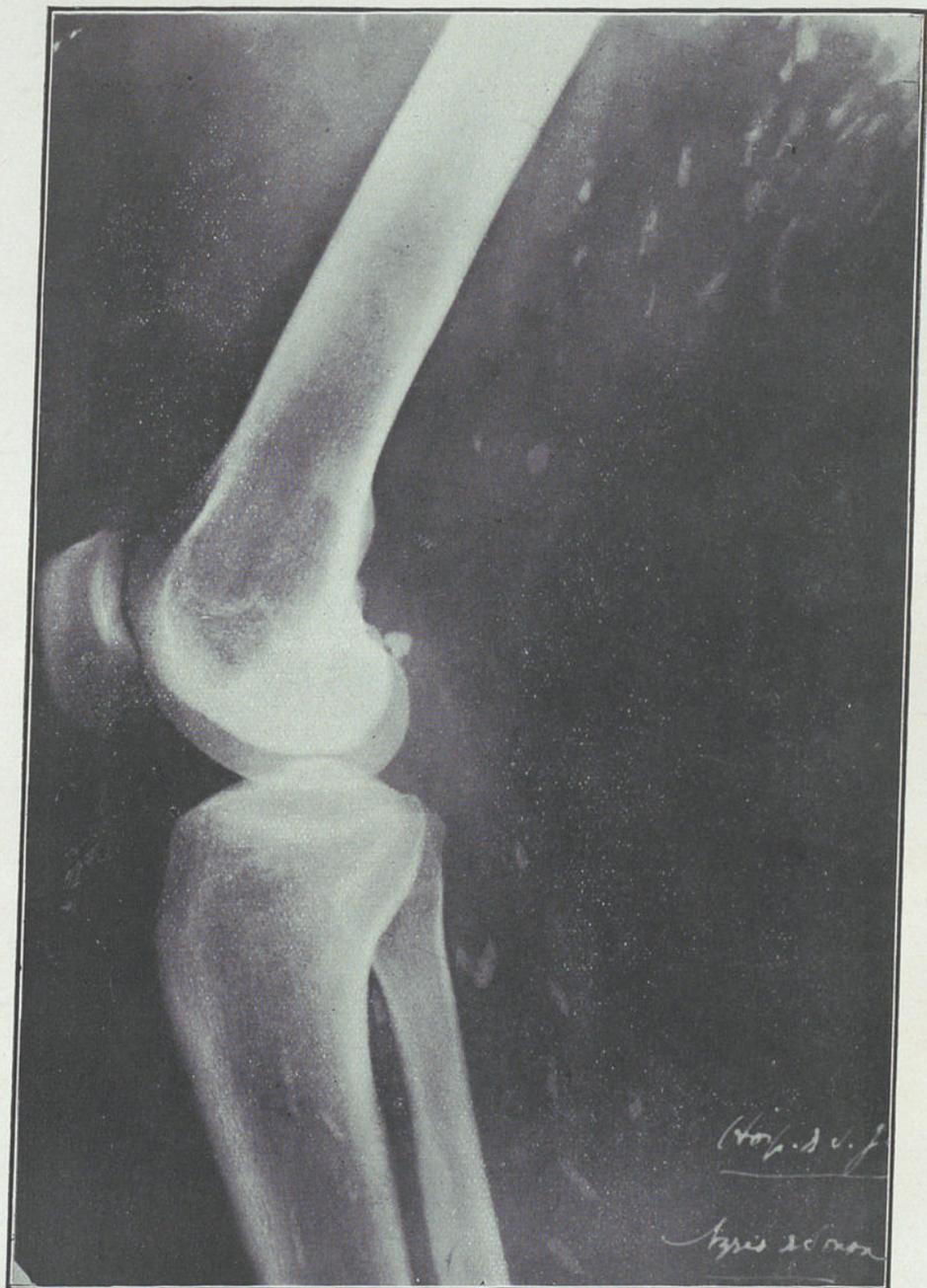
«Il n'avait pas eu toutefois, jusqu'à ce jour, l'occasion d'accueillir un représentant qualifié de l'OCM»

