



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

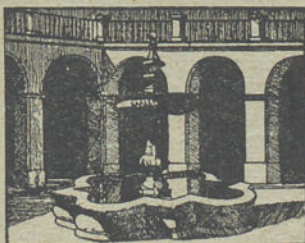
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOROFORMIO

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

PNEUMONIAS AGUDAS—TUBERCULOSE—TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3. Boulevard St-Martin. Paris — PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculosas e convalescências —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B _____

Est. 9 _____

Tab. 1 _____

N.º 45 _____

LISBOA MÉDICA

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Depositários para Portugal e Colónias

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

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :

ALIMENTOS
E ESPECIALIDADES

ALLENBURY'S

DE REPUTAÇÃO MUNDIAL

ALIMENTOS LÁCTEOS, qualidades adaptadas às idades.
BIBERONS, do melhor modelo, bico e válvula transparentes.

BISCOITOS, para o desmame e dentição.

CARNE LÍQUIDA, fortificante concentrado.

DIET, para doentes, dispepticos e velhos.

EXTRACTO DE MALTE do mais puro.

FARINHA PARA DIABÉTICOS.

FRUITINE, sais de frutos.

HEMOGLOBINA «BYNO», fácil de tomar e assimilar.

INSULINA «A. B.», para a diabetes.

OLEO DE FÍGADO DE BACALHAU com malte.

OLEO DE RÍCINO especial.

PARAFINA «CHRISMOL», contra a prisão de ventre.

PASTILHAS de mentol e eucalipto, para a garganta.

SABONETE ESPECIAL para crianças.

TETINAS E VÁLVULAS para os biberons.

ESPECIALIDADES COM MALTE, etc., etc.

FOLHETOS GRÁTIS AOS EX.^{MOS} CLÍNICOS

Representante em PORTUGAL de ALLEN & HANBURY'S, LTD., de Londres:

COLL TAYLOR, L.^{DA} — R. Douradores, 29, 1.^º — LISBOA

TERMÓMETROS CLÍNICOS HICKS

OS MAIS APRECIADOS PELOS MÉDICOS

N.^º 2, prismático, Um minuto — N.^º 3, prismático, Meio minuto

Canetas de tinta permanente com termómetro, etc.

Tabelas de preços grátis. Representante geral:

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



Arseno-ferratoze

Combinação orgânica de ARSÉNICO-FERRO-ALBUMINA

Elixir de gosto agradável.

Preparação ideal na medicação ferro-arsenical

INDICAÇÕES:

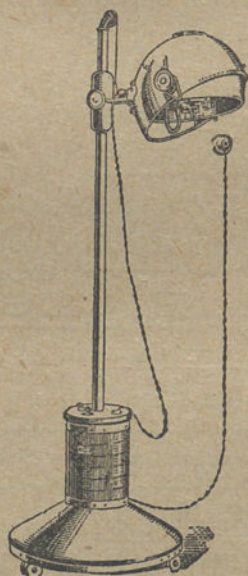
Neurastenia, Histeria, Epilepsia, Corea e outras moléstias nervosas
Anemia, Clorose, Convalescença das doenças inficiosas

Frascos originais de cêrca 250 gramas

Literatura e amostras grátis aos Srs. Médicos

Representante Geral e depositário para Portugal:

ALFREDO CAST & C.^{IA} - RUA LISBOA AUREA, 140



RAIOS ULTRAVIOLETAS

Lampadas Bach, Jesioneck, Sollux
e acessórios

Da Quartzlampen Gesellschaft m. b. H.,
de Hanau

Para entrega imediata

J. ROMA, L.^{DA} (Engenheiros)

Rua dos Fanqueiros, 334, 1.^o

LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS

PROVADAMENTE POBRES

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutanea sem dôr.

Injecção intramuscular sem dôr.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos

TOXICIDADE consideravelmente inferior

á dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITÁRIOS
EXCLUSIVOS

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

PHAGOLYSINE

TUBERCULINOTERAPIA POR VIA BUCAL

ENDOTINE em elixir do Prof. Gábrilovitch

Ex-médico director dos Sanatórios Imperiais da Halila (Finlandia).

Membro correspondente

da Academia das Ciências de Petrogrado

Modificador específico do «terreno», a PHAGOLYSINE

é a medicação por excelência

dos estados que fatalmente conduzem à tuberculose,

sob qualquer das suas várias formas

Únicos representantes para Portugal e Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da} 45, 2.^o R. Santa Justa

LISBOA

LACTOLAXINA FYDAU

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

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

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

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



Verodigeno

PRINCÍPIO ACTIVO DE DIGITALIS

Administração bucal, rápida absorção

Indicado em todos os estados de:

Afecções cardíacas,
adinamia circulatória

Tubos com 12 e 25 comprimidos de 0,8 mgr. c/u.

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

Depositários gerais para todo o Portugal:

ALFREDO CAST & C.^A, Rua Aurea, 140, LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

$C_{15} H_{26} O$



Principio activo da Essencia de Sandalo
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Pylonephrite.
Catarrho vesical.

KOLA ASTIER

GRANULADA



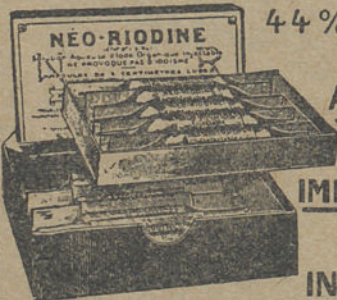
Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÊO-RIODINE

$C^3 H^6 O^4 + 1 S Na.$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel

44 % de Iodo



ACÇÃO

IMEDIATA

INTENSA

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

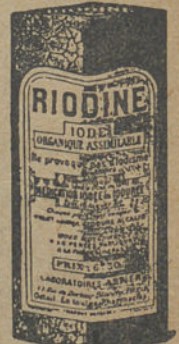
NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE

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

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C^{ia} - Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

Small circular logo or stamp at the bottom center of the page.



SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Perturbações esfinterianas e «spina bifida» oculta</i> , por Egas Moniz.....	pág. 217
<i>Radiografia na calculose vesical</i> , por Alberto Gomes.....	» 249

Notas clinicas

<i>Protecção contra os Raios X</i>	» 256
--	-------

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 258
--	-------

PERTURBAÇÕES ESFINCTERIANAS E «SPINA BIFIDA» OCULTA (1)

POR

EGAS MONIZ

Professor de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa

À *spina bifida* são atribuídas perturbações mórbidas de diversos departamentos; mas são as perturbações esfinterianas as que mais vulgarmente se encontram e, de entre estas, ocupa ainda o primeiro lugar a incontinência urinária.

A *spina bifida* oculta, que só raríssimas vezes pode revelar-se com segurança à palpação, é hoje posta em evidência pelo exame radiográfico, sendo por isso fácil o seu diagnóstico. As perturbações esfinterianas vesicais e rectais, especialmente em crianças e em adolescentes, e mesmo em adultos, quando não possam filiar-se em outras enfermidades, devem fazer-nos pensar nas complicações que acompanham a incompleta ossificação vertebral.

Bem entendido que nem tôdas lhe são devidas. Há incontinências urinárias infantis que vêm de tempos a tempos, algumas acompanhadas de sonhos em que a criança se figura a realizar uma micção agradável, que têm, a nosso ver, causas de natureza bem diferente. Encontram-se nos sexuais precoces e alguém as denominou «poluções urinárias», querendo aproximá-las, e com razão, das verdadeiras poluções espermáticas. Uma pesquisa anamnésica neste sentido parece-nos sempre conveniente, devendo contudo indagar-se as causas orgânicas que possam

(1) Conferência realizada em 1 de Maio, em Coimbra, nos «Dias Médicos Portugueses».

determinar estas enureses, sempre que elas se tornem persistentes, embora se intervaem com noites enxutas, especialmente quando se produzem em crianças com mais de dez anos. Mesmo antes dessa idade merecem ser tomadas em consideração, nos individuos que, em vigília, não podem prolongar a retenção por um período normal.

A *spina bifida* consiste numa fenda raquídia congénita, também chamada raquisquise, que ou vem acompanhada de ectopias meníngeas e medulares: meningocelo, mielocistocelo ou mielo-meningocelo (*spina bifida aparente*), ou se apresenta sem nenhuma destas complicações exteriores (*spina bifida oculta*) (1). Esta anomalia pode associar-se à escoliose ou a outras malformações da coluna vertebral, como, entre outros, Lance pôs em evidencia (2).

A *spina bifida* oculta é a raquisquise sem os sinais locais do lado meníngeo e medular que complicam a *spina bifida* aparente, geralmente conhecida, e de que se ocupam os tratados de cirurgia e em especial de cirurgia ortopédica.

Pode contudo ser acompanhada de sinais locais, tais como os nevos, que não encontrámos em nenhum dos nossos casos; a depressão óssea à palpação, que nem sempre é elemento seguro de diagnóstico (era nítida no terceiro e quinto doentes); uma tumefacção profunda de consistência mole, geralmente devida a lipomas e fibromas, e que não palpámos em nenhum dos nossos casos.

Devemos referir, a êste propósito, que o primeiro doente que, sob nossa indicação, foi operado, apresentava um pouco abaixo da fenda óssea um lipoma que não foi sentido à palpação.

Ao lado destes sintomas locais, bem precários para sôbre êles assentarmos um diagnóstico, há as perturbações a distância, a que nos referiremos daqui a pouco.

(1) A falta de soldadura de um ou vários arcos vertebraes é conhecida, desde Tulpus, com o nome de *spina bifida*, que julgamos bem apropriado. Todos os escritores médicos adoptaram esta designação, quer ocupando-se da *spina bifida aparente*, conhecida dos tratados em voga, quer estudando a *spina bifida oculta*, cuja bibliografia mais importante é de recente data.

(2) Lance — *Pédiatrie pratique*, Janeiro de 1921.

Antes, porém, de abordarmos o assunto, acentuemos que nem sempre a *spina bifida* vem acompanhada desta sintomatologia. Há raquises que passam sem dar sinal de si através da vida e que são verdadeiros achados radiográficos. Ainda há pouco, numa doente radiografada no serviço do Prof. Francisco Gentil, num propósito inteiramente diferente, apareceu uma *spina bifida* a altura da 5.^a vértebra lombar sem que trouxesse à doente o menor transtorno (fig. 1). Trata-se duma mulher de 28 anos que não urinou na cama até tarde nem teve posteriormente perturbações esfinctéricas. Nada de anormal nos membros inferiores. Reflexos e sensibilidades normais. Contudo, comparando esta deficiência de



Fig. 1

Spina bífida oculta sem perturbações

ossificação com a da fig. 2, referente a um caso de *spina bifida* com perturbações graves, dir-se há que elas se ajustam, parecendo que igual sintomatologia devia afligir os dois doentes.

André Leri, cujos trabalhos sôbre estas perturbações são notáveis, refere-se, numa das suas publicações, às aberturas encontradas a altura da coluna sacro-lombar, verificadas pela radio-

grafia, sem virem acompanhadas de perturbações patológicas (1). Pretende mesmo dar uma explicação do facto na maneira como se faz a ossificação da coluna vertebral. Esta fecha-se de cima para baixo, da região cervical até à 5.^a lombar, e de baixo para

cima no sacro. São portanto a primeira sagrada e a 5.^a lombar as vértebras que, normalmente, no curso do desenvolvimento, se fecham em último lugar.

Deduz-se das considerações feitas que, como boa regra clínica, no caso da radiografia revelar esta anomalia, se deve fazer um exame a fundo do doente, como se não existisse *spina bifida*, e sòmente nos casos em que as



Fig. 2

Spina bifida occulta do I caso. Perturbações dos esfíncteres vesicais e anais

perturbações encontradas não possam ter outra explicação nos devemos inclinar a admitir a patogenia de lesões ligadas à anomalia óssea encontrada. As precipitações podem induzir em erros graves com intervenções cirúrgicas inúteis, se não prejudiciais.

A *spina bifida* occulta tem duas zonas em que se instala: uma, a mais vulgar, é a que vai de L₄ às três primeiras vértebras

(1) André Leri — *Revue Neurologique*, 1925, 2.^o vol., pág. 741.

Schering

As substituições e as imitações

de toda a espécie, não conseguem alcançar o nosso preparado original

UROTROPINA

EM COMPRIMIDOS E SOLUÇÃO A 40 %

Afamado desinfectante das vias urinárias e
desinfectante interno geral.

INDICAÇÕES:

Cistites aguda e crónica, pielites, pielonefrites,
bacteriuria, auxiliar no tratamento da blenor-
ragia, enfermidades infecciosas, etc.

O nome **UROTROPINA** é uma marca registada
e propriedade exclusiva da casa **SCHERING**, onde
se fabrica há mais de 30 anos. A larga experiência
da sua fabricação e o emprêgo das melhores maté-
rias primas são a garantia da sua superioridade
sobre outras similares.

EMBALAGEM ORIGINAL:

Comprimidos: Urotropina-Schering, tubos
com 20 comprimidos de 0,5 gr.

Solução: Urotropina injectável Schering,
caixas com 5 ampolas de 5 c. c. para injec-
ções intravenosas e intramusculares.

Chemische Fabrik auf Actien
(VORM. E. SCHERING.)
BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante científico:

C. A. GLADE, LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

Ex.^{mo} Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura da

UROTROPINA-SCHERING

Nome :

Enderêço :

Edições da "LISBOA MÉDICA,"

LIÇÕES SÔBRE A DIABETES

POR PULIDO VALENTE

Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa

(PUBLICADAS EM VOLUME ESPECIAL)

ASSUNTO DAS VÁRIAS LIÇÕES:

- 1.^a — O metabolismo na diabetes. Patogenia dos sintomas essenciais.
- 2.^a e 3.^a — Patologia da acidose diabética.
- 4.^a — Patogenia da diabetes. A insulina.
- 5.^a e 6.^a — Terapêutica da diabetes.

A venda nas livrarias e na redacção da

"LISBOA MÉDICA,"-Hospital de Santa Marta — LISBOA

Preço 16\$00

Ex.^{mo} Sr.

C. A. Glade

Rua Vitor Gordon, 7

Lisboa

sagradas; a outra limita-se às últimas vértebras da coluna cervical e primeiras dorsais.

Crouzon et Béhague (1) verificaram a freqüência com que, à altura das apófises espinhosas das duas últimas vértebras dorsais e primeira lombar, se nota, à palpação, a divisão da apófise com uma goteira média mais ou menos larga. Êste aspecto, porém, como bem o notaram estes neurologistas, não é denunciador de uma *spina bifida* oculta. É uma deformação sem importância para que ousamos chamar a atenção dos anatómicos. As autópsias feitas por Crouzon et Béhague mostraram que não havia comunicação alguma da goteira média com o canal vertebral.

A «SPINA BIFIDA» CERVICAL

Pierre Marie e André Léri apresentaram à Sociedade Médica de Paris (2) um caso de *spina bifida* oculta cervical revelada exclusivamente por uma quadriplegia aos 46 anos. Parece que se tratava de um tumor intramedular, mas a operação, feita por Delbet, limitou-se a procurar um tumor extra-dural. A-pesar da dura-máter parecer tensa, não foi aberta.

Os autores da comunicação pensam que a provável neoplasia intramedular derivaria de um *reliquat* de mielocisto que muitas vezes se associa à *spina bifida*.

André Léri, numa outra comunicação a mesma Sociedade (3), refere um caso de *spina bifida* oculta cervical só revelada aos 40 anos pelo exame radiográfico numa doente que apresentava neuralgia occipital e paraplegia braquial sensitivo-motora. Nada garante que estejam ligadas à *spina bifida* estas perturbações tardias de natureza medular.

Num outro caso do mesmo neurologista (4), numa mulher de

(1) Crouzon et Béhague — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1924.

(2) Pierre Marie e André Léri — *Spina bifida occulta cervical révelé exclusivement par une quadriplégie à début extrêmement tardif (à 46 ans)* — *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 21 Juillet, 1922.

(3) André Léri — *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 23 Mars, 1923.

(4) André Léri — *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 23 Juillet, 1922.

27 anos, com *spina bifida* occulta da 6.^a cervical, aparece um síndrome medular complexo à altura do 5.^o e 6.^o segmentos cervicais. A existência de amiotrofia, perturbações da sensibilidade do tipo siringomiélico e arreflexia localizada aos 5.^o e 6.^o segmentos cervicais (radial e cubital) militam em favor de uma perturbação medular de origem congénita a que estaria ligada a anomalia óssea, o que concorda com a doutrina da origem congénita da siringomielia.

Cantaloube et Picheral (5) relataram um caso em que estavam atingidas as vértebras C₇, D₁, D₂ e D₃ e onde havia também outras deformações ósseas (escoliose, costelas bífidas) e perturbações motoras, atroficas e sensitivas, etc., que seriam muito provavelmente, desordens embriogénicas associadas à *spina bifida* encontrada.

Todos estes casos têm um valor muito restrito na prática clínica. Não é a *spina bifida* cervical que directa ou indirectamente intervém nas desordens encontradas. É uma anomalia que, quando muito, se associa a alterações congénitas medulares de tardia evolução. Pode também tratar-se de simples coincidência, embora seja hipótese menos de aceitar. Contudo o assunto carece de novos e mais precisos esclarecimentos.

A «SPINA BIFIDA» SACRO-LOMBAR

É importante a sintomatologia que acompanha, a distância, a *spina bifida* sacro-lombar.

Perturbações esfincterianas:

a) A incontinência da urina é o sintoma mais vulgarmente encontrado nesta localização da *spina bifida* occulta.

O mecanismo da micção é idêntico ao de outras cavidades que o estado de repleção incita, por via directa ou reflexa, a expulsar o seu conteúdo. Neste caso, porém, como na defecação, a expulsão da urina e das fezes complica-se com a intervenção de potências motoras suplementares da esfera consciente.

Numa primeira fase, cheia a bexiga no indivíduo normal,

(5) F. Cantaloube et Ch. Picheral—*Syndrome syringomiélique congénital et spina bifida occulta cervico-dorsal*. *Revue Neurologique*, 1924, vol. I, pág. 308.

produz-se a contracção do músculo vesical (*detrusor urinae*) e o relaxamento do esfíncter da bexiga. Uma pequena quantidade de urina penetra na parte prostática do canal da uretra, onde excita o esfíncter uretral (1) donde advém a necessidade consciente da micção. Daí o tornar-se um acto relativamente voluntário por um arco reflexo complexo de fibras sensitivas e motoras de dependência cerebral.

