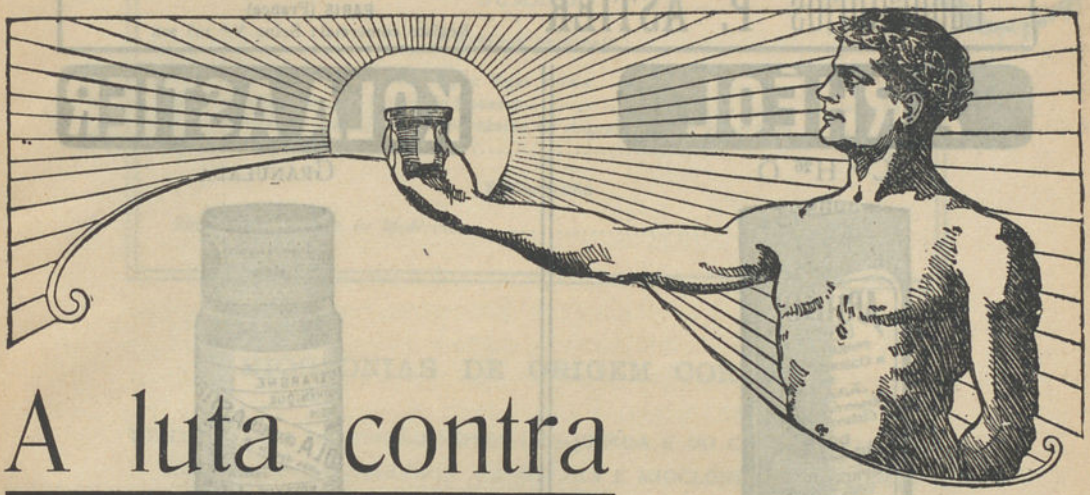
Ano IV N.º 2 Fevereiro de 1927

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA



A luta contra a Pneumonia

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

Antiphlogistine

TRADE MARK

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

Enviam-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

SUMÁRIO

Artigos originais

Bibliografia

MIOCLONIAS DE ORIGEM CORTICAL

TUBERCULOMAS DA REGIÃO MOTORA ESQUERDA E DO CENTRO OVAL À DIREITA — SINTOMATOLOGIA JAKSONIANA E MIOCLÓNICA — AUTÓPSIA

POR

EGAS MONIZ

Professor de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa

Em Janeiro de 1926 deu entrada no Serviço de Neurologia de Santa Marta uma mulher de 39 anos queixando-se de ataques epileptoides. Datavam de há quatro anos, alguns meses antes de ter sido operada de um tumor uterino cuja natureza não pudemos averiguar. Êsses ataques começaram por contracções clónicas dos músculos do pescoço, face e região escapular direitas. Ficava afásica e custava-lhe a recuperar a fala. Permanecia consciente. Intensificaram-se passados dois anos, estendendo-se os movimentos clónicos ao braço e perna esquerdos. Mas só muito raras vezes perdia o conhecimento.

Diminuïção de fôrça no membro superior direito.

Os acessos mais fortes sobrevinham semanalmente e outros, menos intensos, visitavam-na quási todos os dias. Estes consistiam em movimentos clónicos localizados aos músculos da face com acentuada disartria e ligeira afasia. Pouco depois a fala tornou-se permanentemente difícil, pastosa, entaramelada.

Três meses antes de a observarmos, apareceram-lhe movimentos mioclónicos e contínuos na mão direita, atingindo os três últimos dedos e o punho com intervenção da parte externa do extensor comum e do flexor profundo dos dedos.

Estes movimentos, em média 50 por minuto, eram rítmicos. Por vezes interrompia-se o ritmo, produzindo-se dois abalos sem intervalo; mas notava-se, em seguida, como que uma pausa compensadora. Persistiam durante o sono.

Após um dos ataques que observámos, depois de internada, e que se generalizou aos dois lados, instalou-se uma hemiplegia flacida, à direita. A perna recuperou pouco depois parte da sua acção, mas o braço só passada meia hora esboçava alguns movimentos voluntários. Na mão a paralisia manteve-se quási completa.

Os movimentos mioclónicos reapareceram 24 horas depois, mas apenas esboçados, nos dois últimos dedos, arrítmicos, e assim se mantiveram. Reduziam-se a pequenas flexões das falanges sôbre os metacárpicos. Por vezes também se observava um ou outro movimento mais espaçado no dedo médio.

Em seguida ao ataque, reflexos muito vivos, à direita; Babinski e clono do pé dêsse lado. À esquerda, normais. No dia imediato os reflexos eram mais vivos à direita (patelares e aquilianos); mas não havia clono nem sinais da via piramidal. Dos reflexos abdominais respondiam bem o médio e o inferior, à esquerda, e apenas se esboçava o inferior à direita.

Permaneceu um certo grau de hemiparesia à direita, mais acentuada no membro superior e particularmente na mão.