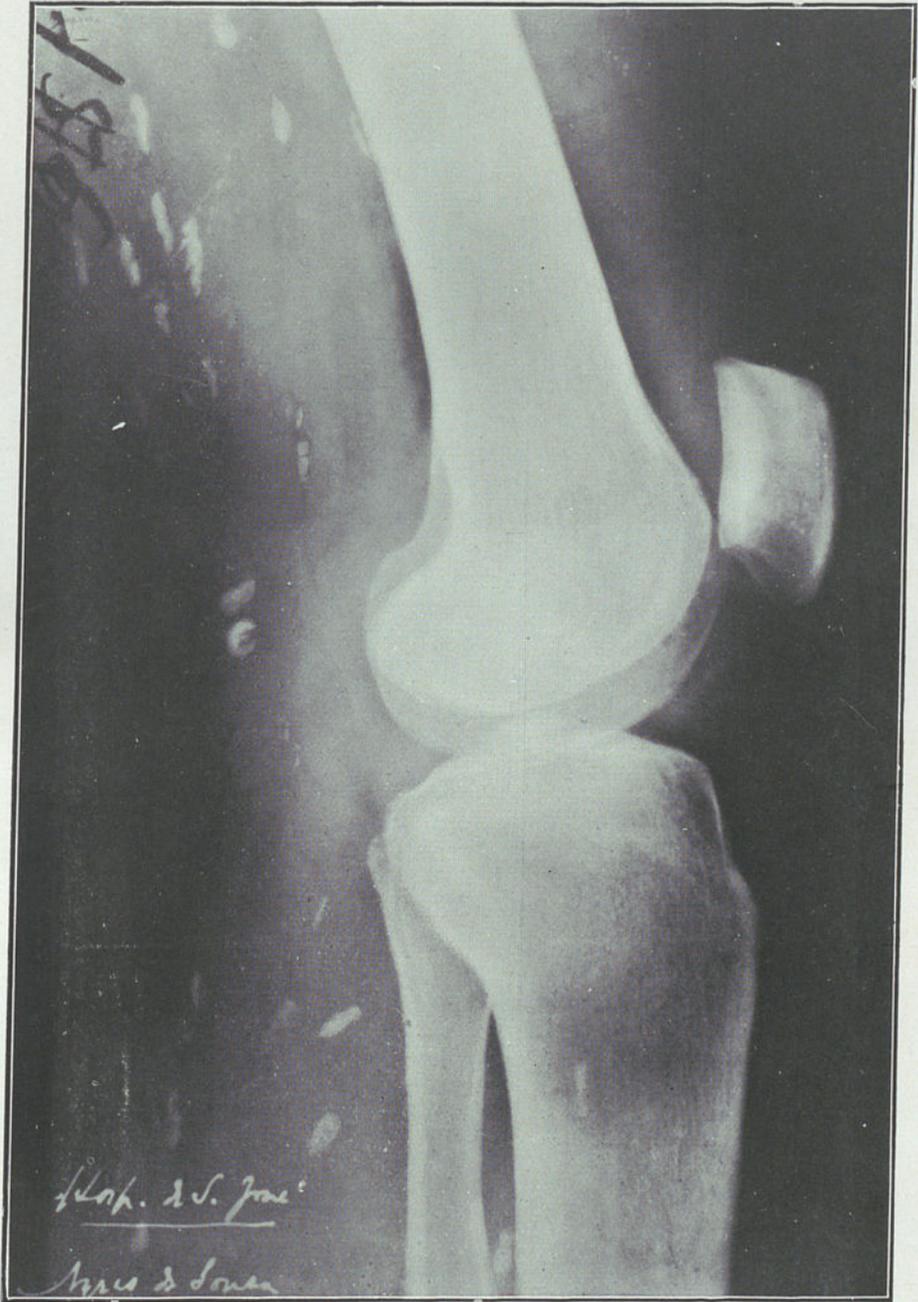
... Ricardo Jorge, qui il s'agisse de son étude clinique, démographique, épidémiologique ou prophylatique.»

Termina Colombani, denominando a conferência de «magistrale causerie si vivante et si pittoresque».

ED. COELHO.