Supomos que estão erradas as noções correntes dos tratados de anatomia e fisiologia que houvemos às mãos, a-propósito dos centros medulares da micção e nomeadamente dos esfíncteres vesicais, juntando nesta rubrica o esfíncter vesical e o uretral. Êste último é inervado pelo nervo pudendo interno, ramo do plexo sagrado. Como se sabe, êste plexo é formado pelas raízes que vão de L₄ a S₄. Torna-se necessário averiguar qual é a raiz donde provém a parte que inerva o músculo vesical voluntário. Têm-se atribuído, geralmente, às 3.^a e 4.^a raízes sagradas a responsabilidade desta inervação. Os casos de *spina bifida* — e teremos ocasião de o demonstrar daqui a pouco, quando nos ocuparmos do mecanismo que nêles determina a incontínência de urina — vêm provar, em nosso entender de uma maneira quási experimental, que as fibras que através do nervo pudendo interno se distribuem ao esfíncter uretral, derivam na sua maior parte, se não exclusivamente, da primeira raiz sagrada. Quando muito, intervirão algumas fibras de S₂.

Ê ponto que desejamos desde já consignar, pois sôbre êle gira a sintomatologia urinária dos doentes cuja história vamos apresentar.

Como dissemos, a *spina bifida* oculta tem o seu lugar de predilecção na 5.^a vértebra lombar e especialmente nos dois primeiros corpos sagrados. A enurese que por vezes a acompanha não provém da lesão óssea, resulta de alterações a altura da primeira e talvez da segunda raiz sagrada, devidas geralmente a bridas que as retesam, como daqui a pouco demonstraremos.

(1) Referimo-nos ao músculo de fibras estriadas. Na parte membranosa da uretra existe também um esfíncter de fibras lisas, *esfíncter de Amussat*, cuja acção é muito secundária na micção.

A incontinença urinária é a regra nas primeiras idades. A falta de tono muscular do esfincter uretral, o não completo desenvolvimento das vias nervosas, sensitivas e motoras, que determinam a contenção, são as causas da enurese infantil fisiológica.

É muito variável a idade em que nas crianças desaparece a incontinença urinária nocturna, manifestação última das insufficiências anatómicas que enumerámos. Contudo, toda a enurese, desacompanhada de qualquer sintomatologia medular ou psíquica, que alcança o período pré-púbere, é suspeita de raquisquis e impõe ao médico uma observação da região sagrada e últimas lombares, quer à palpação, quer, sobretudo, à radiografia.

b) A *retenção da urina* pode também observar-se nos portadores de *spina bifida*. Sòmente é muitíssimo menos freqüente. Não vale a pena determo-nos nas explicações que têm pretendido dar ao facto. Ou seja por alteração das fibras centrípetas das excitações que a urina produz normalmente à altura do esfincter uretral, ou ainda por interrupção da via motora vesical, ou por um mecanismo mais complexo, isso pouco interessa à clínica. Basta saber o que esta nos ensina, isto é, que a fase retentiva antecede, em muitas doenças medulares, a fase incontinente. O mesmo pode suceder na *spina bifida*.

Lopez Albo (1), de Bilbao, cita um caso desta natureza numa *spina bifida* sagrada, curado em vinte e quatro horas, por uma conveniente intervenção operatória em que conseguiram desfazer algumas aderências das raízes sagradas.

c) *Incontinença de fezes*. — Encontrámo-la num dos nossos casos. É perturbação rara, que aumenta a gravidade da doença.

Também tem sido assinalada a constipação pertinaz, por vezes de semanas e meses, como sendo derivada das complicações da *spina bifida*.

A incontinença de fezes encontra-se, em geral, associada à enurese.

(1) Wenceslau Lopez Albo — *Melodisplasia e raquidisplasia, espina bifida occulta e transtornos medulo-radiculares*.— *Archivos de Neurologia*. T. V., 1925, pág. 191.

Perturbações dos reflexos. — As alterações dos reflexos aquilianos estão notadas desde 1918 num caso de Babinski e Moricand (1), em que o reflexo aquiliano direito era normal em intensidade, mas em que a percussão do tendão dêsse lado determinava um reflexo aquiliano contralateral de intensidade um pouco menor.

Num dos nossos casos há diminuição de um dos reflexos aquilianos que, como se sabe, tem o seu centro em L₅, S₁ e S₂, mais particularmente em S₁.

Os reflexos bulbo-cavernosos (S₃) faltam, por vezes, como no nosso primeiro doente. Os reflexos que correspondem a alturas mais baixas do cone medular estão íntegros, como por exemplo o reflexo anal (S₅).

Perturbações sensitivas. — Encontram-se por vezes. Assim pudemos observar, no nosso primeiro doente, hipoestésias à altura de S₁, S₂ e S₃. Por vezes affectam, embora irregularmente e com pouca intensidade, quasi tôdas as raízes sagradas. Num caso de Babonneix e Debeyre (2) affectavam os territórios de S₂, S₃, S₄ e S₅.

Não são, porém, estas perturbações da sensibilidade as únicas que se encontram, havendo formas algicas em que a sintomatologia dolorosa é dominante e até exclusiva. Podem manifestar-se sobre vários territórios e mesmo aparecerem à altura das vértebras lombares (como no nosso caso III), no sacro e até no coccix.

Entre tôdas são mais vulgares as neuralgias lombo-sagradas. As dores e parestesias nos territórios do sciático, do crural e do obturador, uni ou bilaterais, podem derivar da *spina bifida*.

As neuralgias sciáticas merecem um estudo atento do lado do ráquis. Com razão acentua Schambarow (3) que as deformações

(1) Babinski et Y. Moricand — *Note sur un nouveau cas de réflexe achilien contralatéral chez un homme porteur d'un Spina bifida occulta* — *Revue Neurologique*, 1918, tom. I, pág. 516.

(2) I. Babonneix et A. Debeyre — *Un cas de Spina bifida occulta*. *Paris Medical an VIII*, n.º 841 pág. 158, 24 aout, 1918.

(3) *Revue Neurologique*, 1926, vol. I, pág. 281.

e afecções vertebrais devem ser consideradas, em muitos casos, como causas importantes da sciática (1).

Perturbações genitais.—Os centros inferiores da erecção e da ejaculação no homem devem estar à altura de S_2 e S_3 . Quando estão atingidos, dá-se a impotência *cœundi*. Alguns casos de neurastenia sexual pertencem à etiologia da *spina bifida*. O exame cuidadoso do doente, especialmente da sensibilidade superficial, dos reflexos, e o exame radiográfico, podem, muitas vezes, orientar o clínico no bom sentido diagnóstico. As impotências sexuais, por vezes incompletas, que se arrastam desde a puberdade, aumentando dos vinte para os trinta anos, impõem uma meticolosa observação neurológica e radiográfica, pois a operação tem produzido, em alguns destes doentes, sucessos imprevistos.

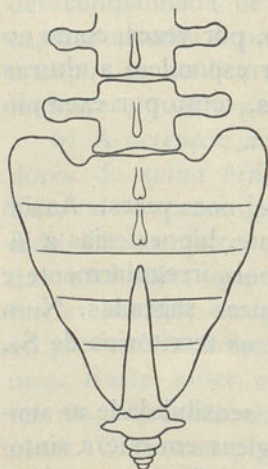


Fig. 3

Esquema das lesões encontradas nos casos de trofoedema crónico

Na mulher tem-se assinalado o prolapso do útero e da vagina ligados à *spina bifida*. Também se tem pretendido ligar à *spina bifida* o prolapso rectal. Estas quedas viscerais seriam devidas à hipotonia dos meios de contenção e suspensos referidos são órgãos.

Perturbações tróficas.—André Léri assinalou em vários casos a existência de trofoedemas com a *spina bifida* (2). Igualmente foram notados por Volcker, Sorel

(1) Já depois de pronunciada esta conferência foi publicado um artigo de C. Røederer e F. Lagrot (d'Alger) sobre *Les formes douloureuses du spina bifida occulta lombo-sacré* na *Presse Médicale* de 5 de Maio de 1926 em que se descrevem várias formas de algias: 1) tipo algico com irradiações a distância; 2) tipo pseudo-póptico; 3) tipo simulando a insuficiência vertebral.

(2) André Léri et Engelhard—*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 36 Juillet, 1920.—André Léri—*Gaz. des Hôp.* 28 Mars, 1922.—*Contribution à l'étude du système nerveux dans la pathogénie des œdèmes: Trophoedèmes chroniques et spina bifida occulta.* *Gazette des Hôpitaux*, n.º 25, mardi 28 et jeudi 30 Mars,

et Oberthur, Michel (1), etc. Mas, nas observações gráficamente documentadas de Léri, verifica-se que as lesões ósseas observadas são especialmente constituídas por uma maior abertura posterior do canal sagrado, que sobe muito alto. Esta abertura inferior do sacro não ultrapassa, em geral, a 5.^a vértebra sagrada. Quando muito, atinge a 4.^a Nestes doentes a abertura forma

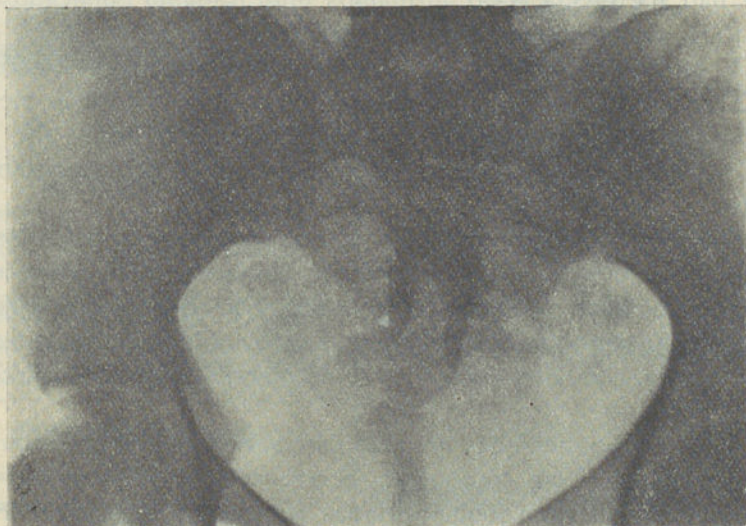


Fig. 4

Alargamento do canal sagrado num caso pessoal de trofoedema

um V invertido que pelo vértice atinge a terceira e a segunda vértebras sagradas (fig. 3). Num doente de Léri notava-se também a falta de soldadura à altura do arco da primeira sagrada.

Num caso de trofoedema da nossa clínica encontrámos a mesma anomalia óssea, como pode ver-se na radiografia da fig. 4.

1922, pág. 389.—André Léri et Noel Péron — *Le «syndrome» trophoedème: trophoedème nerveux, trophoedème lymphatique. Bul. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, seaece du 28 Decembre, 1923.

(1) A. Michel — *Spina bifida, Marseille Méd.*, pág. 930, 15 Octobre 1921.

Esta falta de ossificação dos arcos das últimas vértebras sagradas é frequente, como o nosso grande anatómico J. A. Serrano refere no seu notável *Tratado de osteologia humana*.

É contudo impressionante que em muitos doentes com trofoedema se note esta perda óssea da parte inferior do sacro.

Que relação têm estas lesões ósseas com o edema de Meige?

Não ousamos pronunciar-nos. Que há um trofoedema linfático não há dúvida. Já o afirmámos num trabalho publicado em 1921 (1), documentando-nos em caso bem elucidativo. Léri, em 1923, também considera esta forma de trofoedemas. Estamos em crêr que há outro de origem nervosa; mas o próprio mecanismo da retenção linfática dos primeiros casos talvez lhe esteja adstrito. O simpático não deve estar isento de responsabilidades.

Mas para correlacionar desde já, e de uma maneira definitiva, o trofoedema e a apontada deformação óssea vertebral, precisa-se de mais avultada casuística e de estudos anatómicos rigorosos.

O trofoedema da doente a que se refere a radiografia da fig. 4 é de natureza linfática e localiza-se ao membro inferior esquerdo.

Têm sido assinaladas *atrofias musculares* com a presença de *spinas bifidas*. Nem tôdas lhes devem estar condicionadas. Os casos citados deixam fundamentadas dúvidas. Assim, as observações de Guillain, Mathieu e Garcin (2) e de André Léri (3) mostram a coexistência de uma *spina bifida* com atrofias dos membros inferiores; mas estes autores hesitam em pronunciar-se entre uma etiologia comum e a possível coincidência desta deformidade com uma amiotrofia Charcot-Marie.

A *spina bifida* pode vir acompanhada de *pés botos*. Há casos

(1) Egas Moniz — *Le trophoedème chronique de Meige — Nouveau cas — Considérations sur leur étiologie.* — *Revue Neurologique*, 1921, pág. 1096.

(2) Georges Guillain, P. Mathieu et R. Garcin — *Amyotrophie des membres inférieures à type Charcot-Marie coexistant avec un spina bifida.* — *Revue Neurologique*, 1925, vol. II, pág. 600.

(3) André Léri — *Au sujet de la communication de M. M. Guillain, P. Mathieu et Garcin. Amyotrophie des membres inférieures à type Charcot-Marie coexistant avec un spina bifida.* — *Revue Neurologique*, 1925, vol. II, pág. 741.

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

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

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

(914 francez)

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Línimento anti-rheumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

COMAR & C^{ia} — PARIS

LISBOA MÉDICA

TRÉPOSAN

(Sucinato de BISMUTO em SUSPENSÃO OLEOSA)

Empolas de 3 centímetros cúbicos doseadas à razão de 10 centigramas de produto activo por centímetro cúbico

SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCÍARIA

Sífilis nervosa. — Heredo sífilis. — Tabes. — Paralisia geral

Comunicação ao Congresso de Dermatologia de Paris (8 de Junho de 1922)

Tese do Dr. BERTHET (Faculdade de Medicina de Paris) 8 de Julho de 1922

TRÉPOSITOIRES

(Supositórios à base de TRÉPOSAN)

Amostras gratuitas à disposição dos Ex.^{mos} Médicos

LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN de PARIS
A. VINCENT, Ltd. — Rua Ivens, 56 — Lisboa
Concessionários para Portugal e Colónias

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60⁰⁰⁰

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80⁰⁰⁰

NÚMERO AVULSO : 8⁰⁰⁰ e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração devem ser dirigidos ao Dr. Almeida Dias, Secretário da Redacção e Administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

bem comprovativos destas perturbações, como os de Lopez Albo, de E. Etienne (1), etc.

Acredita-se que estejam em correlação com a má ossificação da coluna.

O *mal perforante* do pé tem sido igualmente assinalado. Coincide com o pé bôto e perturbações de sensibilidade. É, em geral, indolor por assentar em zonas analgésicas.

Também há anomalias ósteo-articulares congénitas que possivelmente podem estar ligadas à *spina bifida*. Já as referimos num caso de Cantaloube e Pichenal. Andre Léri (2) cita um caso de falta de torsão do úmero ligada a uma *spina bifida* cervical. Certas ostealgias de crescimento e em especial a do calcâneo e da tibia, coincidindo com atrofias musculares do mesmo lado, são atribuídas por alguns autores à mesma causa.

Perturbações tróficas cutâneas. — Têm igualmente sido assinaladas. André Léri (3) descreve lesões de esclerodermia em faixas — a que preferimos chamar radicular (4) — coincidindo com a *spina bifida* oculta. Queyrat et André Léri (5) estudaram um caso de vitiligo, esclerodermia e *spina bifida*. Mais tarde este último autor (6) encontrou também, numa rapariga de oito anos, falta de ossificação de todos os arcos do sacro e da 5.^a vértebra lombar com sacralização desta vértebra, coexistindo com uma zona de vitiligo da parte abdominal sub umbilical, limitada a um dos

(1) E. Etienne — *Pied bot et spina bifida oculta*. *Bul. de la Soc. des Sc. Méd. e Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, an 6, fasc. 9. pág. 177, 1924-1925.

(2) André Léri — *Anomalies combinées par arrêt de développement*. *Bul., et Mém. de la Sc. Méd. des Hôpitaux de Paris*. Séance du 22 Juillet, 1922.

(3) André Léri — *Lésion cutanée rappelant la sclérodemie en bandes et spina bifida oculta*. *Bul. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 18 Mars 1921.

(4) Egas Moniz — *Sur la sclérodemie de forme radulaire*. *Revue Neurologique*, 1921, pág. 1086.

(5) Queyrat et André Léri — *Société de Dermatologie et Syphiligraphie*. Séance du 10 Mars 1921.

(6) André Léri — *Le spina bifida occulta et quelques-unes de ses conséquences*. *Journal de Médecine de Paris*, n.º 40, oct. 1924, pág. 835.

lados e, do outro, uma faixa de esclerodermia ocupando a parte ântero-interna da coxa esquerda, da virilha ao joelho.

Léri e Lamy (1), que apresentaram esta doente à Sociedade de Dermatología, expressam-se nestes termos pelo que respeita à aproximação das duas lesões: «A lesão vertebral congénita, a raquisquise em particular, não é seguramente susceptível de determinar, por si própria, perturbações tróficas. É somente o índice de alterações mais profundas meningo-radiculo-medulares, também de origem congénita, podendo ser ou não imediatamente subjacentes à abertura vertebral, que acarretam estas perturbações tróficas.

O *infantilismo* caracterizado pela exigüidade dos órgãos sexuais externos, tem sido encontrado concomitantemente com a enurese e a *spina bifida* occulta sagrada (2).

Num dos nossos doentes há um certo grau de distrofia adiposo-genital (IV caso).

Noutro doente (caso II) observámos um retardamento do desenvolvimento geral.

Também têm sido apontadas paraplegias ligadas à *spina bifida*.

Cada uma destas perturbações coincidindo com a raquisquise não implica sempre uma razão de causalidade, nem mesmo de desordem congénita concomitante produzindo perturbações em sistemas diferentes do organismo. Impõe-se uma investigação de outras presumidas determinantes de tôdas estas anomalias, a-fim-de poder firmar-se um diagnóstico por exclusão.

Não nos cansaremos de insistir sobre este ponto, pois muitas das correlações apontadas, mesmo sob uma base embriogenética, deixam sérias dúvidas.