A sensibilidade ao tacto, dor e temperatura, diminuida à direita.

Sentido das atitudes segmentares normal. Havia astereognosia do lado hemianestésico.

Depois dêste ataque a fala tornou-se ainda mais custosa, esquecendo palavras, trocando-as, arrastando as expressões.

A doente engasgava-se ùltimamente com facilidade.

Ligeiras cefaleias que vinham desde o início, e agora mais intensas.

WR negativa.

O exame do fundo dos olhos, feito pelo sr. Professor Gama Pinto, mostrou que «as papilas do nervo óptico apresentavam uma certa palidez que também podia ser normal».

Radiografias do crânio — negativas.

Reacção de Casoni (quisto hidático) — negativa.

Líquido céfalo-raquídio (7 de Janeiro de 1926): tensão normal, albumina muito aumentada, linfócitos 0,9 por mmc.

Análise de urinas: densidade 1,017, glicose não havia, albumina — vestígios leves, pigmentos — normais, acido fosfórico 13,2, cloretos 18,92.

Em face desta história clínica fizemos o diagnóstico de uma «neoplasia da região motora esquerda, de uma certa extensão, na parte média e superior da circunvolução frontal ascendente com penetração ou compressão da parietal ascendente e talvez do hemisfério direito». Foi com esta nota que remetemos a doente para o serviço da segunda clínica cirúrgica do Hospital de Santa Marta, poucos dias depois de se ter agravado o seu estado.

Com efeito a sintomatologia jacksoniana observada à direita, a sua evolução, a hemiparesia post-comicial, as perturbações da palavra, a princípio passageiras, depois permanentes, as cefaleias, embora ligeiras, e a hiperalbuminose do líquido céfalo-raquídio sem hiperlinfocitose, impunham o diagnóstico de um tumor da região motora esquerda.

As perturbações da sensibilidade denunciavam que a circunvolução parietal ascendente também compartilhava, em parte, da lesão, e a generalização que ùltimamente tomaram os ataques faziam suspeitar da possibilidade da invasão do cérebro direito.

A doente foi operada em 27 de Fevereiro pelo sr. Professor Francisco Gentil. Transcrevemos o relato da intervenção cirúrgica:

«Incisão do coiro cabeludo em ferradura de concavidade inferior abrangendo a linha rolândica e pré-rolândica. Hemostase por compressão digital e por pinças de De Martel.

«Corte e ruginação do periósteo. Trepanação com «coroa» e destruïção das pontes ósseas com a «fraise» de De Martel. Regularização do contôrno ósseo com pinça goiva. Lavagem do campo operatório com sôro quente para o libertar da serradura óssea. Hemostase de vasos da dura-máter com cut-gut n.º O.

«A dura-máter pulsa. Corte da dura por incisão em V de concavidade superior.

«Destruïção de fortes e extensas aderências da dura à superfície encefálica, saindo dois pequenos fragmentos de substância cinzenta que são enviados para o laboratório.

«A superfície do encéfalo na zona prerolância é mais escura, aderente, como se aí tivesse havido abcessos agora cicatrizados.

«Punções do encéfalo negativas.

«Dois pontos de cut-gut unindo a dura-máter. Reposição da lâmina óssea. Sutura do coiro cabeludo a crina.»

Foi operada às 11 horas. De tarde esteve bem. No dia imediato, de manhã, respondia, embora resumidamente, às preguntas feitas. Piorou de tarde e nos dias seguintes. O pulso tornou-se incontável e faleceu a 2 de Março, às horas da madrugada.

A autópsia foi realizada pelo sr. Professor Parreira, que averiguou, além das lesões cerebrais, outras da mesma natureza de localização pulmonar e renal.

Sínfise pleural bilateral; tubérculo calcificado no vértice do pulmão esquerdo; tuberculose exsudativa (bronco-pneumónica) das bases pulmonares, causa provável da morte. Nefrite tuberculosa.

Na ferida operatória, asséptica, não havia sinais de hemorragia. Do lado do encéfalo notava-se uma assimetria dos dois hemisférios. O esquerdo apresentava-se mais desenvolvido. A meio da região rolândica dêste lado existia uma zona irregularmente arredondada, correspondente à região operatória, vermelha, infiltrada de sangue, rugosa, com destruïção superficial do córtex (fig. 1).