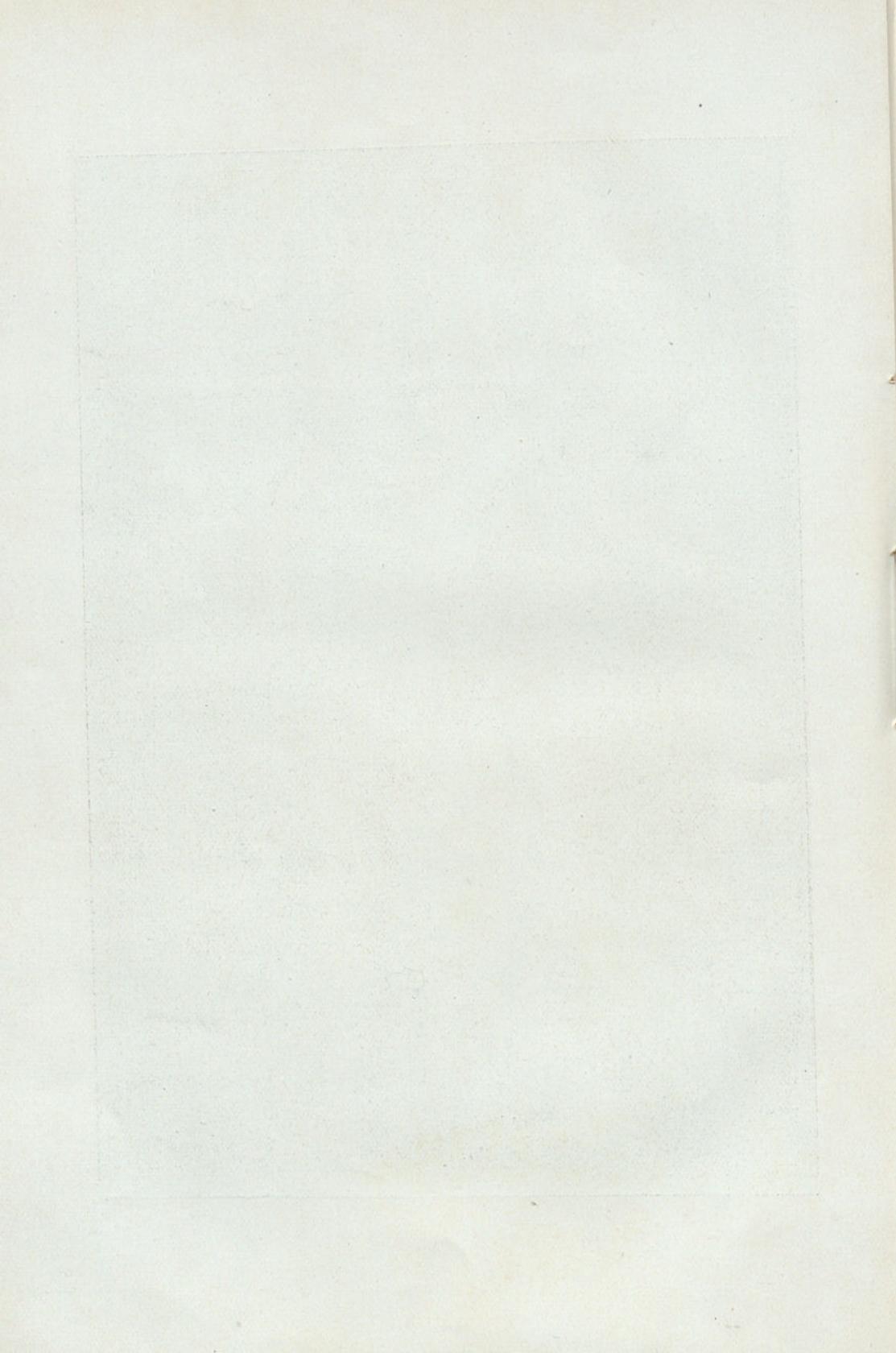


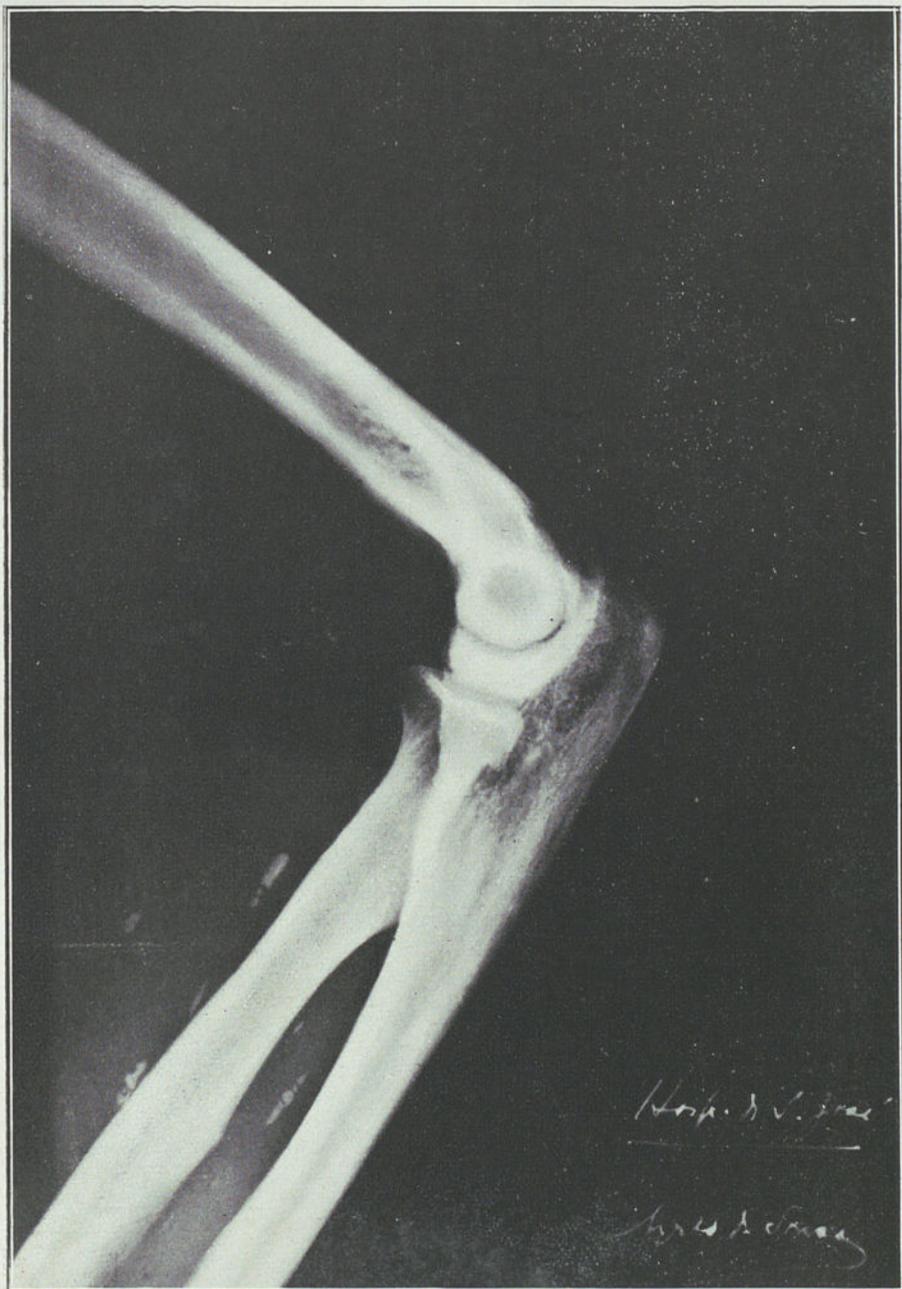




H. S. Jones

H. S. Jones





NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Aprovou-se um contrato celebrado entre a Faculdade de Medicina de Coimbra e um licenciado para desempenhar as funções de analista do laboratório de clínica cirúrgica da mesma Faculdade.