Pelo que respeita a tratamento, não nos interessam as desordens orgânicas que excedem a esfera das perturbações esfinterianas e genésicas. A-propósito dos outros aspectos sintomato-

(1) André Léri et Louis Lamy — *Société de Dermatologie et Syphiligraphie*. Séance du 8 Mars 1923.

(2) André Léri et Fernand Layani — *Incontinence dite «essentielle» d'urine, infantilisme et spina bifida occulta sacré*. *Bul. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 28 Juillet 1922.

lógicos, pode inclusivamente aceitar-se a existência da sua interdependência, mas até hoje ninguém logrou chegar a resultados práticos no campo da terapêutica cirúrgica ou médica.

CAUSAS DAS PERTURBAÇÕES A DISTÂNCIA

A *spina bifida*, só por si, não explica nenhuma da sintomatologia a distância que acabamos de enumerar. E tanto que podemos considerar como um facto banal a existência desta paragem do desenvolvimento ósseo vertebral sem nenhum dos sintomas enumerados.

Desde Virchow, que descobriu a *spina bifida* oculta, e dos trabalhos posteriores do seu discípulo von Recklinghausen, até hoje, muito se tem trabalhado neste capítulo, aliás mal apresentado nos tratados gerais e especiais de medicina e neurologia, que quasi se não referem ao assunto.

A *spina bifida* por si só não determina perturbações algumas. É, porém, devido à paragem da ossificação que se formam certas bridas fibrosas, chegando a ter alguns milímetros de espessura e uma altura de 1 a 1,5 centímetros, que, situadas sôbre a dura-mater ou sôbre as próprias raízes, as comprimem, ou, melhor, as *estiram*. A ablação destas bridas cura imediatamente os doentes como, em parte, conseguimos verificar no nosso primeiro caso. Se, por um lado, êste successo clínico nos mostra as relações indiscutíveis da *spina bifida* com certas desordens orgânicas — e em particular com as perturbações esfínterianas — é necessário que não queiramos estabelecer, em todos os casos, uma relação de causalidade ou mesmo de ligação ontogenética entre certas perturbações tróficas e até motoras dos membros inferiores e uma *spina bifida* denunciada pela radiografia.

Devemos ainda acentuar que nem sempre a brida fibrosa se encontra. A pressão sôbre a cauda equina pode ser determinada por certos tumores (lipomas e fibromas) dependentes da *membrana reuniens*.

Também se têm encontrado alterações do saco meníngeo com septações (Leri), aderências e atrofia das raízes caudais, estas últimas não reparáveis, o que nos deve fazer reservar o prognóstico sôbre o successo operatório que, felizmente, é a regra. Pode mesmo suceder que a medula desça, como se tem encontrado

nas lesões da *spina bifida*, da 2.^a até a 5.^a lombar e 1.^a sagrada, sendo então a lesão medular a causa da sintomatologia averiguada.

As desordens de desenvolvimento que acompanham a *spina bifida* são muito variadas. Sòmente convém seguí las com prudência, não caindo em excessos de generalização.

As lesões meníngeas e sub-meníngeas só difficilmente podem ser diagnosticadas. Já o mesmo não podemos dizer das causas de constricção extra-meníngeas. Estas são geralmente determinadas por bridas, *reliquat* do ligamento amarelo não calcificado.

Compreende-se bem que êste ligamento, que existe à altura de L₅-S₁, possa dar origem a bridas fibrosas constrictivas nessa altura ou imediações. Pelo que respeita às vértebras sagradas, recordaremos que, na criança, estas estão separadas, como as vértebras lombares, e possuem nesse período os respectivos ligamentos amarelos. Quando a ossificação das peças sagradas se não completa, os ligamentos restantes podem estabelecer uma brida que exerça pressão sòbre as raízes. E mesmo que a ossificação se conduza a bom têrmo, podem ficar na profundidade do canal sagrado restos do ligamento capazes de estabelecer.

Para precisarmos a altura exacta destas compressões, tem-se empregado a prova lipiodolada. Discutiú-se últimamente qual o melhor processo de nos utilizarmos da descoberta de Sicard nesta altura da coluna.

A mielografia faz-se, em geral, pela injeccção intra-dural do lipiodol. A paragem do azeite iodado dá-se sempre à altura da compressão que intercepta a sua passagem. Para a investigação das bridas que acompanham a *spina bifida* pode ainda ser utilizado êste processo, que praticámos no primeiro doente, com resultado. Meia hora depois de ser injectado no canal 3/4 de c. c. de lipiodol, por punção atloido-occipital, fazia uma paragem, em bloco, à altura da 1.^a vértebra sagrada. Sicard e François (1) aconselham a introdução de 2 e mais c. c. de lipiodol, no propó-

(1) Sicard — *Lipiodo-diagnostic dans l'incontinence d'urine, par la voie epidurale ou sous — arachnoïdienne.* — *Revue Neurologique*, 1926, t. I, pág. 325.

ISTITUTO NAZIONALE
MEDICO
FARMACOLÓGICO
DE ROMA
(PROF. SERONO)



Produtos
SERONO e ERGON

- BIOPLASTINA SERONO** — Lecitina e luteína para uso hipodermico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1 1/2.
- METRANODINA SERONO** — Antidismenorréico e anti-hemorragico, a gotas.
- IPOTENINA SERONO** — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.
- CARDIOLO SERONO** — Cardiocinético nas formas crônicas e miocardites, a gotas.
- VIOSAN SERONO** — Antiluetico por via bucal, com base de mercúrio em combinação orgânica, em pilulas.
- UROLITINA ERGON** — Antiurico, diurético desinfectante das vias urinárias; granulada efervescente, em frascos.
- ALUMNOSE ERGON** — Descongestionante. Antiséptico para uso externo. Não tóxico. Tubos de comprimidos.

Opoterapicos SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS, preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca.

Por via hipodermica, são levados à dose conveniente diluindo-os, de preferéncia a glicerina, com soro fisiológico para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO — Poderoso digestivo com base de enzimas; anti-diabético — frascos.

OVARASI SERONO — Estimulante e regulador da função ovarica — frascos e caixas.

ORCHITASI SERONO para cicatrização — caixas.

SURRENASI SERONO — Adinamia. Tosse convulsa. Asma — f^s e c^s.

TIROIDASI SERONO — Antimixedematoso. Antigotoso, acelera o metabolismo. Não tóxico — frascos e caixas.

RENASI SERONO — Contra a insuficiéncia renal, nefrite etc. — f^s e c^s

IPOFISASI SERONO — Na insuficiéncia ipofisaria, diabetes insipida, etc. — frascos e caixas

LIENASI SERONO — Contra a prisão de ventre de causa nervosa, paludismo, etc. — frascos e caixas.

EPATASI SERONO — Na insuficiéncia hepatica; diabetes assucarada, etc. — frascos.

MASTASI SERONO — Descongestionante. Contra os fibrômas e fibromiomas uterinos — frascos.

BILEASI SERONO — Na insuficiéncia biliar, prisão de ventre habitual, diabetes, etc. — frascos de pilulas.

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Pluriglandular: ovarios, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Pluriglandular: testiculos, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterapicos, devem considerar-se como a indicação do máximo; em opoterapia só o Medico assistente pode estabelecer as doses conforme a tolerancia do doente e o caso que está tratando.



LABORATORIO DI TERAPIA SPERIMENTALE

Dott. Prof. A. BRUSCHETTINI de Genova

Estes produtos levam entre parentesis depois do nome uma palavra que será sufficiente indicar nos pedidos telegraficos em vez do nome completo.

VACINA ANTIPIOGENICA POLIVALENTE BRUSCHETTINI (Antipio) — Estreptococica, estafilococica, etc.

VACINA ANTIGONOCOCICA BRUSCHETTINI (Antigono) — Nas formas agudas e nas cronicas. Polivalente.

POLIVACINA ANTIPIOGENICA BRUSCHETTINI (Tubpio) — Associações microbianas da tuberculose.

SORO-VACINA BRUSCHETTINI (Bistubsiero) — Antitubercular — Acção profilatica e curativa.

VACINA CURATIVA BRUSCHETTINI (Tubvaccino) — Antitubercular — Acção curativa.

VACINA CURATIVA 2.º GRAU — VC-AC, BRUSCHETTINI (Bistubvaccino) — Antitubercular — Nas formas graves.

Dr. L.º ZAMBELETTI S. A. de Milano

ARSENIATO DE FERRO SOLUVEL ZAMBELETTI — Ferro electro-negativo organico alimentar, simples e com estricina, quer em caixas de 1.º e 2.º grau, quer em frascos; reconstituente.

IODOSAN ZAMBELETTI — Iodo soluvel atomico nascente, aromatizado, em frascos.

ARSENOBROMOTONICAS ZAMBELETTI — Fosforo, ferro, arsenio, bromo e valeriana fresca; sedativo e reconstituente: no histerismo, neurastenia, nas varias nevroses, etc., em caixas.

BISMARSOL ZAMBELETTI — Solução esteril injectavel de arsenobismutato de sodio. Sifilis, tabes dorsal, sifilis hereditaria, paralisia, lesões, malaria.

CALOMELANOS ELECTROLITICO AQUOSO ZAMBELETTI — Em soro leucocitogénio. Sifilis, framboesia.

SORO IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL — Na tuberculose ossea, glandular e peritoneal — caixas de 1.º e 2.º grau.

TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — Arteriosclerose, angina pectoris. Frascos de comprimidos.

INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI — Suprarenopituitaria. Asma bronquial, acesso.

Amostras á disposição dos Srs. Medicos.

ITALO-PORTUGUEZA, L.^{DA}

APARTADO 214 — LISBOA

Telefone C. 3096

FERREGIAL BAIXO 33, 1.º

Telegr.: ITALPORTUGUEZA

sito de obter a configuração do saco dural com os estrangulamentos determinados por bridas mais ou menos fortes.

Não julgamos inteiramente indiferente a introdução de grandes quantidades de lipiodol no canal raquidial e por isso achamos prudente começar por uma dose menor que pode ser aumentada (1).

André Léri (2) prefere a injeção epidural do lipiodol (entre o sacro e o coccix) colocando depois o doente em posição de declive, tirando a radiografia no dia imediato. Duma maneira geral tem conseguido precisar a sede da lesão extra-meníngea, mas em alguns casos as bridas existentes não são denunciadas. Injecta 10 c. c. de lipiodol.

Um e outro processo podem ser empregados no mesmo doente sem inconveniente de maior; um e outro, separadamente, podem patentear a altura da compressão; mas não temos experiência bastante para dar preferência a qualquer dêles.

Devemos, porém, fazer notar que nestes casos o lipiodol não presta os assinalados serviços que trouxe ao diagnóstico das compressões medulares.

Nos doentes de *spina bifida* oculta as perturbações esfincterianas e genésicas, a que nos referimos, são devidas a uma compressão, ou melhor a um estiramento das raízes sagradas.

Como dissemos, os autores não são concordes na indicação dêstes centros, mas julgamos não andar longe da verdade se, à face da clínica, estabelecermos esquematicamente como centros predominantes os seguintes:

S₁ (3) — Esfincter vesical.

S₂ (4) — Erecção e ejaculação.

S₃ e S₄ — Esfincter anal.

Principalmente as perturbações que se referem aos dois esfincteres marcam-nos com precisão o ponto sôbre que deve incidir

(1) Também pode empregar-se a punção lombar.

(2) André Léri — *Sur les injections épidurales de Lipiodol.* — *Revue Neurologique*, 1926, t. I, pág. 363.

(3) E talvez S₂.

(4) E talvez S₃.

a intervenção cirúrgica. Mesmo que a prova lipiodolada sub-aracnoidea ou epidural seja negativa, nós não deixaremos de propor a intervenção. Por outro lado as indicações prestadas pelo lipiodol dificilmente limitarão o campo operatório, sempre restrito, e cujo alargamento não trás inconveniente algum para o doente. Com isto não queremos dizer que se não deva praticar a prova: damos-lhe apenas a importância secundária que se lhe deve atribuir.

Em resumo: o que julgamos fundamental é a abertura do canal *sem preocupação de poupar vértebras*. O doente não é prejudicado com isso. Na própria região cervical temos visto abrir três e quatro vértebras sem desvantagem alguma

Há casos, porém, em que a prova lipiodolada nos pode prestar grande auxilio: é quando surja uma sintomatologia de *spina bifida* em doentes de ráquis íntegros. Casos há de bridas inteiramente similares às da *spina bifida* que se produzem independentemente de qualquer alteração óssea e que o lipiodol tem revelado. São síndromas da cauda que podem ser devidos a outras causas: tumores, meningites serosas circunscritas, etc. A prova de Sicard e, em alguns casos, a injeção epidural preconizada por Léry, podem pôr em evidência ou confirmar a localização feita pelo exame neurológico.

São conhecidas as dificuldades que por vezes se encontram no diagnóstico diferencial entre as lesões do cone e as da cauda. Quando este problema se apresenta, a mielografia pode ser um elemento precioso.

COMPRESSÃO E ESTIRAMENTO DAS RAÍZES

¿Porque é que uma brida, como no nosso primeiro doente, afectando fortemente a dura-máter, deixa passar *em muitos casos* o lipiodol? É que, não produzindo uma forte contração, não provoca compressão comparável às que observamos na medula. Conseqüentemente não produz sobre as raízes a contusão que observamos nos tumores intraracnidianos em que a medula nos aparece, às vezes, como ainda observámos num caso recentemente operado do nosso serviço, como que esmagada. E contudo as raízes sagradas estão fortemente comprometidas.

Registemos um outro facto: a rapidez, em geral, do successo

operatório. Quási sempre, em seguida ao desbridamento, desaparecem, súbitamente, tôdas as perturbações esfincterianas observadas. Não haveria tempo para se dar uma regeneração, sempre morosa no sistema nervoso, se as raízes estivessem gravemente lesadas.

Podemos dizer que há antes uma *perturbação funcional do que uma verdadeira lesão anatómica*.

Tudo isto nos levou a estudar mais cuidadosamente o assunto, que não tem sido apreciado sob êste aspecto.

Recordemos a anatomia da região.

As raízes superiores à região sagrada, depois de atravessarem a dura-máter, alcançam rapidamente os orifícios de conjugação a que se destinam.

As coisas passam-se, porém, diversamente a altura das vértebras sagradas. Os orifícios estão mais afastados e as raízes, depois de atravessarem a dura-máter, seguem um trajecto bastante longo, que vai de um caminho quási horizontal até uma posição vertical. As primeiras raízes sagradas caminham mais transversalmente do que as últimas, de sorte que uma brida fibrosa que tente estrangular à bôlsa dural acima ou a altura da emergência da primeira raiz sagrada, deve fazer-se sentir particularmente sôbre as primeiras raízes, que são as mais divergentes.

As perturbações causadas não são devidas pròpriamente a uma compressão de raízes (a nosso ver secundária), mas a um *estirramento de raízes*, que particularmente se faz sentir em intensidade decrescente de S_1 a S_4 . A brida aperta, por igual, a dura-máter, mas fere desigualmente as diversas raízes. Procurámos exemplificar êste mecanismo no cadáver, em colaboração com o primeiro assistente de Anatomia Patológica, Dr. Simões Raposo, pondo a região sagrada a descoberto e verificando os efeitos de uma constrição praticada por um cordel acima de S_1 . Como se vê, em esquema, nas figs. 5 e 6, a constrição provoca um repuxamento das raízes sagradas, sendo mais atingidas S_1 , S_2 e S_3 . Por isso, nestes doentes, a perturbação mais geralmente encontrada é a do esfíncter vesical (S_1). É na grande maioria dos casos o único sintoma da constrição da brida (casos II, III e IV). Em seguida vêm as alterações da função genital (S_2) e só em casos raros aparece a incontênência fecal (S_3 e S_4). Esta observava-se no nosso primeiro doente. A constrição era tão forte que impedia a passagem do lipiodol.

Explicado assim o mecanismo das perturbações encontradas, que o sucesso imediato da reparação funcional vem corroborar, pois o estiramento ou o alongamento de uma raiz não tem a gravidade de uma compressão directa contínua e crescente, que implica alteração anatómica grave, e apresentadas as noções gerais que andam dispersas pelas diversas comunicações publicadas sobre o assunto, e que bem mereciam ser concentradas em artigos de conjunto, vamos relatar alguns casos da nossa observação:

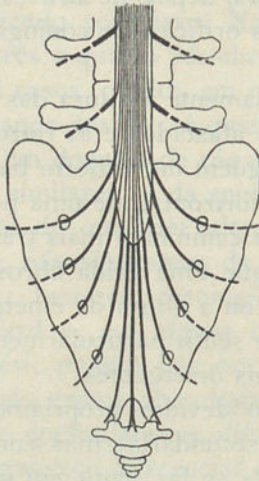


Fig. 5

Esquema das raízes sagradas
na sua posição normal

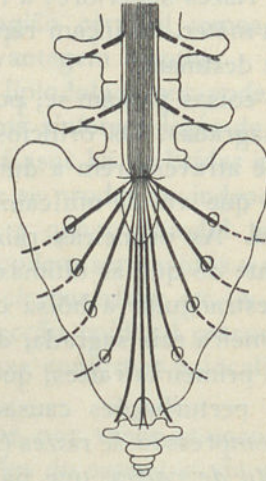


Fig. 6

Esquema das raízes sagradas
estiradas pela acção da brida

CASO I— I. G., de 12 anos. Deixou de urinar na cama muito cedo. Até aos 11 anos nada de anormal. Nessa época, perturbações visuais. Deixou de ver súbitamente, mas com intermitências. Este episódio de cegueira transitória durou dois dias. Pelo que refere a família, parece ter havido medríase inicial. Houve também uma diplopia passageira observada nos momentos em que recuperava a visão. Cefaleias.

Não mais se repetiram estes fenómenos.

Em seguida paraplegia, que o imobilizou na cama durante uns quinze dias. Melhorou de repente.

Ao mesmo tempo incontinência de urinas, primeiro às gotas, depois em jacto.

Urinava-se na cama, de noite. De dia nem sempre tinha tempo de ir ao vaso.

Há dois meses, cêrca de um ano depois da sintomatologia aguda acima apontada, incontínência de fezes. Por mais de uma vez tem sujado as calças. Desde que esteve no Serviço Neurológico de Santa Marta defecou duas ou três vezes na cama. Urinou-se quási tôdas as noites.

Foi devido a estas perturbações que se dicidiu a consultar-nos.