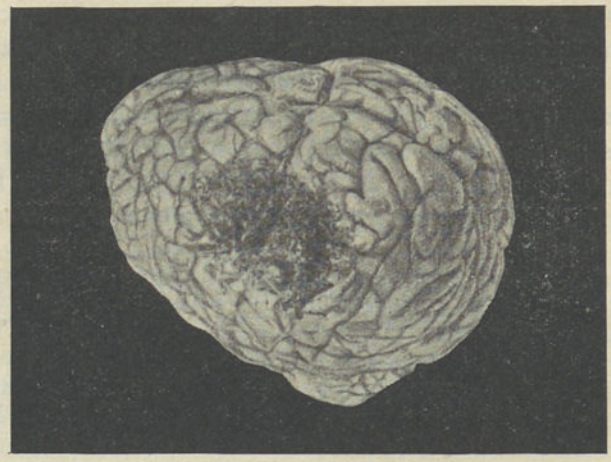


Fig. 1

Feito a êste nível um corte prependicular do cérebro, observou-se um aumento do centro oval do lado esquerdo com apagamento do córtex do mesmo lado e a existência de um nódulo duro, irregularmente arredondado, do volume de uma amêndoa, de côr branco-amarelada, circundado por uma estreita zona mole, acinzentada e de aspecto gelatinoso. A parte mais superficial do nódulo estava amolecida e tinha uma côr amarela com pequenos

pontos vermelhos de hemorragia (fig. 2 *a*). Na região correspondente do lado direito, existia um outro nódulo muito mais pequeno, com o mesmo aspecto, mas não tão superficial (fig. 2 *b*).

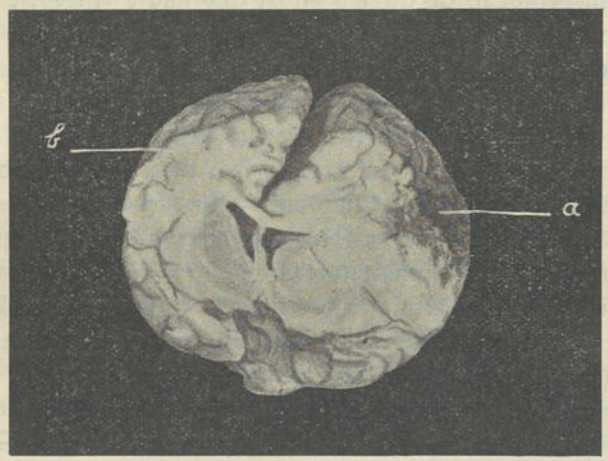


Fig. 2

Cortes paralelos a estes não revelaram a existência de outras lesões nem no córtex e centro oval, nem nos núcleos da base, nem no cerebelo e mesencéfalo.

O exame histológico daqueles nódulos mostrou extensas zonas de necrose caseosa, à periferia das quais se observava uma infiltração de abundantes linfócitos, raras plasmacélulas, células epitelioides e algumas células gigantes do tipo das células de Langham, elementos que por vezes se dispõem em folículos tuberculosos absolutamente típicos.

Feita ainda pelo sr. Professor Parreira a pesquisa do b. de Koch nos cortes, encontraram-se alguns dentro das células gigantes e entre as células epitelioides.

De tôda esta exposição depreende-se que a lesão neoplásica existia, como não podia deixar de ser, na zona indicada. Sòmente, em vez de um tumor extirpável, encontrámos um tuberculoma que invadia a região incriminada, tendo produzido lesões graves no córtex da circunvolução frontal ascendente e na parietal ascendente, irradiando da parte média para a parte inferior das mesmas, o que justifica a sintomatologia afásica que a doente apresentava. Do lado direito, e no mesmo corte, vê-se um tubérculo mais pequeno e mais fundo, em pleno centro oval.

Não eram de presumir estas lesões, a-pesar do passado mórbido da doente.

A idade (os tubérculos cerebrais são sobretudo freqüentes na infância), a evolução de quatro anos, que não é vulgar, e ainda a circunstância de não se ter produzido rebate meníngeo generalizado num tuberculoma da região cortical, fez-nos afastar dessa hipótese. Com efeito a reacção meníngea reduziu-se a um processo inflamatório bastante circunscrito que, pelo menos quando examinámos a doente, não se exteriorizava por hiperlinfocitose no líquido céfalo-raquídio (0,9 linfócitos por mmc.). Havia apenas uma dissociação albumino-citológica, sintoma banal das hipertensões cranianas não inflamatórias.

Um outro aspecto clínico a considerar neste caso é o sindroma mioclónico do braço direito sem que na autópsia se tivesse descoberto outras lesões além das que ficam referidas.

Últimamente tem-se estabelecido uma certa confusão a propósito da terminologia dêstes abalos musculares. Gabrielle Lévy (1) pretende separar do grupo mioclónico uma forma especial de contracções a que deu a designação de «bradicinesias». Seriam caracterizadas por «movimentos lentos, regulares, rítmicos, de grande amplitude, predominando na raiz de um membro, por vezes síncronas nos dois membros do mesmo lado». O têrmo «mioclonia» ficaria adstrito aos abalos essencialmente localizados a um músculo ou a um grupo muscular sem deslocação dos membros.

Pelo contrário, os movimentos bradicinéticos seriam globais e generalizados.

Esta separação não tem razão de ser. A base que as separa é apenas a maior ou menor extensão e intensidade do fenómeno, o que é pouco para formar duas categorias de movimentos que — em tudo o mais — são idênticos.