De Lisboa

Começaram, no dia 12 de Janeiro, as provas de concurso para professor auxiliar de cirurgia desta Faculdade. Nesse dia foram apreciados os trabalhos dos candidatos Drs. Amândio Pinto e Manuel Macedo, cujas dissertações se intitulavam, respectivamente: «Cirurgia dos tumores intracranianos» e «A prova da fenolsulfonaftaleína e as relações ureicas».

Foram argüentes os Profs. Francisco Gentil e Reinaldo dos Santos.

No dia 13 prestaram provas os Drs. Luís Adão e Jorge Monjardino, que apresentaram as dissertações respectivas: «Osteopatias de origem simpática» e «Cirurgia dos nervos frênicos cervicais; sua influência no tratamento da tuberculose pulmonar».

No dia 16 pronunciaram-se as lições à sorte: o Dr. Amândio Pinto sobre «Diagnóstico e tratamento do cancro da mama» e o Dr. Manuel Macedo sobre «Neoplasias dos ossos; tratamento».

No dia 17, os Drs. Luís Adão e Jorge Monjardino fizeram as suas lições, ambos sobre «Diagnóstico e tratamento do cancro da mama». Foram argüentes os Profs. Francisco Gentil e Salazar de Sousa.

Nos dias 19 e 20 realizaram-se as seguintes lições, que foram à escolha dos candidatos: «Megaesófago», pelo Dr. Amândio Pinto; «Úlceras gastroduodenais», pelo Dr. Manuel Macedo; «Aspectos clínicos de algumas doenças quísticas dos ossos», pelo Dr. Luís Adão; e «As drenagens nas supurações peritonias», pelo Dr. Jorge Monjardino.

Interrogaram, nesta prova, os Profs. Salazar de Sousa e Reinaldo dos Santos.

No dia 23 foram executadas as provas práticas de medicina operatória e anatomia cirúrgica, cujos pontos eram os seguintes: 1) A região inguino-abdominal; laqueação da carótida externa. 2) A região inguino-crural; laqueação da tibial anterior. 3) A região axilar; laqueação da femoral no canal de Hunter. 4) A região carotidiana; amputação intradeltoideia. 5) A região do sangradouro; amputações da perna. 6) O pedículo hepático; amputação da coxa. 7) O tronco celiaco; desarticulação coxo-femural. 8) A cavidade pélvica; Ressecção do joelho. 9) A região parotidiana; astragalectomia. 10) O canal de Hunter; ressecção do cotovelo.

Saiu o n.º 4: a região carotidiana; amputação intradeltoideia.

No dia 24 os candidatos observaram os doentes que lhes foram distribuídos e fizeram o respectivo relatório. A observação dos doentes continuou nos dias 25, 26 e 27, finalizando com um novo relatório. Esta prova foi apreciada pelos Profs. Francisco Gentil e Réinaldo dos Santos.

O júri, composto por 15 professores catedráticos, reuniu durante a tarde do dia 27.

Foi aprovado o Dr. Jorge Monjardino e reprovados em mérito absoluto os restantes três candidatos.

Hospitais

Civis de Lisboa

Está aberto o concurso de provas públicas para o provimento de dois lugares de assistentes de serviço clínico (serviço geral de clínica médica) dos Hospitais Civis de Lisboa.

Da Marinha

Para o cargo de director da clínica especial de Neurologia e Psiquiatria do Hospital de Marinha foi nomeado o Dr. Almeida Amaral, 2.º tenente-médico.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 22 de Janeiro apresentaram-se, nesta Sociedade, as seguintes comunicações:

Utilização terapêutica do clima de Portugal, pelo Dr. Armando Narciso.

A possível etiologia diftérica de certas paralisias faciais sem sinais clínicos de difteria, pelo Dr. Carlos Salazar de Sousa.

A catatonía experimental pela bulbocarpnina, pelos Drs. Barahona Fernandes e Fernando Ferreira.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reuniu-se a Sociedade Portuguesa de Estomatologia no dia 19 de Janeiro, sob a presidência do Dr. Tiago Marques.

O Dr. António Bonfim fez uma comunicação sobre fracturas do maxilar e seu tratamento.

Sobre esta comunicação falaram os Drs. Tiago Marques e Ferreira da Costa.