OBSERVAÇÃO — Inteligência viva. Motilidade boa. Fôrça normal tanto nos membros superiores como inferiores. Estado geral regular.

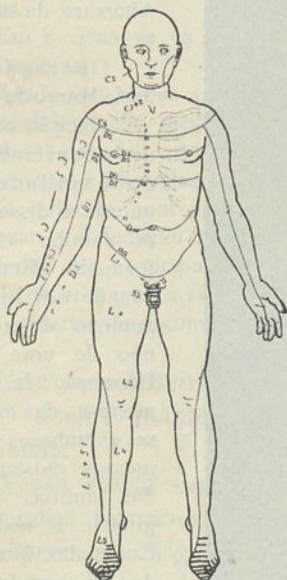


Fig. 7

Perturbações da sensibilidade

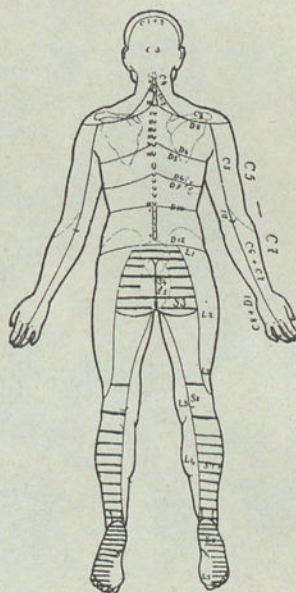


Fig. 8

Perturbações de sensibilidade

REFLEXOS — Vivos, mas sem diferenças apreciáveis de um para outro lado e tanto nos membros superiores como nos inferiores. Reflexos abdominais normais. O bolbo-cavernoso não existe.

SENSIBILIDADES — Profundas normais. As superficiais (ao tacto, dor e temperatura) um pouco diminuídas á altura de S₁, e ainda, mas muito ligeiramente, nos territorios de S₂ e S₃. As zonas inervadas por S₄ e S₅ normais (Fig. 7 e 8).

LÍQUIDO RAQUÍDIO — Punção cisternal em 27 de Fevereiro. Tiragem do liquido por aspiração. Albumina normal. Pandy negativo. Linfócitos: 1,6 por mm³ na célula de Nageotte.

EXAME RADIOLÓGICO — Radiografia da coluna sacro-lombar. Apresentam-se separadas as metades do arco posterior da 5.^a vérterba lombar, que não chegaram a completa ossificação (Fig. 2).

PROVA LIPIODOLADA — Fez-se a injeção de 3/4 de c. c. de lipiodol por via cisternal, em 10 de Março. Meia hora depois, a radiografia mostra-o parado à altura da metade superior da primeira vértebra sagrada (fig. 9). É nesse ponto que deve estar a brida constitutiva.

Enviámos o doente ao serviço do Professor Francisco Gentil, a-fim-de ser operado. Aconselhámos «uma laminectomia à altura de 5.ª vértebra lombar e da primeira

sagrada. Desbridamentos necessários. Abertura da dura.»



Fig. 9

Paragem do lipiodol a altura da primeira vértebra sagrada

Operação em 30 de Março de 1926.

«Incisão cutânea curvilínea de concavidade esquerda e dissecação do retalho assim formado. Extirpação de um lipoma cutâneo do tamanho de uma noz. Dissecação da aponeurose, das apófises espinhosas e das massas musculares das lâminas à rugina e à tesoura. Corte das lâminas da 1.ª sagrada. Na parte inferior desta vértebra passa um cordão fibroso, amarelado, de 2 a 3 milímetros de espessura. Ruginação da brecha óssea. Abertura da 2.ª vértebra sagrada.

Dura-máter comprimida, estreitada ao nível da parte inferior da 1.ª sagrada. Extracção da brida.

Abertura da dura-máter. Alto e prolongado esguicho de líquido céfalo-raquidial, com saída de 1/2 decilitro. Cauda equina normal. Sutura da dura a pontos separados de *catgut* «Triollet» n.º 0.

Pontos em U reunindo as massas musculares e aponeuroses. Sutura da pele a crinas. Penso compressivo.»

A operação foi feita às 11 horas da manhã do dia 30. Às 18 o doente sente vontade de urinar, mas não consegue fazê-lo. A quantidade da urina contida na bexiga deve ser pequena.

À noite urina espontaneamente, *pedindo e esperando* o vaso. Em 31, idem por duas vezes. Não tem vontade de evacuar. Em 1 continua a urinar durante o dia nas mesmas condições; mas de noite, durante o sono, tem uma micção inconsciente.

Em 2, as micções continuam a ser normais. Diz que já pode «aguentar» as urinas. Pede para evacuar, o que consegue fazer, esperando que lhe dêem o vaso.

Em 9 tiram-se os pontos de crina. A ferida operatória mostra-se com bom aspecto.

Ainda tem umas micções nocturnas em 18, 19 e 20, devidas a uma provável irritação medicamentosa da bexiga (uso prolongado da urotropina em dose elevada: 4^{grs} diários) (1). Polaciúria. Desde que se suspendeu o medicamento não voltaram a produzir-se.

O esfíncter anal perfeito. Toma purgantes, retém clistéres e consegue demorar a defecação por tempo normal. As perturbações de sensibilidade, marcadas nos esquemas apresentados em 7 e 8 desaparecem. Quinze dias depois da operação a sensibilidade é perfeita. Em 4 de Maio foi-lhe dada alta sem perturbação alguma esfíncteriana.

Êste caso suscita-nos alguns comentários.

O doente mantém-se até os 11 anos sem perturbações esfíncterianas.

Nessa época surge um episódio agudo que, pelos escassos elementos fornecidos pela família, não pode ser diagnosticado com precisão. Alguma coisa se passou, e de certa gravidade, do lado do cérebro (vias ópticas), da medula e provavelmente das meninges. Episódio agudo, inflamatório, passageiro, que lhe produziu perturbações visuais e fenómenos paréticos dos membros inferiores.

Ligada com esta crise, aparece a primeira enurese e mais tarde as perdas fecais involuntárias. Sôbre a correlação dos dois males não ousamos pronunciar-nos. Registamos apenas o facto.

Êste doente passou, portanto, a sua infância sem perturbações dos esfíncteres vesicais e anais. É depois dos 11 anos que elas sobrevêm, agravando-se. Primeiro, incontinência de urina; meses depois, incontinência de fezes, sob o provável impulso de uma causa ocasional inflamatória.

(1) Vide G. Gaglio — *Farmacologia e Terapia*. Milano, 1914, pág. 576.

A brida fibrosa encontrada na operação, e que apertava a dura-mater na parte inferior da primeira vértebra, intensificou, provavelmente, o seu poder constritivo no prazo de meses, de

sorte a produzir o estiramento de S_1 , S_2 e S_3 .



Fig. 10

Falta de ossificação da primeira vértebra sagrada

Extraída a brida, o doente melhorou imediatamente. Julgámo-lo curado. A abertura do saco dural, já depois de retirada a brida constritiva, determinou a saída do líquido, em jacto contínuo e sob pressão, tal como sucede em casos de meningite serosa enquistada. Mas não havia o saco aracnoideo. O aspecto da cauda era normal.

¿ Como explicar esta tensão do líquido raquídeo que não foi revelada pela punção cisternal duas vezes praticada? A evolução do caso nos

esclarecerá. É admissível que seja devida a uma irritação das lepto-meninges abaixo da constrição, favorecida pela existência de um saco fechado; é possível, também, que se tenha agravado pela proximidade do lipíodol.

Uma falta tivemos: o não analisar o líquido raquídeo saído. Podia prestar valiosos esclarecimentos. Mas a brida exercia uma

tão forte constrição sôbre o sacco dural que o acto operatório da sua extracção fêz com que esquecêssemos êste pormenor.

Delbet e André Léri (1) têm constatado que, algumas vezes, o sacco dural não pulsa debaixo da brida antes da ressecção, e bate em seguida. Pode êsse facto servir de orientador na abertura do sacco. Mas é mais tranqüilizador, em qualquer hipótese, observar a cauda equina no seu estojo intra-dural e verificar se há aderências, bridas internas, atrofia, etc.

No nosso doente nada disso existia.

Os seguintes casos muito se aproximam pela symptomatologia e pela altura das lesões ósseas.

CASO II. — A. V. S., de 15, anos, estudante. Sempre urinou na cama, enquanto dorme. Por vezes falta a enurese nocturna uns oito dias, mas volta de novo. A emissão de urinas não é acompanhada de sonhos e em geral produz-se na primeira parte da noite.

De dia não sente a necessidade imperiosa de urinar.

Não tem perturbações do esfincter anal.

O aspecto geral do doente mostra um atraso no seu desenvolvimento físico. Aparenta ter menos 3 ou 4 anos.

Estado psíquico normal. Apresenta mesmo uma intelligência viva.

Reflexos, tanto dos membros superiores como dos inferiores, normais.

Não há perturbações da sensibilidade.

Não nos foi possível indagar do estado da função genital.

A radiografia da região sacro-lombar mostra uma incompleta ossificação da primeira vértebra lombar (fig. 10).

O esquema da fig. 11 mostra mais nitidamente a lesão.

Êste rapaz portador de uma *spina bifida* oculta na primeira vértebra sagrada, deve ter uma brida, a esta altura ou imediações, a provocar o estiramento da primeira raiz sagrada.

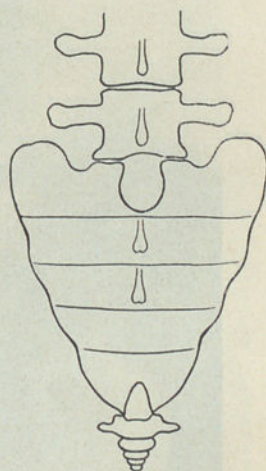


Fig. 11
Esquema da radiografia
da figura 10

(1) Delbet e A. Léri — *Incontinence «essentielle» d'urine.* — *Revue de Chirurgie*, Paris, 1925, pág. 483.

A história dêste doente é a mais vulgar nos casos de *spina bifida* oculta. É um dos casos de incontinência urinária que, por muito tempo, foram englobados na rubrica geral de incontinência essencial e que hoje podemos curar.

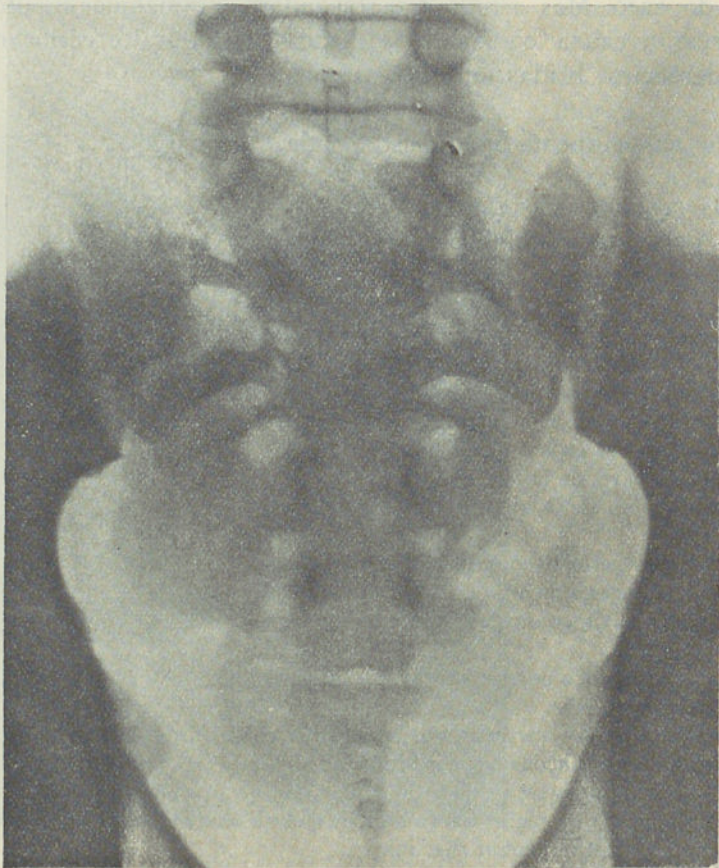


Fig. 12

Ossificação incompleta das primeira e segunda vértebras sagradas

Ainda não foi operado. Aguarda para isso uma quadra de férias, a-fim-de não prejudicar os seus estudos. Não julgamos necessária a investigação lipiodolada por via intra ou extra-dural. Mesmo que a prova seja negativa, nem por isso deixaremos de aconselhar a intervenção cirúrgica.

A falta de perturbações do esfíncter anal fará com que procuremos a brida compressorora à altura ou um pouco acima da saída de S_1 , caminhando para a região lombar, e mesmo para baixo se não fôr encontrada no ponto previsto.

Caso III — J. B., de 18 anos, chapeleiro. Desde criança que urina na cama durante a noite. O prazo mais longo que tem conseguido estar sem enurese nocturna tem sido de oito dias.

Quando acordado, retém a urina; mas, por vezes, expele, sem querer, umas gotas.

As funções sexuais parecem normais. Nada do esfíncter anal.

REFLEXOS. — Do membro superior, abdominais e cremasterianos normais. Do membro inferior: patelares vivos, aquilianos: vivo à esquerda e muito diminuído à direita. Plantares normais em flexão. Não há sinais de via piramidal.

Sensibilidades normais.

Não há nevos pigmentares, pilosos ou vasculares.

Ao exame da coluna, o doente queixa-se duma dor mais viva, à pressão, da apófise da 5.^a vertébra lombar.

Sente-se uma depressão à altura da primeira sagrada, que deve corresponder a uma falta de ossificação.

O assistente Dr. Romão Loff fêz ao doente, em princípio de Março, uma injeccção epidural de soro fisiológico, que parece ter dado apenas um resultado efêmero de dias. A radiografia da região sacro-lombar mostra uma raquisquise da 1.^a e 2.^a sagradas, como pode verificar-se na figura radiográfica e esquema juntos (Fig. 12 e 13).

Êste doente mostra, além da incontínência urinária nocturna, uma certa incontínência diurna, de regorgitamento, o que significa um estado mais grave do que o do caso anterior.

Além disso, apresenta a diminuição do reflexo aquiliano direito, o que significa que a tração da brida é mais forte dêsse lado e que atinge especialmente a primeira sagrada. O centro do reflexo aquiliano fica, como se sabe, à altura do 1.^o segmento sagrado, estendendo-se, segundo a maioria dos neurologistas, a L_3 e S_2 . Consegue a erecção e a ejaculação, o que mostra que êste centro (S_2 e talvez S_3) não está atingido.

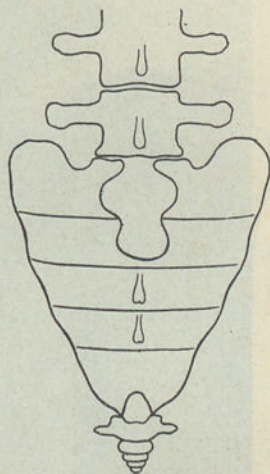


Fig. 13

Esquema da radiografia da figura anterior

Por esta razões, aconselhamos a operação à altura de S_1 , caminhando depois para S_2 e L_5 . Como dissémos, o doente sente uma dor à pressão à altura da apófise espinhosa da 5.^a vértebra lombar, o que pode possivelmente ser devido à sua menor fixidez, devido à abertura que apresentam as primeiras vértebras sagradas.



Fig. 14

Falta de ossificação da primeira vértebra sagrada

CASO IV.—M., de 12 anos, estudante. Aspecto de distrofia diposo-genital. Pele inteiramente glabra, órgãos genitais reduzidos, adiposidade excessiva, especialmente nas nádegas e região mamária.

Urinou-se sempre na cama, mas últimamente consegue passar alguns dias sem o fazer.

Não há perturbação alguma do lado da motilidade. Reflexos e sensibilidades normais. O exame da coluna dá a impressão da integridade do sacro.

Radiografia em 17 de Abril. Mostra uma brecha óssea importante à altura da primeira vértebra sagrada, como se pode ver na prova radiográfica e esquema juntos (fig. 14 e 15).

Êste caso é muito comparável ao do segundo doente.

Tem perturbações urinárias e como a enurese parece ter tendências a melhorar, propôs um adiamento da operação por alguns meses.

Neste doente há tendência para uma distrofia adiposo-genital, o que nos não consta que tenha sido assinalado na *spina bifida*.

É síndrome que carece de ser bem observado antes de o ligarmos às lesões que vimos estudando. Esta etiologia é, porém, admissível, pois pode arrastar uma atrofia dos órgãos sexuais, a que se juntariam desordens concomitantes. É assunto que precisa de mais minuciosa observação.

CASO V.—B. d' A., de 10 anos, do sexo feminino, teve sempre incontinência urinária; mas, por vezes, tem chegado a estar um mês sem enureses. Últimamente tem-se intensificado. Nos últimos oito dias, por exemplo, não tem falhado em nenhuma noite.

Sensibilidades normais.

Reflexos normais.

À palpação da região sacro-lombar nota-se uma depressão a altura da primeira vértebra sagrada. A fig. 16 da prova radiográfica é bem elucidativa.

Este caso é como que a reprodução dos anteriores. Deve ser operado, em breve.

A casuística apresentada, o resultado obtido em um dos nossos casos, que vem juntar-se a outros que conhecemos da literatura médica dos últimos anos (1), mostra bem quanto importa conhecer esta anomalia que se chama a *spina bifida* oculta. Dela derivam as bridas constrictivas que, pelo mecanismo que explicamos, justifica uma parte da sintomatologia que lhe anda adstrita.

Como técnica operatória achamos de vantagem abrir as três vértebras: L₅, S₁ e S₂ e, sempre que não estejamos completa-

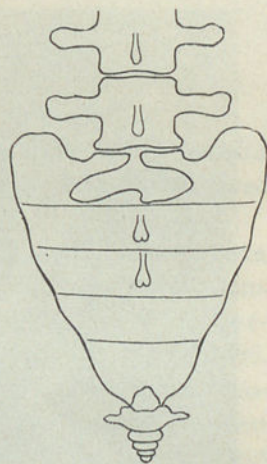


Fig. 15

Esquema mostrando a lesão da radiografia da figura 11.