Já Friedereich, quando descreveu o *paramioclonus multiplex*, notava que, a cada contracção, a massa muscular se tornava saliente e dura, e só raras vezes se produziam pequenos movimentos do polegar e do ante-braço ou um pequeno desloca-

---

(1) Gabrielle Lévy — *Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique.* — Paris 1925, pág. 20.

mento da rótula. A nova designação de Gabrielle Lévy é, pelo menos, redundante, tanto mais que a separação, sob tão frágil elemento diferencial, estava feita: paramioclonos, sem deslocação; mioclonos, com movimentos bem pronunciados dos membros.

Já Raymond, na sua primeira lição sôbre as mioclonias, preguntava se tal separação podia ser estabelecida sob a base dos efeitos locomotores, pronunciando-se pela identificação das duas formas.

Num trabalho que publicámos em 1913 sôbre mioclonias essenciais (1), abordámos o assunto. Não era então conhecida a encefalite epidémica, nem as perturbações motoras que a acompanham, mas ainda hoje são sustentáveis os pontos de vista que, na mesma orientação, defendemos.

Bradicinesias e mioclonias são apenas graus diversos da mesma paracinesia. Por isso julgamos mais simples, mais scientífico e menos confuso abranger tôdas as contracções musculares bruscas, rápidas e mais ou menos rítmicas (2), sob a designação genérica de mioclonia.

As contracções clónicas do braço da nossa doente correspondem à descrição das bradicinesias de Gabrielle Lévy: «movimentos rítmicos, oscilando em tôrno de 40 por minuto, com deslocação de parte do membro». Mas condizem também com a que primitivamente apresentou Sicard (3) de mioclonia: «secousse musculaire, tantôt rapide, explosive, à type de rythme électrique, tantôt plus lente, qui siège sur la musculature des membres, de la face... Il ne s'agit, dans le type pur, ni de spasme, ni de contracture, ni de véritable chorée, ni d'athétose, mais de secousses véritablement myocloniques frappant un múscle ou un groupe de muscles et ne s'accompagnant pas de contractions fibrillaires».

Esta descrição genérica é similar à que apresentámos em 1913 para as mioclonias que denominamos essenciais da doença dos

---

(1) Egas Moniz — *Myoclonies essentielles.* — *Nouvelle Iconographia de la Salpêtrière,* n.º 2 — mars-avril — 1913.

(2) Particularidade que reputamos de secundária importância.

(3) Sicard — *L'encéphalite myoclonique. Presse médicale,* 14 avril 1920.

tics (de Gilles de la Tourette) e de que apenas excluimos a ritmia, a que continuamos a não ligar grande valor.

Fixemo-nos, pois, na designação *mioclonia* e procuremos indagar a causa que na nossa doente a determinou.

Não pode haver dúvidas sôbre a sua dependência das lesões corticais da circunvolução frontal esquerda. Com efeito os núcleos centrais não apresentavam lesão alguma macroscópica (1).

Estas perturbações cinéticas têm sido em geral atribuídas a lesões medulares, mesocefálicas ou estriadas. A propósito das mioclonias encefalíticas, as observações de Bériel e os trabalhos de Foix (2) vêm corroborar estas localizações.

O nosso caso vem demonstrar que também as lesões do córtex motor podem, *só por si*, determinar mioclonias do mesmo tipo e até com a característica de ritmo em que tanto se tem insistido a propósito destas perturbações motoras.

Nada se pode dizer, de preciso, sôbre as relações das células corticais da parte lesionada e os andares inferiores do encéfalo. Seria caminhar em franco campo de hipóteses, difíceis de justificar. Limitamo-nos, por isso, a descrever as lesões cerebrais encontradas.

Devemos notar que essas mioclonias apareceram na última fase da doença, em seguida a um certo grau de monoparesia do membro superior direito. Atenuaram-se, ficando apenas esboçadas e perdendo o ritmo primitivo quando essa paresia se agravou. Isto mostra, evidentemente, a interdependência entre estas perturbações da zona motora e a mioclonia. Sòmente desconhecemos as particularidades lesionais em relação ao córtex ou fibras de projecção que a determinam.

---

(1) Não pudemos fazer um estudo seriado dos núcleos cinzentos e da medula, a-fim-de averiguar se existiam ou não lesões microscópicas. Podemos, contudo, afirmar que não existiam lesões tuberculosas idênticas às encontradas no cérebro, e é pouco crível que outras, de etiologia diversa, se tivessem estabelecido. Como dissemos, a doente tinha focos tuberculosos averiguados nos pulmões e rins.

(2) Foix — *Revue Neurologique*, 1921, pág. 463 e 464.