Curso de Medicina Sanitária

No dia 13 de Janeiro iniciaram-se as aulas do curso de Medicina Sanitária no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

O curso tem, êste ano, 126 alunos.

V Curso Internacional de Alta Cultura Médica

Realizar-se-á, em Saint-Moritz, Grison, Suíça, de 13 a 27 de Agosto, o V Curso Internacional de Alta Cultura Médica, da Fundação Tomarkin-Locarno.

Os principais assuntos versados serão: doenças do sangue, em especial as leucemias, doenças da assimilação, reumatismo e artritismos, doenças alérgicas, etc.

Quaisquer esclarecimentos necessários devem ser pedidos para o secretariado da Fundação Tomarkim, caixa postal 128, Locarno, Suíça.

Instituto de Climatologia e Hidrologia da Universidade do Pôrto

O Conselho do Instituto de Climatologia e Hidrologia da Universidade do Pôrto reuniu-se para apreciar a marcha dos trabalhos nos diversos labo-

ratórios que dêle dependem e a publicação do projectado *Boletim* com a colaboração de professores, directores clínicos de estabelecimentos termais e de postos meteorológicos. Foi resolvido dar rápido seguimento a esta publicação.

Associação Médica Lusitana

A direcção da Associação Médica Lusitana, do Pôrto, resolveu, na sua última sessão: conceder uma pensão a um sócio; aguardar a oportunidade de se pronunciar sobre o problema de assistência hospitalar naquela cidade; comunicar ao Dr. Gomes da Costa que lhe foi concedido o prémio Dr. José Domingos de Oliveira; e aprovar um sócio.

Semana do mutualismo

Durante a Semana do mutualismo, que se iniciou no dia 15 e terminou no dia 23 de Janeiro findo, vários médicos realizaram conferências de propaganda mutualista em Lisboa e na provincia.

Serviços de saúde

Publicou-se um decreto que considera definitivas as nomeações de sub-delegados de saúde efectivos e substitutos que anteriormente à reorganização dos serviços de saúde foram designados como interinos e provisórios.

Medicina colonial

O governador geral de Moçambique comunicou ter nomeado médicos de segunda classe do quadro de saúde da colónia, em harmonia com o concurso aberto para esse fim, o Dr. Vasco Palmeirim, ali em serviço como contratado, e os Drs. Correia Valério, Mário Andrade e Silva e Cardoso Neto.

— O Dr. António Paiva Gomes, coronel-médico, assumiu o cargo de guarda-mor de saúde em Lourenço Marques.

— Foi nomeado médico de segunda classe do quadro de Timor o Dr. Fernando de Oliveira Montalvão e Silva.

Medicina naval

A-fim-de rever e actualizar o formulário de medicamentos para uso do serviço da Armada, de maneira a acompanhar tanto quanto possível a evolução dos processos terapêuticos, nomeou-se uma comissão composta pelo capitão de fragata Dr. José Coelho de Montalvão, capitão-tenente Dr. Manso Preto e 1.º tenente-farmacêutico Carlos Coutinho.

— Também foi nomeada uma comissão composta pelo capitão de fragata Dr. Coelho de Montalvão, capitão-tenente Dr. João Teodomiro Miranda e 1.º tenente Dr. Morais Sarmiento para actualizar o formulário dietético do Hospital da Marinha, em conformidade com as modernas indicações da dietética geral.

— O Dr. Bastos de Moraes, 2.º tenente-médico da Armada, foi nomeado para substituir o oficial do mesmo posto e quadro Dr. Fernando Correia na primeira junta de inspecção aos recrutas e voluntários para a Armada, em Lisboa.

O Dr. José António Crespo, 1.º tenente-médico, seguiu para Ponta Delgada com o fim de desempenhar idêntica comissão de serviço.

Combate à lepra

Pelo Ministério das Colónias foi concedida autorização ao Dr. Peregrino da Costa, chefe de serviço de saúde de Macau, para visitar algumas leprosas no Extremo Oriente, a-fim-de estudar os métodos de assistência aos leprosos usados naqueles estabelecimentos e observar a sua possível aplicação aos de Macau.

— O Prof. Rocha Brito, da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizou, naquela cidade, uma conferência intitulada «Quadrado de defesa contra a lepra».