(1) Casos de Pierre Delbet e André Léri, *loc. cit.* e *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 26 janvier 1923; de Lopez Albo e San Sebastian, *loc. cit.*, e dos alemães Fuchs, Peritz e Lewandowsky, Altschul, Willy Hoffmann, operados, por Vallas e Cotte, Garré, von Lichtenberg, Maas e Katzenstein, etc.

mente seguros da acção da brida constrictiva, impõe-se a abertura do saco dural para exame da cauda equina, pois daí não vem inconveniente para o operado. Mesmo nos casos aparentemente mais garantidos de sucesso operatório pela secção da brida ou bridas fibrosas extradurais, é um complemento vantajoso, porque nos tira hesitações à face do exame das raízes.



Fig. 16

Das outras perturbações ligadas à *spina bifida* e a que fizemos larga referência, particularmente estudadas por André Léri, quer devidas a perturbações de desenvolvimento da medula, quer a alterações das raízes sagradas, quer ainda a perturbações do lado do simpático, não trataremos aqui. Falta-nos a casuística elucidativa, e só depois de observações bem estudadas com estudos anátomo-patológicos precisos, poderemos tirar conclusões.

Em medicina valem muito as sugestões estranhas, quando

vêm de clínicos experimentados; mas somente as provas concludentes da esfera anatômica nos devem levar a afirmações concretas e definitivas.

Por enquanto fixar-nos hemos nos casos mais vulgares, aqueles em que os sucessos cirúrgicos são nítidos. Deixamos para ulteriores trabalhos a apreciação de uma sintomatologia que pode ser ainda discutida, pelo menos sob alguns dos seus aspectos.

RESUMÉ

L'A. envisage le problème clinique du *spina bifida occulta* présentant cinq cas, dont le premier a été déjà opéré avec succès.

La première partie de l'article est une revue des travaux publiés sur ce sujet. Il s'occupe du *spina bifida cervical*, dans lequel il ne rencontre pas des indications thérapeutiques opératoires. L'A. examine les cas de Pierre Marie et André Léri, A. Léri et Cantaloube et Picheral. Il ne considère pas les troubles tardifs observés comme dépendant du *spina bifida*, c'est à dire comme ayant un rapport avec le mauvais développement embryogénétique.

Il décrit les symptômes locaux du *spina bifida occulta* sacro-lombaire: noevus, tumeurs (lipomes, fibromes) et manque d'ossifications à la palpation. Il a observé celui-ci chez deux malades chez lesquels il a fait le diagnostic; mais il n'a rencontré ni des noevus, ni des tumeurs à la palpation. Dans le cas opéré on a extirpé un petit lipome entre L₅ et S₁ qu'on ne pouvait reconnaître à l'inspection. La bride fibreuse extra-dural e qui provoquait, par constriction les désordres observés était placée plus bas comme le lipiodol l'a dénoncé.

L'A. fait l'énumération des symptômes à distance: perturbations sphinctériennes: enurèse, rétention, incontinence anale; altérations des réflexes constatées dans un de ses cas (réflexes achillien et bulbo-caverneux); perturbations sensitives: algies, paresthésies, hypoesthésies qu'il a observée chez un malade; altérations de l'appareil génital (érection et éjaculation); prolapsus de l'utérus, du vagin; prolapsus du rectum; perturbations trophiques: trophoedèmes avec constatation, dans un

cas (1) de l'allongement du canal sacré, comme André Léri a noté; atrophies musculaires; pieds bots; mal perforant; anomalies ostéo-articulaires; dermatoses trophiques: sclérodermie et vitiligo; infantilisme, au quel l'A. ajoute la dystrophie adipo-génitale qu'il a observé chez un de ses malades; faible développement général, notée aussi dans un de ses cas, etc.

L'A. fait la critique de quelques-uns de ces symptômes qu'il ne considère pas toujours liés au *spina bifida*. Au moins il croit que l'interdépendance n'est pas toujours bien démontrée, même si ou l'envisage du point de vue du développement ontogénique.

Sur les causes de ces perturbations, et spécialement de celles des fonctions sphynctériennes, il étudie les brides fibreuses, les compressions par tumeur et les atrophies des racines.

L'A. prétend que les centres médullaires du sphincter vésical est à S_1 , celui de l'érection et de l'éjaculation à S_2 et celui du sphincter anal à S_3 et S_4 .

Pour l'A. l'action des brides provoque plutôt un allongement des racines qu'une compression (fig. 5 et 6). Il y a, par conséquent, plutôt une *perturbation fonctionnelle qu'une lésion anatomique*. Lorsque la bride est coupée, les fonctions se normalisent tout-de-suite. Les racines n'ont pas le temps de faire une régénération. Il conclut que la bride fait seulement une traction des racines qui empêche leur fonction.

Dans les compressions médullaires et dans les traumatismes des nerfs, la régénération est toujours assez longue. La différence est bien appréciable en comparaison de ces cas de guérison rapide.

Chez un de ses malades, comme chez beaucoup d'autres d'ailleurs, le succès opératoire a été immédiat.

(1) Un cas décrit, en 1921, de trophoedème dont l'origine lymphatique a été bien démontrée.

Sur l'ouverture exagérée du canal sacré, l'A. fait noter qu'on l'a rencontrée souvent chez les individus normaux (Serrano-Ostéologie); mais il faut noter aussi qu'elle est assez constante dans les cas de trophoedèmes.

Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIO

IODARSOLO

O PRODUCTO QUE CONTEM MAIS ELEVADAS
DOSES DE IODO METALLICO E ACIDO ARSENIOSO

PUROS — INTEGROS

O *iodo em combinação tanico-proteica*, intimamente ligado á molécula proteica, mantido estavel e em quantidade fixa: unicamente a acção, ao calor, do acido sulfurico concentrado, é capaz de pol-o em liberdade; por isso explica-se toda

CARENCIA DE FENOMENOS DE IODISMO

Não pode assim produzir sensação desagradavel ao paladar, inconveniente muito marcado de numerosos preparados iodicos, cujo gosto é acre e parecido ao da tinta; antes resulta de

SABOR EXCELENTE

Desejado pelas creanças e bem recebido pelas pessoas de paladar delicado.

NÃO IRRITA AS MUCOSAS

O *acido arsenioso* está combinado em forma organica segundo um metodo especial:

NÃO PRODUZ INTOLERANCIA ARSENICAL

INJECTAVEIS

Uma ampola cada dia. Injecções intra-musculares profundas nas nadegas.

Para amostras e prospectos dirigir-se ao Agente para a Península Iberica:

MARIO VIALE

Provenza 427

BARCELONA (ESPAÑA)

Concessionario exclusivo para a venda:

Sociedade Industrial Farmaceutica

Rua do Mundo, 42—LISBOA

ELIXIR

Duas ou tres colheres diarias para os adultos e duas ou tres colheres pequenas para as creanças.



OUTROS PRODUCTOS DO LABORATORIO CHIMICO
FARMACEUTICO V. BALDACCI—PISA (ITALIA)

ZIMEMA

HEMOSTATICO FISIOLÓGICO

Solução obtida pelo fermento ou enzima coagulante do sangue (trombina, fibroenzima, fibrinofermento) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

Em qualquer hemorragia a hemostase definitiva não se obtém senão com um só meio: a formação do coagulo do sangue. É coisa sabida que a coagulação é obtida por meio da reacção do fermento coagulante do sangue (fibroenzima) com o fibrinogeno, cujo producto é a fibrina.

É assim racional a ideia de aproveitar o enzima coagulante em questão na therapeutica com fim hemostatico. Porém, se foi intentada a oppoterapia hemathica, nunca existiu até hoje um producto que, para cohibir as hemorragias, utilisasse o fibroenzima.

Tal producto tem sido estudado e apresentado ao Medico pelo nosso Laboratorio sob o nome de **ZIMEMA**.

Absolutamente innocuo em qualquer periodo e idade

NÃO EXISTEM CONTRA-INDICAÇÕES

INJECCÕES — Em ampolas de 3 cc. São ministradas uma diariamente, e nas hemorragias insistentes e graves, duas ou trez ampolas diarias, a juizo do Medico.

INDICAÇÕES — Todas as hemorragias.

LEJOMALTO

ASSUCAR ALIMENTICIO

Composição: Mistura especial de DEXTRINA e MALTOSE com amylase inactiva.

Acção do Lejomalto

Alimentação Artificial, Mixta — *Ajuntado ao leite de vaca, confire a este as características do leite materno.* No estomago do lactante a mistura de leite de vaca, agua, e Lejomalto, coagula em grumos pequenos, friaveis, gelatinosos. No leite de vaca diluido, o Lejomalto ministrado nas proporções devidas cobre totalmente o deficit de lactose e gordura sem produzir fermentações intestinaes.

Perturbações Gastro-Intestinaes do Lactante — Volta á alimentação depois da dieta hydrica — Desmamamento — Tem uma acção preventiva e curativa, pois que impede a putrefacção azoadada dos germens e das toxinas intestinaes, accionando mecanica e quimicamente contra os germens e contra os seus productos.

Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento

NÃO É FERMENTESCIVEL

RADIOGRAFIA NA CALCULOSE VESICAL

POR

ALBERTO GOMES

A radiografia é um meio de exploração que se não deve desprezar no diagnóstico da calculose vesical. Não é o meio mais prático, é algumas vezes insuficiente, mas só da combinação dos vários métodos de exame pode sair um diagnóstico seguro, exacto e completo. Todo o doente suspeito de calculose deve ser submetido a um exame radiográfico completo do seu aparelho urinário: rins, ureteres e bexiga.

Varia o critério de apreciação do valor da radiografia no diagnóstico da calculose vesical, desde Rumpel, que já em 1903 afirmava que o resultado negativo da radiografia exclui a hipótese da existência de cálculo, até aos que afirmam que 50 por cento dos cálculos vesicais escapam à radiografia.

Parece-nos exagerado este último critério, devendo ser mínima a percentagem dos casos em que os raios X não revelam a existência do cálculo. Falhas e insuficiências também se apontam ao explorador metálico de Guyon e à cistoscopia. Por vezes só um dos três métodos de exame é aplicável ou só um revela o cálculo que aos outros meios de exploração passa despercebido.

O explorador de Guyon permite-nos o diagnóstico e até apreciar em determinadas circunstâncias o volume, o número e a natureza dos cálculos. Pela cistoscopia conhecemos a forma e o volume do cálculo, a sua mobilidade ou fixidez e podemos com segurança diagnosticar um tumor vesical incrustado de sais cálcicos. A radiografia permite-nos obter o diagnóstico dum cál-

culo oculto por uma prega da mucosa ou incluído num divertículo; revela-nos um núcleo metálico à volta do qual se formou um cálculo, contra-indicando a litotricia; constitui o único meio de diagnóstico num caso de uretra apertada ou numa bexiga sem capacidade, fortemente irritada e sangrante em que uma próstata muito volumosa vem ainda as vezes dificultar o cateterismo.

Tem o exame radiográfico as suas causas de êrro e é o caso dum cálculo de volume médio, radiograficamente negativo, que hoje vos apresento.

Obs. n.º 18.886 — Boletim hospitalar n.º 304—52—6—J. A., de 58 anos, moço de taberna, natural de Penalva do Castelo, entra no Hospital de S. José, enfermaria de Santo Alberto, no d'a 6 de Fevereiro de 1926.

Há cêrca de um ano que sofre de polaquiuria dolorosa, com tenesmo vesical sobretudo de dia, exacerbado pelos movimentos e pela marcha. Às vezes hematúria terminal, micções imperiosas de meia em meia hora, de dia, duas a três vezes durante a noite. Urinas turvas. Uretra permeável ao n.º 19 com ressaltos múltiplos. Sensação de cálculo vesical. Próstata grande, dura, consistência homogênea, fazendo bom relêvo no recto. Boa capacidade vesical. Não há resíduo. Palpação renal negativa. Pontos renoureterais indolores. Azotemia, 0,30. Constante de Ambard, 0,081.

Nega passado venéreo. Desde há 20 anos cólicas renais à esquerda, com expulsão de pequenos cálculos. As cólicas repetem-se todos os três ou quatro meses. Última há cinco meses. O exame cistoscópico revela a existência dum cálculo elíptico, de tamanho médio, superfície lisa, côr escura. Trígono com lesões de cistite. Não há relêvo prostático. Não há células, nem colunas vesicais.

O relatório da radiografia dos rins, ureteros e bexiga, em 8 de Fevereiro, refere o seguinte: «Não parece haver qualquer sombra de cálculo. — a) *Raúl Pires*.

O exame radiográfico, que tinha sido feito mais para conhecermos o estado dos rins e ureteros do que para confirmar o diagnóstico de calculose vesical, deixou-nos um pouco surpreendidos. A exploração com o explorador metálico de Guyon e uma nova cistoscopia confirmaram-nos a existência do cálculo vesical.

O relatório dum novo exame radiográfico da bexiga, feito em

19 de Fevereiro, continua a afirmar: «Não notámos qualquer sombra suspeita de cálculo. — a) *Raúl Pires.*»

O desejo de obtermos o cálculo para apreciar qual a causa da sua invisibilidade e a possibilidade duma prostatectomia pelo volume e consistência da próstata ao toque rectal, embora sem residuo e sem relêvo pericervical ao exame cistoscópico, conduziram-nos à talha hipogástrica, que foi feita em 22 de Março.

Anestesia geral pelo éter. Bexiga de paredes delgadas. Extração do cálculo. Drenagem vesical e do Retzius. Sutura parcial da parede do ventre. Cura operatória sem incidentes.

Alta, curado, em 18 de Abril.

O cálculo, de côr amarelo-acastanhada, em feíto de seixo, mais ou menos elíptico, mede 3,5 centímetros de comprido por 2,5 centímetros de largo e 1,5 centímetro de espessura, superfície levemente granitada. Pêso, 8 gramas (Fig. 1).

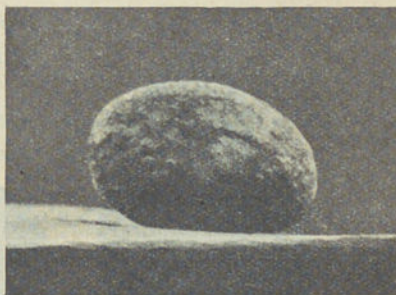


Fig. 1

Pelo exame químico verifica-se que é constituído por ácido úrico e uratos de sódio e potássio. — a) *Adelino Costa.*

O Dr. Bénard Guedes obsequiosamente se prestou a estudar a opacidade do cálculo, tanto ao ar livre como através dum *ecran*, apresentando sensivelmente a opacidade do corpo humano e em comparação com um cálculo de fosfato e uma porção de gordura. Enviou-nos o seguinte relatório:

«Em qualquer condição de observação do cálculo em estudo, a opacidade dêste aos raios X é do mesmo grau que a opacidade do fragmento de gordura que nos foi enviado para comparação; sendo a opacidade da gordura sensivelmente idêntica à das partes moles em geral, a sombra projectada pelo cálculo em estudo, não pode distinguir-se na pelve, por falta de contraste.

O cálculo de fosfato que também foi enviado apresenta uma opacidade maior na radiografia e vê-se que é constituído por camadas concêntricas de densidades de sombra variáveis com uma zona central de transparência acentuada.

O cálculo em estudo deve ser constituído por uratos ou ácido úrico e não deve conter fosfato nem oxalato de cálcio. — a) *Bènard Guedes.*» (Fig. 2).

Na nossa observação um cálculo vesical de volume apreciável, o maior que conhecemos apontado, deu, em exames sucessivos, *clichés* negativos a contrapôr aos casos em que o exame radiográfico nos pode levar a diagnosticar um cálculo que de facto não existe. São os casos de tumores vesicais incrustados, de

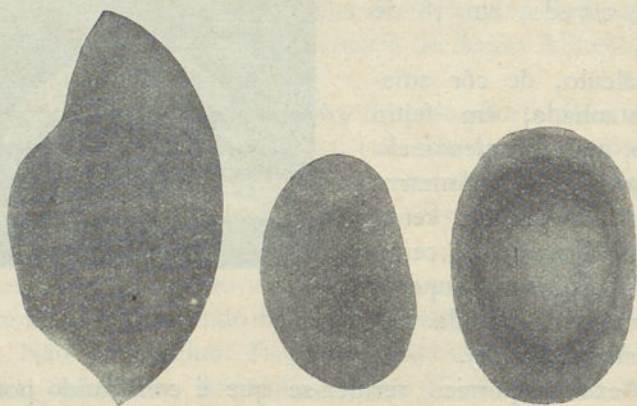


Fig. 2

calcificação de gânglios ou tumores pélvicos, e ainda os casos menos freqüentes de erros grosseiros de interpretação, contra que devemos estar prevenidos. A-propósito lhes apresento uma chapa em que o radiologista nos enviou o seguinte relatório: «Vemos uma sombra de corpo estranho de contornos muito regulares e de dimensões não muito diminutas, na região púbica, devendo ela ser de cálculo, o qual deve estar muito próximo do terminus da uretra posterior.» (Fig. 3).

Salta à vista que se não trata de um cálculo vesical, cuja imagem nunca podia estar, na sua maior parte, situada abaixo da sínfise púbica. É a sombra da glande que foi tomada por um cálculo vesical.

HÁ SEIS RAZÕES PORQUE OS PEDIATRAS DO MUNDO INTEIRO PRESCREVEM



(O leite de confiança)

PARA A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

- 1.^a — Porque DRYCO { é um leite sêco, livre de bactérias patogénicas, eliminando assim as infecções do leite comum.
- 2.^a — Porque DRYCO { contém intactas tôdas as vitaminas do leite de vaca fresco.
- 3.^a — Porque DRYCO { é o leite melhor tolerado pelas crianças, em tôdas as idades, sem causar transtornos intestinais.
- 4.^a — Porque DRYCO { é de muito fácil preparação. A mãe não tem que aprender fórmulas complicadas, ficando o médico seguro da realização de suas instruções.
- 5.^a — Porque DRYCO { se conserva sempre em bom estado em qualquer temperatura ou clima.
- 6.^a — Porque DRYCO { reunindo as condições de estabilidade e conservação, oferece plena segurança de um excelente resultado em tôdas as crianças que se vejam privadas do leite de peito.

THE DRY MILK COMPANY, 15 PARK ROW. NEW YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de leite puro)

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^A

RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.^o — LISBOA

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

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

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

Amstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

”

eregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais)*

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ, & CANIVELL Y C.^{as}— MÁLAGA

Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^{as}

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o

LISBOA

A invisibilidade dos cálculos vesicais aos raios X é atribuída a várias causas, sendo a mais freqüente e a de maior valor a sua constituição química. Cálculo diagnosticado clinicamente, verificado pelo explorador metálico e pela cistoscopia e inapreciável aos Raios X, deve ser considerado um cálculo de ácido úrico.