Êste caso tem valor documental, pois na encefalite epidémica, onde as mioclonias dêste tipo são vulgares, as lesões são difusas, atingindo, de preferência, o pedúnculo cerebral, protuberância, região infra-óptica e núcleos centrais, sendo menos acentuadas no córtex, bolbo, medula e nervos, sem que possamos incriminar de preferência êste ou aquele ponto do neuraxe (1).

Na nossa doente a lesão é limitada e vem acompanhada de paresia do membro superior e da mesma origem, o que ainda mais a precisa.

Em resumo: ao lado das mioclonias de origem medular e estriada, *existem as mioclonias corticais, que apresentam as mesmas características atribuídas àquelas localizações.*

RÉSUMÉ

L'A. décrit un cas de tuberculome de la région motrice gauche qui a envahi aussi la circonvolution pariétale ascendante, avec destruction d'une partie du cortex et adhérence des méninges. La malade a montré, depuis quatre ans, une symptomatologie d'épilepsie jacksonienne à droite, hemiparésie, un certain degré de dysarthrie et d'aphasie, et dans les derniers mois une *myoclonie rythmique* avec flexion des derniers doigts de la main droite. Cette myoclonie a duré pendant trois mois. Elle a diminué après un accès épileptique qui a laissé une parésie plus accentuée et elle est devenu arythmique.

La malade a été opérée sans résultat. A l'autopsie on a aussi vérifié l'existence d'un autre tubercule plus petit dans l'hemisphère droit, presque symétrique et plus profond. Les noyaux centraux et le mesencéphale étaient normaux.

La myoclonie que la malade a présentée est evidement d'origine corticale. Elle a les mêmes caractéristiques que les autres d'étiologie médullaire ou striée, souvent rencontrées dans les cas d'encéphalite épidémique.

La localisation de la lesion dans la zone motrice gauche et la

---

(1) H. Roger — *La forme myoclonique de l'encéphalite épidémique. Journal des praticiens*, 8 et 15 mai 1920.

coïncidence de cette myoclonie avec une certaine phase de la parésie, sa diminution lorsqu'elle a été plus intense, montrent une interdépendance des deux faits, dont l'importance et signification sont difficiles d'interpreter. Cependant on peut dire qu'*il y a des myoclonies qui sont exclusivement dépendantes de la région motrice du cortex.*

2.ª *Clínica Médica*
(Prof. Pulido Valente)

HIPERINSULINISMO

POR

FERNANDO FONSECA

Mostrei em artigos anteriores (1) o bom efeito da insulina no tratamento de estados de magreza e acentuei que essa terapêutica nos veio mostrar que a maioria das formas de obesidade são quadros de hiperinsulinismo freqüentemente combinado com disfunções de outras glândulas de secreção interna. A veracidade desta concepção será provada com a demonstração duma hiperactividade da função de secreção interna do pâncreas em obesos. ¿Qual é a maneira de caracterizar essa hiperfunção?

Naturalmente estudando o metabolismo dos hidratos de carbone, visto que é sôbre êle que principalmente actua a insulina. Foi pois nesta direcção que caminhámos, esperando obter boas indicações com o estudo da curva de glicemia provocada pela ingestão de 50 gr. de glucose. Se esta prova constitui um sinal de hipofunção pancreática quando os valores da glicemia ultrapassam o limite normal, evidentemente significará hiperfunção se êsses mesmos valores são inferiores aos normais. Ora nos casos de obesidade observados até agora encontrámos sempre, em relação à glicemia provocada, uma curva de tipo hipoglicémico, pouco acentuada num dos casos, absolutamente característica nos restantes.

I — *Alcinda T.* — Clínica particular — 35 anos, doméstica (fig. 1).
Pai diabético. Mãe sofre de calculose renal.
Não teve filhos, nem desmanchos.

A sua obesidade data de há cinco anos, coïncidindo com o aparecimento de irregularidades da menstruação, que se têm mantido. Pêso máximo há dois meses, 103kg,500.

Obesa, com maior desenvolvimento do tecido adiposo na parede do ventre, ancas e nádegas. Pêso actual, 98 kg. Altura, 1m,68. Exame ginecológico : útero infantil, anexos não palpáveis.

Diagnóstico — Obesidade ovárica. Prova da glicemia experimental : Ingestão de 50 gr. de glucose dissolvidos em 200 c. c. de água.

Processo de doseamento de Folin e Wu. Colorimetro de Duboscq. A urina emitida durante a prova não continha açúcar.

Curva de hipoglicemia :

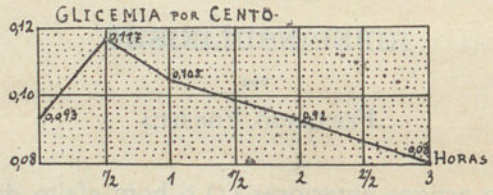


FIG-I-

II — *Palmira M.* — Clínica particular — 48 anos, casada, doméstica (fig. II).