Esta conferência faz parte do louvável programa de combate à lepra, que aquele professor tem sustentado.

Conferências

A Associação dos Estudantes de Medicina de Lisboa deliberou realizar, em colaboração com a sua congénere do Porto, uma série de conferências sobre os problemas importantes do momento.



Iniciou a série o Prof. Abel Salazar, da Faculdade de Medicina do Pôrto, que, nos dias 3 e 4 de Fevereiro, proferiu, na Faculdade de Medicina de Lisboa, duas conferências com os títulos: «A posição actual da filosofia, da ciência e da religião» e «Vitalismo e mecanicismo».

— Na Liga Naval o Dr. David de Moraes Sarmento tem realizado uma série de conferências sôbre «a medicina redentora da civilização».

*
* *
*

Catedráticos espanhóis

O Prof. Alexandre Cadarso, reitor da Universidade de Santiago de Compostela e o Prof. Novo Campelo, director da Faculdade de Medicina da mesma Universidade, visitaram a cidade do Pôrto.

Na Casa de Espanha prestou-se-lhes uma homenagem, a que presidiu o cônsul de Espanha.

O Prof. Cadarso pronunciou, no salão nobre do Hospital Geral de S.^{to} António, uma conferência sôbre «A patogenia da elevação congénita da omoplata».

— Acompanhados pelo Prof. Andrea Urra, estiveram no Hospital de Santa Marta os estudantes da Escola de Medicina de Sevilha.

Na clínica de neurologia, onde especialmente se demoraram, ouviram do Prof. Egas Moniz a exposição do seu método encefalográfico e assistiram à execução de algumas provas.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas 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 180 gr.
de água fervida
quente.
Crianças : 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

ALUCOL

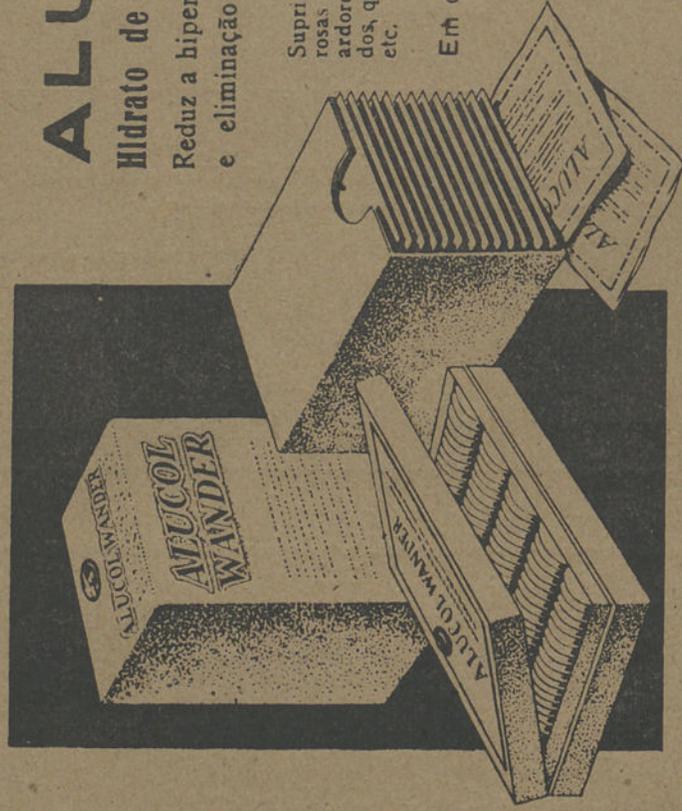
Hidrato de alumínio coloidal
Reduz a hipercloridria pela fixação
e eliminação do ácido clorídrico

Suprime as manifestações dolorosas do estado hiperclorídrico: ardores, regurgitamentos actados, queimaduras do estomago, etc.

Em comprimidos e em pó

Dr. A. WANDER, S.-A., Braga
À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS A 34800

UNICOS CONCESSIONARIOS
PARA PORTUGAL
ALVES & C.ª IRMAOS
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º
L I S B O A



ALUCOL WANDER

Sala
Est.
Tab.
N.º