A sínfise púbica e a sombra sacro-coccigea na qual se pro-

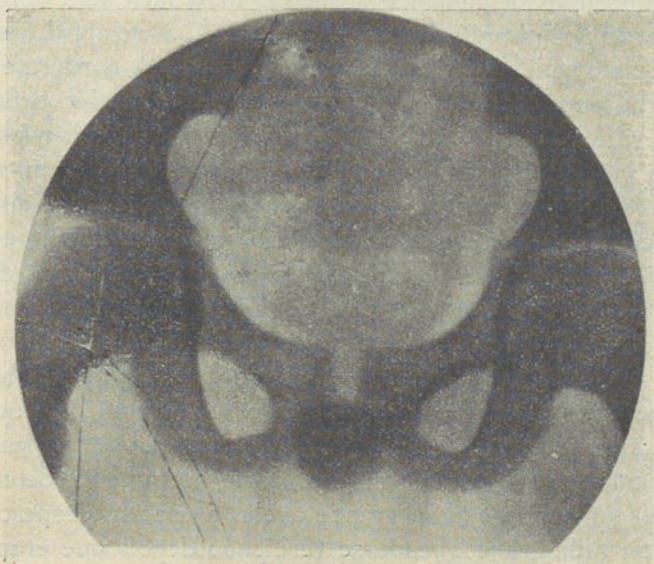


Fig. 3

jecta a área vesical, são consideradas como causa de invisibilidade de alguns cálculos. Pode isto justificar-se para o sacro coccix, mas não para a sínfise púbica, pois que só os cálculos alojados na loca de uma prostatectomia podem dar uma sombra suficientemente baixa que se sobreponha à da sínfise púbica.

O volume do cálculo, a sua mobilidade e a espessura do doente são também elementos a considerar no exame radiográfico. O cálculo em geral é tanto mais visível quanto maior e quanto mais fixo. A invisibilidade não depende porém só do pequeno volume do cálculo; estão apontados casos de cálculos de mais de 70 gramas não darem sombra em *clichés* perfeitos.

A mobilidade do cálculo ou do órgão onde está alojado pode

fazer passar despercebido o cálculo e daí a necessidade de uma boa imobilização e de uma boa compressão, que é a base fundamental para uma boa radiografia por exemplo do rim. Nos órgãos em que é impossível a imobilização, compensa-a o radiologista procurando obter radiografias extra-rápidas.

A espessura do doente é outro elemento que nos falta apontar dos que podem dificultar o exame radiográfico.

Quanto mais delgado fôr o doente, mais fácil será obter uma boa imagem, devendo notar-se que não é a gordura que mais aumenta a opacidade, mas sim a musculatura. A gordura é muito mais transparente de que os músculos, e é conhecido o facto de muitas vezes ser mais difficil de obter a imagem radiográfica dos rins em indivíduos magros, bem musculados, do que em obesos. A fraqueza da musculatura da parede abdominal e a diferença de opacidade do parênquima renal e da gordura ambiente dão o contraste que permite apreciar nitidamente os contornos do rim.

Estas causas de êrro são a considerar nos casos em que o cálculo radiografado, depois de extraído, deu uma imagem positiva. É o caso de Buscarlette, relatado na Sociedade de Medicina de Genève em 1912, e o caso do Professor Martin, de Toulouse, publicado no *Journal de Urologia*, de Março do ano passado, em que 48 cálculos da bexiga, a maior parte do tamanho de ervilhas e um do tamanho de uma grande avelã, passaram despercebidos ao exame radiográfico, tendo-se verificado depois que eram opacos aos raios X.

No nosso caso o cálculo examinado através dum *ecran*, representando aproximadamente a opacidade do corpo humano e mesmo ao ar livre, mostrou-se com uma permeabilidade idêntica à dos tecidos moles.

Foi a composição química do cálculo que constituiu o principal obstáculo para obter uma imagem radiográfica positiva.

Os cálculos de ácido úrico puro e os de urato de amónio cujos componentes são idênticos aos das partes moles, são por isso quasi sempre invisíveis. Os de urato de sódio, potássio, etc., são, a maior parte das vezes, visíveis pelos seus átomos metálicos, vindo depois por ordem de opacidade os de oxalato, fosfato e carbonato de cálcio.

Não são muito frequentes os cálculos vesicais de ácido úrico puro e ainda menos os de urato de amónio. Quasi sempre o cál-

culo tem uma composição complexa de ácido úrico e urato de sódio, urato e oxalato, etc., o que permite obter uma sombra homogénea ou mais ou menos estratificada no exame radiográfico, sombra que também pode ser dada por um cálculo de ácido úrico puro, como no caso operado por Rafin, em que um cálculo de 33 gramas, num individuo obeso, era radiograficamente positivo.

Vários artificios podem melhorar a visibilidade dos cálculos vesicais, quer injectando na bexiga substâncias muito mais opacas, colargol a 5 por cento, brometo ou iodeto de sódio a 20 e 30 por cento, quer injectando oxigénio para colocar o cálculo num meio mais transparente aos raios X.

Deve, pois, ser mínima a percentagem dos cálculos vesicais que com uma boa técnica escapam ao exame radiográfico, parecendo-nos que se pode afirmar que a-pesar das lacunas apontadas a este método, êle constitui um meio precioso de diagnóstico da calculose vesical (1).

(1) Comunicação apresentada à Associação Portuguesa de Urologia em 28 de Maio de 1926.

NOTAS CLÍNICAS

PROTECÇÃO CONTRA OS RAIOS X

A «Sociedade de Roentgenologia alemã» aprovou e tornou públicas as seguintes instruções sôbre as medidas de protecção a tomar contra a acção dos raios Roentgen em 1926:

1.^a — É perigoso expor qualquer parte do corpo com frequência aos raios Roentgen; da acção repetida destas radiações, tem resultado desastres graves que já levaram à morte radiologistas e outros indivíduos. Torna-se, portanto, necessário que todos os que empregam as radiações Roentgen se esforcem para que nos seus serviços haja meios de protecção suficientes e que todo o pessoal saiba utilizar-se dêles. Obtem se isto expondo êste aviso em todos os lugares em que se trabalha com raios Roentgen.

2.^a Quando se trabalha com raios Roentgen até uma tensão de 100.000 volts (diagnóstico e roentgenerapia superficial), as empolas devem ser envolvidas por materiais de protecção com uma equivalência mínima correspondente a 2 mil. de chumbo. Para protecção do pessoal basta, a maior parte das vezes, um simples biombo protector com uma equivalência mínima de 2 mil. de chumbo.

Quando a tensão ultrapasse 100.000 volts (roentgenerapia profunda), já não é suficiente a protecção contra a acção directa das radiações; é necessário então defender-se também das radiações secundárias que proveem dos corpos expostos às radiações directas. Se as empolas não estão envolvidas por um material protector que corresponda a uma equivalência mínima de 4 mil. de chumbo, deve montar-se, para protecção do pessoal, uma cabine completamente fechada, cujas paredes tenham uma protecção com a mesma equivalência de 4 mil. de chumbo. Se ao lado, por cima ou por debaixo da sala dos aparelhos de Roentgen, houver quartos habitados com permanência, torna-se indispensável proteger da mesma maneira as paredes, o chão ou o teto, a não ser que sejam construídos de «beton» com uma espessura mínima de 25 cent. ou de tijolos com uma espessura de 50 cent. pelo menos.

Quando as empolas estão envolvidas por material protector de uma equivalência mínima de 4 mil. de chumbo e a protecção sob a mesa de tratamentos é igual, basta um simples biombo com uma espessura mínima equivalente a 2 mil. de chumbo, para defender o pessoal das radiações secundárias provenientes dos corpos sujeitos à irradiação directa. Não é necessário então proteger especialmente as paredes, o teto e o chão.

O efeito protector das janelas com vidros de chumbo deve ser equivalente ao dos biombos e as suas fendas serão também cobertas de substâncias com protecção de equivalência igual.

3.^a — Nos biombos de protecção construídos com chapas de chumbo, estas devem ser cobertas por uma camada de madeira, para evitar a acção nociva dos raios secundários do chumbo.

Se se empregar cauchu opaco de boa qualidade, êste deve ser três ve-

zes mais espesso que uma lâmina de chumbo que ofereça determinada protecção; se se preferir o vidro de chumbo, a espessura deve ser quatro a dez vezes maior. Nos casos de emprêgo destas substâncias não é necessário revesti-las de uma camada de madeira.

4.^a — Mesmo quando se empregam estas disposições de protecção — especialmente quando se trata de irradiações prolongadas — convém conservar-se o mais possível afastado das empolas e colocar-se atrás do anticátodo.

5.^a — O quadro de radioscopia e todos os aparelhos expostos à acção directa das radiações, como escalas de penetração, focómetros, etc., devem ser também protegidos por vidro de chumbo; como estes aparelhos são, porém, de utilização pouco duradoura, para não prejudicar o seu manejo basta que a espessura de protecção corresponda a metade da usada nos casos de utilização permanente, isto é, a cerca de 5 a 10 mil. de um vidro de chumbo de boa qualidade.

6.^a — Todos os individuos que trabalham com as radiações de Roentgen devem verificar, por si mesmo, a sua protecção, o que se consegue facilmente fazendo uma observação radioscópica ou uma radiografia do material, com uma empola dura. Devem então evitar permanecer em qualquer lugar da sala de roentgenterapia em que, depois de terem a visão bem adaptada, ainda possam verificar qualquer iluminação no quadro de radioscopia.

7.^a — Recomenda-se aos directores dos serviços de radiologia que mandem verificar periódicamente os dispositivos de protecção dos seus institutos por peritos profissionais.

8.^a — Nunca se deve empregar repetidamente o pessoal de um serviço de radiologia em experiências de verificação de um aparelho ou de uma empola de Roentgen.

9.^a — Todos os assistentes, práticos, voluntários, enfermeiros e mais pessoal tem o direito de recusar-se a trabalhar em um serviço de radiologia que não ofereça condições seguras de protecção e a sua recusa nunca pode ser motivo de despedimento.

Estas disposições dizem também respeito ao pessoal de fábricas ou armazéns que fabriquem ou vendam aparelhos, acessórios ou empolas de Roentgen.

BÉNARD GUEDES.

Revista dos Jornais de Medicina

A polidactilite heredo-sifilítica do lactante. (*La polydactylite hérédosyphilitique du nourrisson*), por LERBOULLET, SAINT-GIROUS e J. GOURNAX.
— *Archives de Médecine des Enfants*. N.º 11, 1925, pág. 665-674.

Os AA., vendo que esta doença vem pouco descrita nos tratados clássicos, fazem dela uma pequena exposição, que nós resumimos e cuja inserção julgamos útil. Apresentam-na a-propósito dum lactante que observaram e que tinha 8 dedos atingidos e, além dêles, o rádio, o cúbito e as tíbias.

A polidactilite heredo-sifilítica é antes de tudo uma doença da primeira infância; pode, todavia, aparecer na segunda infância, na adolescência e mesmo na idade adulta (30 anos num caso de Taylor e 37 num de Gaucher). A lesão principia num dos ossos da mão (muitas vezes a falange do dedo médio), depois atinge os outros, evoluindo simultaneamente ou sucessivamente nas duas mãos.

No período agudo, as falanges atingidas estão aumentadas de volume, sobretudo nas faces laterais e dorsais, tumefactas, como pequenas salchichas, ou com a forma de garrafa (*Flaschenfinger* dos autores alemães). As lesões respeitam sempre as articulações, a interlinha articular está intacta, bem como a prega de flexão. Os movimentos activos e passivos são possíveis, posto-que dificultados pela tumefacção das falanges. A palpação das falanges tumefactas é dolorosa e desperta gritos à criança. As dores podem, porém, ser espontâneas, agudas, aumentando nitidamente durante a noite e provocando frequentes gritos, como a sífilis dos outros ossos longos dos membros.

Há, além disto, lesões ósseas múltiplas nos membros superiores e inferiores.

A prova da heredo-sífilis pode ser dada pelo exame completo do doente (aumento do fígado e sobretudo do baço, o antecedente da coriza tenaz, sífilides peri-anais e glúteas) e assim se destrinçam estas dactilites sífilíticas das ligadas à tuberculose. O interrogatório dos antecedentes familiares e a reacção de Wassermann vêm confirmá-la.

A evolução destas dactilites sífilíticas é quasi sempre muito lenta, se o tratamento não intervém; mas, mesmo não tratadas, só excepcionalmente acabam por supurar. Quando se dá essa supuração, faz-se por fistulas largas, acastanhadas, deixando sair pequenas quantidades dum líquido gomoso, caracteres muito diferentes dos da *spina ventosa* tuberculosa. A radiografia do caso dos AA. mostrou nas falanges e em alguns metacárpicos a presença, em volta do osso normal, dum *manchon* ósteo-perióstico e condro-perióstico, que é dos aspectos mais característicos da lesão sífilítica.

A multiplicidade das localizações facilita também êste diagnóstico diferencial. É preciso excluir também a actinomicose, a esporotricose, a osteomielite crónica e os quistos dos dedos.

O prognóstico depende em grande parte da precocidade do diagnóstico. Não tratada, a lesão eterniza-se; tratada pelas fricções mercuriais (e, que-

rendo, auxiliar com o arsênico e o bismuto) cede com uma facilidade notável a essa terapêutica etiológica. Duas péssimas reproduções radiográficas ilustram esta interessante memória.

MENESES.

Diagnóstico e terapêutica das pielites agudas e crônicas. (*Zur Diagnose u. Therapie der akuten und kronischen Pyelitis*), por W. LEHMANN — *Münch.-Mediz. Woch.*, N.º. 17. 1926.

O A. constatou, não só clinicamente como também por provas bacteriológicas de *contrôle*, que em muitos casos de pielite aguda bastam as lavagens vesicais bem feitas para destruir a flora bacterica em todo o aparelho urinário e obter a cura da pielite concomitante.

Estas lavagens são feitas com um soluto de nitrato de prata pouco concentrado (1-2 ‰). Não há dúvida, porém, que em muitas formas renitentes e crônicas é necessário fazer lavagens directas do bacinete, que são executadas com aquele mesmo soluto, e intervaladas de 4-5 dias.

Esta influência benéfica das lavagens vesicais com nitrato de prata na evolução do processo pielítico tem enorme importância prática, pois que estas lavagens estão ao alcance de todo o médico prático e podem ser feitas tratando o doente ambulatoriamente, emquanto as lavagens do bacinete carecem de preparação do doente com relativa permanência na cama, e bastante experiência da parte do médico.

MENESES.

Tuberculoses osteo-articulares e ganglionares. (*Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*), por ÉTIENNE SORREL e ANDRÉ DELAHAYE. — *Collection «Les petits précis»*, A. Maloine, Paris. Preço: 8.^o50.

Trata-se dum livrinho que julgo utilíssimo na biblioteca do médico prático, pondo ao corrente das técnicas terapêuticas da tuberculose osteo-articular e ganglionar aqueles que não tiveram uma educação especial do assunto.

Não é só para os não-especializados, porém, que este livro é um bom auxiliar: os próprios especialistas encontrarão nele o magnífico exemplo de orientação ecléctica entre tôdas as várias escolas.

Os Drs. Sorrel e Delahaye, cirurgião chefe e assistente do Hospital Marítimo de Berck, da Assistência Pública da cidade de Paris, não são exclusivamente conservadores e heliotherápeutas como Rollier, nem obstinadamente anti-intervencionistas como Calot, nem roentgenófilos impenitentes como a escola de Viena, nem exageradamente intervencionistas como Bardenheuer.

Assim, são conservadores por exemplo na gonite infantil, mas condenam em absoluto aqueles que dizem aos pais que lhes basta mandarem um filho

pára a beira-mar para que êle fique, em seis meses, curado duma coxite ou dum mal de Pott.

São intervencionistas, e fazem intervenções precoces na artrite tibio-társica, onde referem resultados brilhantíssimos, ou na artrite tuberculosa do ombro do adulto. Utilizam os Raios Roentgen quando assim o julgam melhor, sem preconceitos de escola nem irredutibilidades de opinião. E assim praticam uma especialidade e a difundem num belo manual, com uma orientação honesta e com um eclectismo convincente.

Para cada localização da tuberculose dos ossos e das articulações, fazem um pequeno resumo do diagnóstico e expõem a melhor terapêutica, sem pormenores inúteis, sem detalhes dispensáveis, e com uma clareza e um senso prático evidentíssimos.

E como os Drs. Sorrel e Delahaye, ao intentarem fazer um livrinho modesto e resumido, nos entregaram um manual muito claro e completo, assim eu, ao dedicar-lhe estas apreciações, ficarei muito satisfeito se conseguir chamar a atenção dos colegas para um livro que em 150 páginas lhes servirá numa leitura amena e em excelentes gravuras, os segredos duma especialidade inteira.

MENESES

A **astragalectomia no tratamento do tumor branco tibio-társico.** (*De l'astragalectomie, etc.*) por B. GRADOYEVITCH (Berck-Plage) — *Revue d'Orthopédie*. 1926, N.º 3, pág. 209-225.

O A. teve ocasião de estudar uma bonita série de 53 casos do Hospital Marítimo de Berck, em que foi feita a astragalectomia, tardia ou precoce, por tumor branco tibio-társico.

A astragalectomia de drenagem proposta por Ménard, em 1906, é ainda em princípio, a usada. Êste autor, porém, fazia-a tardiamente, outros autores só a empregavam em casos fistulizados; a Sorrel cabe a honra de a ter indicado como tratamento precoce, logo que o diagnóstico esteja assente, quer seja em adultos, quer em crianças.

E é realmente essa indicação a que parece justa, assim o provam os 53 casos colhidos. Se não, veja-se como evoluciona habitualmente a artrite tibio-társica tuberculosa tratada por método conservador.

I— *Casos felizes* (excepcionais) :

a) *por anquilose justa*, que pode ser :

- 1.º em equinismo — marcha impossível;
- 2.º em pé calcâneo, leve — marcha perturbada;
- 3.º em anglo recto — marcha muito difícil.

b) *por anquilose lacha* (mais rara ainda) :

- 1.º bom resultado na forma sinovial (raríssima);
- 2.º marcha passável, com fases dolorosas devidas à instabilidade da articulação.