Bons antecedentes hereditários e pessoais. Obesa há 18-20 anos. Menopausa há um ano, sem grande sintomatologia. Diz que nunca se alimentou

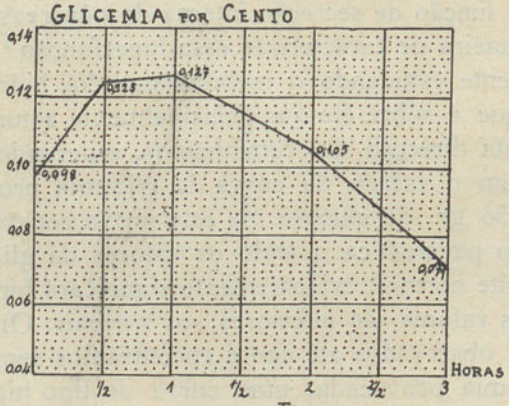
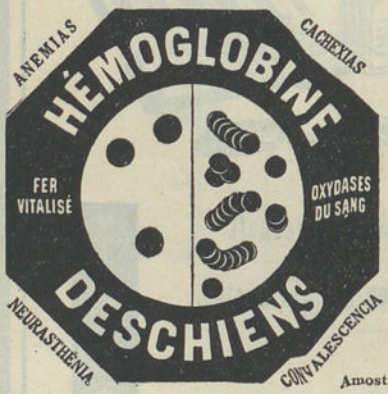


FIG-II

em demasia. Tem grandes securas. Sujeita a tratamento dietético, fica com vontade de comer após as refeições, correspondendo a dieta ao pêso de 80 quilogramas (ração de trabalho). Pêso máximo, idêntico ao actual, 102 kg.

Altura, 1m,53. Maiores depósitos gordos no peito, ventre, nádegas e ancas.



Prova da glicemia experimental feita de maneira idêntica à anterior. As urinas emitidas antes e durante a prova não continham açúcar.

Curva de tipo hipoglicémico.

Diagnóstico — Obesidade constitucional.

III — *Alice F.* — Clínica particular — 30 anos, casada, doméstica (fig. III).

Bons antecedentes hereditários e pessoais.

Tem engordado muito depois que, há 6 anos, foi operada de histerectomia total. Desconhece os pesos anteriores, mas afirma nunca ter sido excessivamente nutrida.

Altura, 1m,62. Pêso, 106 quilogramas. Maior desenvolvimento de gordura nos sítios de eleição.

Diagnóstico — Obesidade genital.

Prova da glicemia experimental.

As urinas emitidas antes e durante a prova não continham açúcar. A da primeira hora apresentava vestígios acentuados de albumina.

Curva mostrando ligeira hipoglicemia (1).

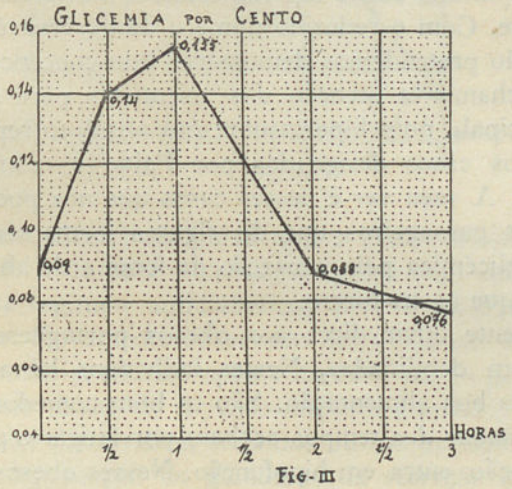


FIG. III

Nestes casos, dois de obesidade genital e um de obesidade constitucional, haveria hiperinsulinismo, que seria o responsável, directa ou indirectamente, pelo aumento de pêso. Quero dizer com isto

(1) Os doseamentos do açúcar no sangue foram feitos pelo Prof. Roberto Chaves.

que ou haveria uma maior produção de insulina, que poderemos designar como hiperinsulinismo absoluto, ou uma diminuïção das hormonas que de qualquer forma entravam a acção da insulina e assim teriamos um hiperinsulinismo relativo. Segundo esta maneira de ver e para qualquer forma de obesidade, o metabolismo alimentar mais importante seria o dos hidratos de carbone. Com efeito, é especialmente à custa da restrição dêstes últimos que nós provocamos diminuïção de pêso nos obesos, assim como é importantíssimo o seu auxílio na engorda dos indivíduos magros. Nestes últimos, e sob a acção da insulina, observamos um rápido desenvolvimento do tecido adiposo. Como já dissemos, tudo leva a crer que a engorda se dá como no decurso da vida normal, mas num espaço de tempo muito mais curto. A insulina acelera a formação dos depósitos de gorduras. O hiperinsulinismo provocado conduz à obesidade e se assim sucede natural é que nesta última exista hiperinsulinismo como causa primacial ou adjuvante. Com o reduzido número de observações que apresentamos não pretendemos demonstrar esta concepção, mas simplesmente chamar a atenção dos scientistas para êste assunto. Papel principal, pois hiperinsulinismo absoluto representaria o pâncreas nos casos designados por Falta (2) como obesidade pancreática. A meu ver é nesses casos que nós podemos encontrar estados passageiros que de alguma forma semelham a reacção hipoglicémica pela sensação de fome e de abatimento que originam e que os traduzem.