A recidiva é possível porque a lesão mantém-se.

CHINOSOL

Antiséptico e desinfectante poderosíssimo. Usado em tôda a Alemanha, Inglaterra e América do Norte.

Sem os inconvenientes e os perigos do sublimado corrosivo e de outros desinfectantes.

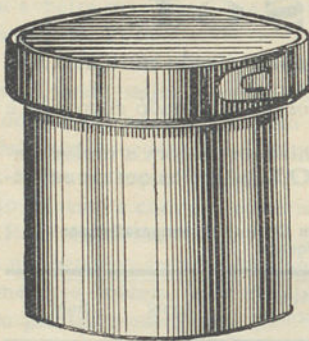
A tabela que transcrevemos a seguir mostra com a maior clareza a superioridade do **CHINOSOL** sôbre os outros antissépticos.

Solutions minima pour l'action bactéricide du Chinisol comparativement aux autres antiseptiques :

	Chinosol	Acide phénique	Lysol	Sublimé
Microcoques du pus, détruits en 30 minutes	1: 5000	1: 50	1:50	1:1000
Microcoques du pus, détruits en 15 minutes	1: 4000	—	—	—
Microcoques du pus, arrêt du développement.	1: 4000	1:500	—	—
Microbes du charbon, détruits en 180 minutes ...	1: 8000	1:250	—	—
Microbes du charbon, détruits en 5 minutes.	1: 1000	—	—	—
Microbes du charbon, arrêt du développement.	1:40000	1:400	—	—
Bacilles du choléra, détruits en 30 minutes.	1:10000	1: 50	—	1:2000
Bacille du choléra, détruits en 15 minutes.	1: 6000	sans action	—	sans influence
Bacille du choléra, arrêt du développement.	1:30000	—	—	—
Bacilles du Typhus, détruits en 90 minutes	1: 3000	1:250	—	—
Bacilles du typhus, détruits en 15 minutes.	1: 1000	sans action	—	—
Bacilles du typhus, arrêt du développement.	1:20000	—	—	—
Bacilles de la diphtérie détruits en 30 minutes	1: 6000	1:250	1:250	1:1000
Bacilles de la diphtérie, détruits en 5 minutes.	1: 5000	sans action	sans action	sans influence
Bacilles de la diphtérie, arrêt du développement. ...	1:25000	1:1000	—	1:5000
Arrêt de la décomposition de la viande.	1: 5000	sans action	—	sans influence
Bacilles saprophytes de l'eau détruits en 4 heures	1:20000	1:500	—	—

Deposítários exclusivos: **RAÚL VIEIRA, Limitada**
Rua da Prata, 51 - LISBOA

Telefone **3586** Central



Entéro-Colite

PRINCIPALMENTE NAS CRIANÇAS

melhora rapidamente e a cura é facilitada pela aplicação de Antiphlogistina quente no abdómen. A

Antiphlogistine
TRADE MARK

descongestiona os vasos do intestino e do peritónio, estimula o plexo solar e hipogástrico, faz desaparecer o tenismo, a contractura muscular e a dor.

DOENÇAS DA PELE (Dermatites)

As alterações da derme, qualquer que seja a sua origem: queimaduras, mordeduras de insectos e de reptis, tão frequentes no verão, melhoram com a aplicação precoce da Antiphlogistina. Em geral deve aplicar-se quente.

O calor húmido aplicado continuamente nos casos de congestões restabelece prontamente a circulação normal; é o primeiro passo no processo de reparação de qualquer inflamação. A Antiphlogistina fria é mais agradável nos primeiros tratamentos das queimaduras.

CONTUSÕES

Entorse, feridas, sinovites traumáticas, caimbras e outras congestões devidas aos exercícios desportivos cedem rapidamente às aplicações da Antiphlogistina quente.

Enviem-se amostras e literatura grátis aos Ex.^{mos} Médicos.

Sede principal:

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.
NEW YORK CITY, U. S. A.

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

Depositários em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & C.^A L.^{DA}

Cais do Sodré, 8, 1.^o — Lisboa



II—*Casos habituais* (evoluem para abscessos, que fistulizam após as punções):

1.º *astragalectomia de drenagem*, boa indicação, mas que, sendo tardia, termina por anquilose e é longa de tratar.

2.º *amputação*, para os casos graves.

Por outro lado, ¿ a astragalectomia precoce que inconvenientes tem? O perigo da generalização ao intervir numa lesão tuberculosa é um terror quimérico desde que há asépsia, desde que não se opere um foco em crise aguda e se examine bem o doente quanto às funções supra-renais e às meninges. A inutilidade da intervenção não existe porque os casos que se curam pela imobilização são os de debute sinovial, muito raros, e que guardam muitas vezes oculto um foco de osteíte central, que só a intervenção revela; a maior parte das vezes evoluciona para uma anquilose incómoda e dolorosa.

A astragalectomia precoce apresenta as vantagens de suprimir o foco tuberculoso inicial, de cicatrizar por primeira intenção a ferida operatória, abreviar o tratamento, melhor resultado ortopédico, etc.

Antes de intervir é bom imobilizar o pé durante dois meses num gesso, sobretudo se a articulação está quente e dolorosa.

O A. expõe depois a técnica, que é a de Sorrel, e que está descrita nos livros da especialidade. Apenas resumimos aqui as considerações sobre a sua indicação e vantagens para estimular aqueles que ainda se detêm no método conservador para lesões desta natureza e desta localização.

Da leitura do trabalho parece concluir-se ser esse o método de escolha; para ter um bom resultado ortopédico é útil seguir diariamente os doentes e fazer com frequência as correcções necessárias sob o aparelho gessado, para lutar contra as deformações secundárias. Este método, dando bons resultados ortopédicos e permitindo a exerece imediata do foco tuberculoso, parece pôr o doente ao abrigo duma recidiva local.

Mas ¿ a tuberculose óssea não é uma doença geral de localização óssea, e a sorte futura destes doentes não está à mercê duma outra localização?

MENESES.

Mal de Pott larvado simulando a apendicite. (*Mal de Pott larvé*, etc.), por M. MEYER e J. CUNY (Estrasburgo) — *Revue d'Orthopédie*. 1926. N.º 3, pág. 243-250.

Três casos, no prazo dum ano, apresentam os AA., em que, pelos sintomas agudos, não frequentes nos abscessos potticos, a dor no ponto de Mac-Burney, com flutuação, a febre elevada, os sintomas gerais das afecções do peritoneu, etc., se fez o diagnóstico de abcesso apendicular e se operaram os doentes, deparando-se a surpresa dum apêndice normal e dum pus típico dos abscessos ossifluentes. Num dos casos a radiografia, feita depois, não esclarecia nada do lado da coluna, que mais tarde se tornou evidente; nos outros, o

exame cuidadoso revelou as lesões da espondilite. Nas situações suspeitas de abcesso apendicular, e sobretudo naquelas em que os sintomas não são duma nitidez absoluta, fazer o exame da coluna vertebral.

MENESES.

Amiloidose produzida pelas injeções de proteínas. (*Amiloidosis produced by injections of proteins*), por RICHARD JAFFÉ. — *Arch. Path. and Lab. Med.* Janeiro de 1926.

Pela repetição de injeções intra-musculares de caseinato de sódio (nutrose) provoca-se nos ratinhos uma amiloidose, que tem servido para o estudo d'êste curioso processo patológico. Também com toxinas ou bactérias mortas se obtém a degenerescência amilóide e mais rapidamente do que com a nutrose. A primitiva explicação da patogenia do processo degenerativo baseava-se na perversão do metabolismo proteico e na formação de produtos intermediários anormais, que depois se depositariam nos tecidos. Actualmente a explicação é feita à luz das reacções alérgicas do organismo injectado também com uma interferência na clivagem anormal da molécula proteica.

As primeiras deposições da substância amilóide fazem-se no baço.

MORAIS DAVID.

Sobre a doença de Hodgkin. (*Review of Hodgkin's disease*), por P. SIMONDS — *Arch. Path. and Lab. Med.* Março de 1926.

Um largo relato de tudo o que se tem feito e se tem dito acêrca da doença de Hodgkin, e em que tôdas as particularidades que dizem respeito à natureza da doença, à etiologia, às vias de entrada do vírus, à anatomia patológica, à histopatologia, às alterações hemáticas e à classificação das formas clínicas, são discriminadas de uma forma muito completa. O artigo insere uma vasta bibliografia sôbre o assunto. O autor resume assim o seu trabalho:

A doença de Hodgkin constitui uma entidade histopatológica universalmente reconhecida, mas os problemas fundamentais que dizem respeito à sua natureza e à sua etiologia estão ainda por resolver. Os estudos mais recentes tem abordado de novo com insistência a sua etiologia tuberculosa. O progresso conquistado no grupo das doenças do sistema linfático é o resultado da destrição de várias entidades no grupo complexo primitivamente considerado como doença de Hodgkin, em leucémia, pseudo-leucémia, linfosarcoma e doença de Hodgkin prôpriamente dita.

Há uma tendência moderna a recompor estas doenças num grupo comum.

Até se descobrir a sua etiologia e a solução final do problema da relação mútua destas várias entidades deve manter-se o critério histopatológico de cada uma delas.

MORAIS DAVID.

Hipertrofia compensadora e hiperplasia das ilhotas de Langerhans no pâncreas de uma criança filha de uma diabética. (*Compensatory hypertrophy and hyperplasia of the islands of Langerhans in the pancreas of a child born of a diabetic mother*), por GRAY e FEEMSTER. — *Arch. Path. and Lab. Med.* Março de 1926.

Pela autópsia de uma criança nascida de uma mãe diabética e que morreu com quatro dias, verificou-se uma hipertrofia e hiperplasia das ilhotas de Langerhans — cêrca de vinte e quatro vezes mais tecido insular do que o normal.

É possível que o acréscimo da glicemia materna constitua o estímulo necessário para o aumento de tecido pancreático e que a morte da criança esteja relacionada com êste aumento.

MORAIS DAVID.

A oclusão coronária na prática geral. (*Coronary occlusion in general practice*), por SILVESTER MCKEEN. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 6 de Maio de 1926.

As características clínicas da trombose da artéria coronária são de tal maneira precisas que é muitas vezes possível identificar a afecção e tratá-la como convém. A-par de formas de comêço e terminação bruscas, terminação pela morte e em que não há meios para estabelecer um diagnóstico, há outras formas que não só podem diagnosticar-se, mas tratar-se também e curar-se. São mesmo estes casos que o autor tem em vista no seu artigo.

O fundamento anátomo-patológico do síndrome é a esclerose da artéria coronária, que se complica depois de trombose e embolia. A etiologia é a da artérioesclerose em geral.

O comêço dos sintomas é quasi sempre brusco e o sintoma capital é a dor persistente, com pouca tendência a ceder a qualquer medicação, com poucas variantes na sua intensidade, de sede epigástrica ou retro-esternal e com irradiação mais freqüente aos membros superiores e ao pescoço. Ao contrário da dor anginosa ordinária, a dor da trombose coronária é persistente e rebelde a tôda a terapêutica e aparece sem relações com o esforço. Os longos períodos de dor podem mesmo criar um *status anginosus* demorado.

Como sintomas complementares de importância especial deve mencionar-se a lividez da face, a sudação da pele, o estado de colapso (taquicar-

dia, hipotensão, ensurdecimento dos tons cardíacos, sinais de hiposistolia), por vezes um verdadeiro estado de *shock*, um movimento febril, sinais de pericardite circunscrita e leucocitose (15.000 a 20.000 glóbulos, praticamente sem excepção). A feição particular do síndrome, em confronto da *angina pectoris*, é o início de sintomas fora de excessos físicos, o carácter particular da dor em resistência terapêutica e em duração, a febre, a leucocitose, o colapso cardíaco e a pericardite localizada.

A cicatrização do enfarte miocárdico demora cerca de seis semanas e pelo menos neste período deve impor-se ao doente o mais absoluto repouso e uma dieta ligeira. A medicação deve também orientar-se no sentido de diminuir a intensidade das dores e de sustentar o coração, empregando estimulantes cardíacos ou toni-cardíacos.

MORAIS DAVID.

Angina pectoris. Seu mecanismo e tratamento. (*Angina pectoris. its mechanism and treatment*), por WILLIAM REID. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 28 de Janeiro de 1926.

Diz o autor, em resumo:

A *angina pectoris* é mais uma condição funcional particular do que uma verdadeira doença do coração.

É associada com frequência a um dos três tipos de afecção cardíaca, nomeadamente sífilis, arterioesclerose ou hipertensão. O mecanismo do síndrome anginoso tornar-se há mais claro quando considerado sob um ponto de vista fisiológico e mais particularmente quando estudado como alteração circulatória associada à fadiga.

O tratamento contem como primeiro objectivo o encurtamento do ataque e depois disso as condições associadas que se conhecem como predisponentes.

Para o ataque, pròpriamente dito, os vaso-dilatadores são, por assim dizer, verdadeiramente específicos.

MORAIS DAVID.

Secreção gástrica na diabetes. (*Gastric secretion in diabetes mellitus*), por BYRON D. BOWVEN e AARON. — *Arch. of. int. Med.* N.º 5, 1926.

Os AA. relatam dez casos de diabetes com diarreia permanente ou acessos de diarreia, nos quais a análise do suco gástrico revelou acloridria. Joslin considera a diarreia dos diabéticos como uma complicação grave que demanda especial atenção, e menciona um doente com diarreia que foi muito sensível à insulina. Esta notável sensibilidade, mesmo para as pequenas doses de insulina, foi verificada por Bowven e Aaron em três doentes que tinham diarreia e edema.

O segundo caso descrito pelos AA. é de grande interesse.

O doente não apresenta aumento apreciável de peso durante o primeiro ano de tratamento, recebendo diariamente 25 unidades de insulina, e tem freqüentes acessos de diarreia; quando a dose de insulina é aumentada para 60 unidades por dia e se lhe ministra ácido clorídrico diluído, aumenta de peso (27 kilog.) e a diarreia desaparece, mesmo depois de abandonar o ácido clorídrico.

Os AA. não verificaram se todos os casos com acloridria não possuíam fermentos gástricos, e, portanto, se se tratava de uma verdadeira aquilia gástrica ou de simples acloridria. Todavia, num caso havia apenas vestígios, noutro não existiam.

Cotejando os seus casos com as observações de Mc Clure, Montagne e Mortimer, que não apresentam redução da actividade digestiva do pâncreas em casos de acloridria, e com a de Jones, Castle, Mulholland e Bailey — que, estudando a actividade enzimica do pâncreas num grupo de 68 diabéticos, verificaram uma alteração acentuada dessa secreção — os AA. presumem que na diabetes existe uma alteração de todo o sistema digestivo.

Os AA. analisaram o suco gástrico em 69 diabéticos, concludo que :

1.º A ausência de ácido clorídrico livre foi verificada em 29 %/o). Dêstes, 10 tinham diarreia, não se observando nenhum caso de diarreia no qual o doente possuísse ácido clorídrico livre. O emprêgo do ácido clorídrico livre não actuou sobre a diarreia em quatro doentes. Nos seis restantes, o desaparecimento da diarreia coincidiu com o emprêgo do ácido clorídrico, mas não reapareceu com a omissão desse medicamento.

2.º Os 20 doentes que tinham acloridria eram diabéticos, em média, há seis anos e meio.

3.º Dos resultados destas observações parece justificável a presunção de que a acloridria possa resultar da longa duração ou da gravidade da diabetes.

E. COELHO.

Vértèbras opacas e osteites condensantes coxais e vértèbro-coxais.
(*Vertèbres opaques et ostéites condensantes coxales et vertèbro-coxales*),
por SICARD, HAGUENAU e LICHTWITZ. — *Revue Neurologique*, pág. 309, 1926.

A radiografia vertebral tem revelado numerosos aspectos dos corpos vertebraes e das partes adjacentes no decurso de variadas doenças do ráquis. Há alguns anos que os AA. veem estudando as lesões de descalcificação e hiper-calcificação do ráquis que, por vezes, invadem as regiões vizinhas, o osso coxal, p. ex., dando simbioses de osteites condensantes vértèbro-coxais ainda não descritas.

As figuras radiográficas destas lesões podem encontrar-se nos individuos atingidos de cancro do seio ou de cancro visceral e representarem uma metástase vertebral neoplásica ou uma modificação óssea de natureza «para cancerosa». Há, entretanto, imagens radiográficas análogas, que existem em

estados mórbidos, que nada têm com as neoplasias e que, pela sua duração e pela sua cura clínica, afastam qualquer suspeita de malignidade, lembrando as reacções ósseas chamadas de origem «reumatismal».

A esta discriminação dedicam os AA. a presente memória, concluindo que:

1.º A vértebra opaca pode existir quer nos estados cancerosos, quer fora de toda a manifestação neoplásica.

2.º A vértebra opaca de discos nítidos, mantendo a sua configuração anterior normal, pode encontrar-se nas metástases cancerosas vertebraes e em certos estados chamados «reumatismais», independentes do cancro.

3.º Sòmente a vértebra opaca com destruição ou aumento da friabilidade óssea, interessando uma região mais ou menos extensa do ósso, é característica da reacção cancerosa.

4.º A vértebra opaca com integridade da sua forma, a chamada modalidade «reumatismal», pode associar-se a opacidades ósseas da vizinhança, osteíte condensante do ósso coxal, da cavidade cotilóide, osteíte condensante vértebro-coxal.

5.º O prognóstico destas osteítes condensantes de forma reumática, vértebra opaca, é favorável.

6.º O tratamento destes estados ósseos parece consistir na injeção local profunda, no contacto do ósso patológico, de lipiodol, em quantidade suficiente.

E. COELHO.

Sobre o tabes — Novos estudos patogénicos, anatomopatológicos e clínicos. (*Sur le tabes — Nouvelles études pathogéniques, anatomopathologiques et cliniques*), por GONZALO R. LAFORA — *L'Encéphale*, n.º 3, 1926.

Deixamos de lado, por não interessar à maioria dos leitores desta Revista, as novas noções biológicas e anatomopatológicas do tabes, que o autor expende com tanta profundidade, e resumimos, apenas, as consequências clínicas destes novos conhecimentos histopatológicos e patogénicos, isto é, as applicações ao diagnóstico e à terapêutica.