É freqüente ouvir dizer aos obesos portugueses: «Estou a finar-me com debilidade». Nestes indivíduos há a necessidade imperiosa da boa alimentação. São os bons comedores, nutridos, que com o andar dos tempos acabam por fatigar o pâncreas, que de hiperfunção entra em hipofunção. Nesses obesos e antes que apareça a glicosúria, o estudo da curva de glicemia provocada pode demonstrar a existência duma diabetes potencial que só mais tarde se transformará na verdadeira diabetes mellitus. Os casos de diabetes que tenho seguido na minha clínica, e que considero como conseqüência dum hiperinsulinismo anterior, têm, em regra, decurso benigno e respondem bem ao tratamento dietético. A curva de glicemia provocada que se segue (fig. IV), traduzindo diabetes potencial, é a de um obeso que se pode considerar num estado de transição para diabético.

A glicemia em jejum ultrapassava o valor máximo normal, e media 0,152 p. 100. O valor máximo da glicemia encontra-se 1 hora depois da ingestão da glucose e ultrapassa muito o valor do limiar normal. Só no fim de 3 horas é que a glicemia se

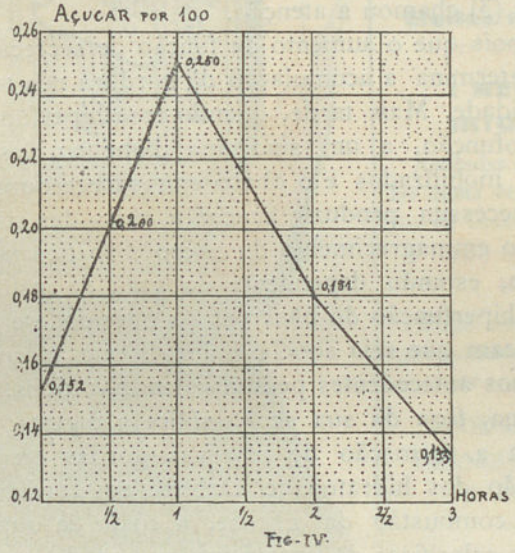


FIG. IV.

encontra a um nível mais baixo que o ponto inicial. As urinas emitidas antes e durante a prova não continham açúcar. Institui a êste doente regimen antidiabético, com o qual emmagreceu sensìvelmente. Novamente observado decorrido um ano, não lhe encontrei glicosúria, mesmo após a ingestão de 50 gr. de açúcar.

Fora dêstes casos de hiperinsulinismo absoluto, que constituem a diabetes pancreática, teriamos outros de hiperinsulinismo relativo por hipofunção de glândulas de secreção interna cujas hormonas são antagónicas da insulina no que respeita o metabolismo dos hidratos de carbone.

Êsse hipersulinismo seria a meu ver demonstrado pela elevada tolerância para os hidratos de carbone, que numerosos autores têm encontrado em casos de obesidade tiroideia, genital e hipofisária. A êste hiperinsulinismo relativo corresponde também um hipoinsulinismo relativo, que se traduz por glicosúria ou por diminuida tolerância para os hidratos de carbone, havendo uma secreção interna do pâncreas normal ou já insuficiente por fadiga