Há actualmente muitos clínicos que só diagnosticam o tabes quando os doentes apresentam um quadro clínico completo, desdenhando fazer um diagnóstico no período inicial, ou nos casos de tabes monossintomático, quer dizer, justamente na ocasião em que os doentes se encontram no período mais indicado para serem submetidos ao tratamento e para evitar que o processo se generalize a muitas raízes e provoque degenerescências múltiplas nos cordões posteriores.

Persiste-se ainda no erro de que o tabes só deve ser diagnosticado quando os reflexos rotulianos faltam, quando há ataxia e quando são positivas as reacções do líquido céfalo-raquídeo.

Numerosos clínicos ignoram que, no tabes, a R. W. do sangue é muito fre-

qüentemente negativa e que, em alguns casos, o líquido céfalo-raquidéo apparece normal porque não existem lesões meníngeas, como demonstrou Richter.

A experiência médica actual mostra que estes casos apresentam mais tarde todos os sintomas que apresentavam no começo, até revelarem o quadro clínico completo com lesões esclerosantes irreparáveis.

O tabes começa em geral, ou sempre, por ser monossintomático, por afectar uma ou várias raízes, dando origem a sintomas irritativos destas raízes, tais como dores fulgurantes de tipo reumatóide, sintomas pupillares, sintomas unilaterais dos reflexos rotulianos, e só muito mais tarde apparecem outros sintomas.

É também muito freqüente que na fase que precede o desaparecimento dos reflexos rotulianos se note, pelo contrário, um exagêro dêstes reflexos.

Lafora apresenta vários casos seus de tabes inicial e que alguns clínicos de nomeada (alguns inglezes) diagnosticaram de reumatismo, gota, dispepsia, artritismo, etc.

Quanto aos sinais de laboratório, mostra-nos a clínica que, tanto nos casos iniciais como nos casos avançados, encontramos às vezes reacções negativas. Isto tende a confirmar as descobertas histopatológicas de Schaffer e Richter, segundo as quais no tabes puro a inflamação meníngea é fraca ou ausente. Há casos de tabes que se desenvolvem sem processo meníngeo, e o que caracteriza pròpriamente o processo anatomopatológico do tabes é a localização das lesões irritativas nas raízes posteriores.

Há a necessidade de se conhecerem melhor as fases iniciais do tabes com sintomatologia muito incompleta e com sinais de laboratório muitas vezes «negativos para não incorrer num lamentável erro de diagnóstico, *qualificando estes doentes de artríticos ou gástricos*, fazendo-os passar por um calvário interminável enquanto progride a sua doença».

Lafora diz ter reunido vários casos de tabes operados de suposta úlcera gástrica, de litíase biliar, ou ainda tratados como palúdicos, porque apresentavam febre neurosifilitica.

O problema terapêutico do tabes é presentemente muito discutido. Como resumo da sua experiência terapêutica sôbre o tabes, Lafora afirma que: 1.º *se tem notado na mor parte dos doentes melhora consideráveis com um tratamento prolongado e com doses nunca muito elevadas*; 2.º *verificou melhores resultados com os preparados de bismuto e de mercúrio*; 3.º *os preparados de salvarsan e argento-salvarsan, empregados no principio do tratamento, determinaram quasi sempre uma exacerbação acentuada dos sintomas dolorosos*; 4.º *a terapêutica intraraquidia mercurial, associada à terapêutica geral, deu-lhe resultados excellentes e rápidos, nunca comparáveis aos da terapêutica intramuscular ou intravenosa exclusiva*.

Lafora colheu grandes decepções com os tratamentos salvarsánicos até à saturação, preconizado, por Lerede. Pelo contrário, o bismuto é de uma grande efficácia desde o início, principalmente pelo que diz respeito aos sintomas subjectivos dolorosos. Por isso, Lafora, começa actualmente todo o tratamento do tabes por uma «cura de bismuto» prolongada.

Lafora tem colhido bons resultados da terapêutica intraraquidia embora esta terapêutica venha sendo muito combatida na Alemanha e em França.

Quanto à duração do tratamento, nunca devemos falar em curas definitivas, mas considerar os tabéticos como doentes crónicos, submetendo-os a uma tutela terapêutica persistente, com intervalos mais ou menos prolongados.

E. COELHO.

Sobre a radioterapia dos tumores não operados da medula. (*Sur la radiotherapie des tumeurs non opérées de la moelle*), por FLATAU (de Varsóvia) — *Revue Neurologique*, pág. 311, 1925.

O número de casos dos tumores da medula e da coluna vertebral, nos quais se tem aplicado a radioterapia, sem tratamento cirúrgico prévio, é muito restrito. Há apenas os casos de Saenger, O. Fischer, Ponges, Babinski e o de Belot e Tournay.

Segundo a estatística de Oppenheim, relativa aos tumores operados da medula, em 50 % dos casos tem-se obtido cura ou grandes melhoras. Sick observou uma mortalidade de 38 %, Köhlich de 46 %, Harte de 47 % e Martel de 23 %. Para os tumores vertebrais e extravertebrais, penetrando no canal raquídico, a estatística é pior; e, finalmente, nos tumores do mediastino que penetram no canal raquídico, a operação não é executável.

O autor publica dois casos observados durante um período de tempo muito prolongado, nos quais fez exclusivamente o tratamento pelos raios X. A influência dos raios de Roentgen sobre a evolução de doença, nos dois casos, foi notável. Um deles possuía um tumor do mediastino, que passou pelos espaços intervertebrais para o canal raquídico, comprimindo assim a medula.

E. COELHO.

A destruição cirúrgica dos ramos comunicantes nas crises gástricas dos tabéticos. (*Die operative Zerstörung der Rami communicantes bei gastrischen Krisen der Tabiker*), por FELIX MANDL. — *Wiener Klin. Woch.* N.º 19, 1926.

Foram cinco os casos operados pelo A., sendo cortados os ramos comunicantes desde D 5 até D 8 ou D 9.

Depois da operação, Mandl colheu, nos seus doentes, as seguintes observações:

1. Hipoalgesia e hipoastesia.
2. A tensão arterial sofreu modificações semelhantes às dos doentes que sofreram injeções paravertebrais, isto é, a tensão baixa.
3. O exame do suco gástrico, feito em três doentes, depois da refeição de prova, não apresentou modificações notáveis.

4. O exame radiográfico não mostra a atoniou encontrada por Gaza nos seus casos.

Dos sintomas que estes doentes apresentam — motores, sensitivos e secretores — supõe o A. que são os sintomas de tipo motor os mais influenciados por esta operação.

A despeito do pequeno número de doentes que o A. reúne, de terem sido operados há pouco tempo, e dêstes doentes poderem apresentar largas remissões, o A. aconselha esta operação, que é desprovida de perigo.

E. COELHO.

Tratamento dos cancros do colo do útero pelas radiações: idéa sumária dos métodos e resultados; indicações terapêuticas. (*Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations: idée sommaire des méthodes et des résultats; indications thérapeutiques*), por Cl. REGAUD, Director do Serviço Terapêutico da Fondation Curie, Paris. — Relatório ao Congresso Internacional de Cirurgia de Roma (1926). — *Archives d'Electricité Médicale et de Physiothérapie du Cancer*. N.ºs 515 e 516, Abril e Maio de 1926.

CONCLUSÕES :

I — Métodos e técnicas :

1.ª No tratamento dos cancros cérvico-uterinos, a *curieterapia por via útero-vaginal*, como dantes, e não a rádio-puntura ou as formas diversas da rádio-cirurgia, é ainda o método que se deve escolher na *irradiação interior*.

Este método deve utilizar, exclusivamente, a radiação gama convenientemente filtrada.

Realizou-se um grande progresso com a dispersão do dispositivo radiante, repartindo o material rádio-activo em numerosos focos elementares, fracos e com potência igual, bem mantidos nos seus lugares, e com um certo alongamento da duração do tratamento único.

2.ª Para a *irradiação exterior* pode recorrer-se à *roentgenerapia* ou à *curieterapia*.

Na *roentgenerapia*, um método que empregue largas superfícies de entrada e pouco numerosas, uma radiação fortemente filtrada e uma grande distância focal parece superior a um método com superfícies de entrada pequenas e numerosas, radiação fraca e curta distância focal. O primeiro exige mais tempo, mas dispensa a balística difícil, quantas vezes aleatória, do segundo.

A *curieterapia transpélvica* é susceptível de ultrapassar a roentgenerapia, se a sua superioridade técnica não tiver que lutar com a enorme desvantagem económica.

3.ª Os cancros cérvico-uterinos são *desigualmente rádio-sensíveis*.

Os adeno-carcinomas são menos sensíveis que os epitelomas epidérmi-

cos (carcinomas plano-celulares), pelo menos sob a acção de uma radiação muito selectiva.

4.^a A *infecção microbiana local* diminui a eficácia dos métodos radioterapêuticos.

Por outro lado, a irradiação de um cancro infectado agrava a infecção e pode determinar complicações sépticas.

Por estas duas razões, é extremamente importante fazer desaparecer a infecção secundária dos cancros do colo, antes da radioterapia.

Os micróbios mais perigosos e mais difíceis de desalojar nos cancros cérvico-uterinos, são os estreptococos.

O mau estado geral, que tem como causas ordinárias a infecção secundária e a hemorragia, é uma causa de insucesso.

5.^a Como succede a todos os cancros, os do colo do útero são rádio-immunizados progressivamente pelas irradiações repetidas e espaçadas. Ao mesmo tempo, os tecidos gerais que envolvem e compenetram o néoplasma são progressivamente rádio-sensibilizados.

Este processo duplo termina na rádio-resistência absoluta, complicada de rádio-necrose, e opõe-se à continuação do tratamento radioterápico, marcando-lhe o limite.

Por este motivo, impõe-se o tratamento único em tempo limitado, a não ser em casos tratados intencionalmente, por prudência, a título paliativo.

6.^a O modo cronológico óptimo do tratamento é intermediário entre a irradiação massiva e a irradiação dispersa. A duração mais favorável parece compreendida entre 5 e 20 dias. Com duração menor, as reacções são violentas; com duração maior, decresce a eficácia e desenvolve-se depois a rádio-resistência.

7.^a Os dados relativos às doses são ainda insuficientemente precisos. Parece certo, entretanto, que, para os cancros epidérmicos (plano-celulares) do colo, a dose cancericida é geralmente inferior (de $1/10$ a $1/4$) à dose que destrói selectivamente a epiderme cutânea (dose epidérmica).

8.^a Deve dar-se uma importância muito grande aos cuidados preliminares e aos consecutivos — tanto maiores quanto mais avançado estiver o cancro.

A radioterapia dos cancros do colo só deve ser realizada em doentes hospitalizados.

9.^a A *biopsia* não traz inconvenientes, na maior parte dos casos. A análise é sempre útil para conhecer a espécie histológica do cancro. É necessário, nos casos em início, para confirmar o diagnóstico. Os doentes curados por qualquer método (cirurgia, radioterapia), sem verificação histológica, não podem figurar como valor em uma estatística.

10.^a A análise bacteriológica é necessária para descobrir as infecções secundárias, assim como para preparar e guiar o seu tratamento.

II — *Resultados*:

11.^a As rádiolesões locais (queimaduras do útero e da vagina, do recto, da bexiga, da pele) e gerais (modificações sérias ou persistentes da composição do sangue, sintomas cardio-vasculares graves) resultam de erros, que técnicas roentgen e curieterápicas correctas permitem evitar.

12.^a As complicações infecciosas não são ainda evitáveis com segurança

no tratamento radioterápico dos casos avançados, apesar dos progressos recentemente realizados. Constituem a única causa de mortalidade primária, a qual, nos casos avançados, varia entre 1 e 6 por cento.

13.^a Entre as numerosas estatísticas publicadas, muitas não convencem da realidade das proporções que indicam as curas.

Está unanimemente admitida a regra que prescreve um período de observação de 5 anos antes que uma cura possa ser considerada como definitiva. Esta regra é legitimada pela latência inicial e pela lentidão de evolução de certos casos de recidiva pélvica ou abdominal.

As estatísticas publicadas que compreendem casos observados durante menos de 5 anos só oferecem interesse se forem rectificadas e publicadas periodicamente de novo.

As principais causas de erro encontradas nas estatísticas são :

Ausência ou insuficiência de verificação histológica ;

Número, algumas vezes, excessivo, de doentes perdidas de vista e como tal eliminadas ;

Confusão entre doentes vivas, mas não curadas, e doentes presumidamente curadas, isto é, efectivamente examinadas e sem sintoma objectivo de cancro ;

Falta mais ou menos flagrante de imparcialidade na definição dos casos deduzidos e dos casos introduzidos.

14.^a As boas estatísticas radioterápicas fornecem em média as seguintes proporções de curas, para uma duração de observação de 5 anos pelo menos depois do tratamento, tomando como base o número de casos tratados :

a) todas as categorias em conjunto	15 a 20 0/0
b) categorias inoperáveis (graus IV e III) em conjunto ...	3 a 15 0/0
c) categorias operáveis (graus II e I) em conjunto.....	30 a 40 0/0
d) casos do I grau à parte.....	40 a 60 0/0

Estes resultados correspondem ao estado das técnicas em 1919 e 1920.

Tendo-se realizado progressos importantes desde há 5 anos, o número de curas deve crescer nos anos próximos. De facto, as proporções dos casos presumidos curados três anos depois, dois anos e um ano estão em aumento notável.

III — Indicações terapêuticas :

15.^a *No que respeita a métodos*, a terapêutica dos cancros cérvico-uterinos evoluciona no seguinte sentido geral :

Restringem-se as indicações da histerectomia. Aparte certos casos muito raros em que os métodos radioterápicos são ineficazes ou perigosos, a histerectomia deixou de ser nitidamente superior à radioterapia, mesmo nos casos do 1.^o grau.

Nos casos do 1.^o grau parece haver vantagem em fazer preceder a operação de uma aplicação de rádio (associação curieterapia-histerectomia).

A curieterapia por via útero-vaginal parece ser o método de escolha nos casos de 2.^o grau. A histerectomia consecutiva só é então aconselhável e os casos de fracasso de rádio-sensibilidade (adenocarcinomas).



As indicações da roentgenerapia aumentaram muito em prejuizo da curieterapia interior. Colaboradora necessária desta (associação roentgenerapia-curieterapia) na maior parte dos casos do 3.º grau, a roentgenerapia usada só constitui o tratamento de escolha nos casos mais avançados e nas recidivas depois de histerectomia.

A curieterapia exterior entra em concorrência séria com a roentgenerapia.

A radiocirurgia parece sem futuro.

A radioterapia post-operatória, a título profilático, já não tem partidários.

16.^a *Sob o ponto de vista das indicações fornecidas pelo estado anatómico-clínico*, as regras precedentes podem ser formuladas sob uma forma.

Os casos do 1.º grau podem ser tratados ou por histerectomia, ou pela curieterapia interior, ou pela sua associação, começando pela curieterapia.

Os casos do 2.º grau constituem o lote para a curieterapia interior empregada só.

Os casos do 3.º grau podem ser tratados pela radioterapia exterior só, ou pela associação desta e da curieterapia interior, começando então sempre pelo emprêgo dos raios X.

Os casos do 4.º grau não são todos tratáveis. Uma infecção grave e irremediável, a propagação extensa do cancro ao peritoneu, as metástoses viscerais, a caquexia são tudo contra-indicações. Os casos tratáveis, ainda que muito avançados, reservam-se para a radioterapia exterior (raios X com forte filtração, rádio).

Os casos desenvolvidos sobre o côto de histerectomia sub-total são para tratar segundo o seu grau, por curieterapia interior ou pela radioterapia (raios X, rádio) exterior.

A coexistência de inflamação anexial contra-indica os métodos radioterápicos ou deve tornar o seu emprêgo muito circumspecto.

Qualquer causa local que torne atípica ou incompleta uma aplicação de rádio pela via útero-vaginal implica a associação dêste método com a cirurgia ou com a radioterapia exterior.

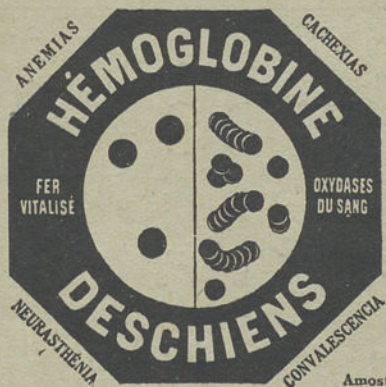
17.^a As indicações terapêuticas precedentes só têm um valor relativo. São exactas se se supõe que os métodos em presença são servidos por meios de valor igual (material, competência do pessoal).

A êste respeito, é funesta a lenda da maior facilidade dos métodos radioterápicos.

18.^a Não está em geral ao alcance dos médicos que trabalham isoladamente obterem, no tratamento dos cancros do colo do útero, os resultados que correspondem ao estado actual dos métodos.

A concentração dos meios materiais poderosos e das competências diversas que são necessários em estabelecimentos pouco numerosos, mas perfeitamente dotados de aparelhos, é uma necessidade para melhorar o rendimento qualitativo e quantitativo dos tratamentos.

BÉNARD GUEDES,



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substâncias Mineraes do Sangue total.

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^l, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^a)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL

Os Energétènes **BYLA**

TUDO O SUCO INALTERÁVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

Tratamento completo das doenças do fígado e dos syndromas derivativos

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia familiar, doenças dos paizes quentes, prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opothérapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobrezeza de SOLUÇÃO

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos scientificos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
d'agua fervida
quente.
Creanças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA

Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

PRODUTOS “WANDER,,

OVOMALTINE

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

Galactogénio.

Alimento dos intelectuais e dos desportistas.

MALTOSAN (Sôpa de malte)

Dispépsias e toxi-infecções das crianças.
Permite observar um regime de dieta sem consequências debilitantes.

De seguros efeitos nos casos mais rebeldes.

NUTROMALT

Assucar nutritivo não fermentando no intestino.
Complemento indispensável ao leite de vaca no aleitamento artificial.

Combate a diarreia infantil e os perigos do desmamar.

ALUCOL

Tratamento dos estados hiperclorídricos.

CRISTOLAX

Laxativo não irritante. Específico da prisão de ventre habitual, das crianças e das pessoas fracas.

JEMALT

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

Amostras grátis para os médicos

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

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º