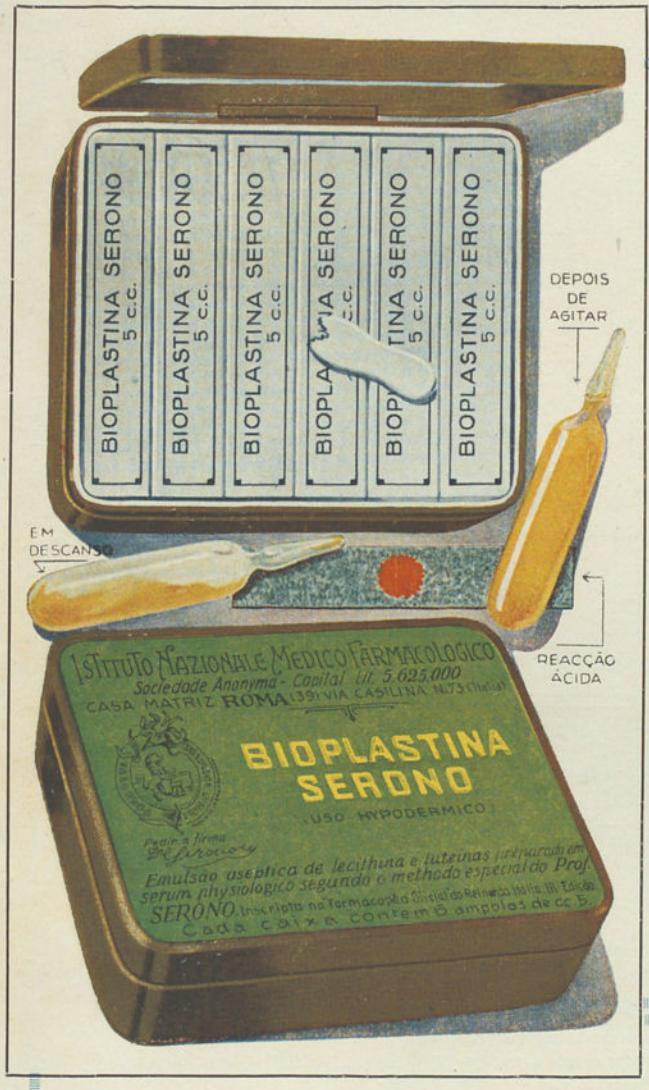
e sendo responsável pelo sindroma a hiperfunção de glândulas de secreção interna cujas hormonas se opõem à insulina. É o hipoinsulinismo relativo que explica a glicosúria que por vezes se observa na doença de Basedow e é êle também que desempenha um papel importante em alguns casos de diabetes para os quais Frank (3) chamou a atenção.

Parece pois que o aumento da função de secreção interna do pâncreas determina a acumulação de gordura nos tecidos e conduz à obesidade. Mais tarde, quando essa hiperfunção dá lugar a uma hipofunção, a um sindroma diabético, êsses depósitos gordos são mobilizados e o obeso emmagrece porque, uma vez diabético, necessita produzir açúcar à custa das suas gorduras. Entretanto o emmagrecimento do obeso diabético não se produz bruscamente, estando dependente do grau de insuficiência pancreática. A hiperfunção do pâncreas na obesidade e depois a sua fadiga explicam que seja aquela doença a que aparece com mais freqüência nos antecedentes pessoais dos diabéticos.

A insulina, fora da sua acção sôbre a digestão e absorção, determinaria a formação de reservas gordas ou facilitando a transformação dos hidratos de carbone em gorduras, ou determinando a combustão da glicose, à custa da qual cobriria as necessidades caloríficas do organismo, poupando assim a queima das gorduras, que seriam armazenadas. Uma das formas de contribuir para a resolução dêste problema será pelo estudo do quociente respiratório, que atingirá valores superiores à unidade no caso de haver transformação dos hidratos de carbone em gordura. Os estudos que versam êste assunto, aliás muito trabalhado, dão resultados de tal modo discordantes que se torna necessário repetí-los.

BIBLIOGRAFIA

1. *Lisboa Médica*, 1926.
2. *Wiener Klin. Woch.*, 1925.
3. *Klin Woch.*, 1926.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.
» » 10 » » 1 ½

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

Efeitos rapidissimos.
Em todas as idades

: NENHUMA : INTOLERANCIA

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

Não dá dôr nem reacção

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

PODE-SE APLICAR EM GRANDES QUANTIDADES E NOS BRAÇOS.

Sempre falsificada, nunca imitada.

METRANODINA SERONO — Hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.
IPOTENINA SERONO — A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.
CARDIOLO SERONO — Extrato fluido bem titulado de estrofanto, noz vomica, cebola albarrã e lobelia. E' um preparado de titulo constante.
VIROSAN SERONO — Oleato duplo de mercurio, colestrina e albotanina (via bocal).

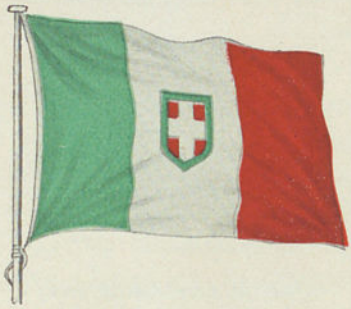
UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

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

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

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.
EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.



Arseniato de Ferro Soluvel Zambeletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

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

Ferro Fisiologico Alimentar

Gotas — Injecções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

Iodarsone Zambeletti

Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de calcio e de magnesio e principios vegetais tonico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradavel e toleravel preparação iodo-fosfo-arseniacal.

INDICAÇÕES — Linfatismo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convalescença de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da intecção luetica etc.

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

Otimo sabor, sem vinho e admiravel para crianças.

AMOSTRAS:
ITALPORTUGUEZA
APARTADO 214
LISBOA

Iodosan Zambeletti

(IODO SOLUVEL — ATÓMICO NASCENTE)

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

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

PARA

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

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

Lavagens dos ouvidos e do nariz.

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

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

FRASCOS CONTA-GOTAS

Arseno-Bromo-Tonicas Zambeletti

(INJECÇÕES)

FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO--VALERIANICO

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

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

Serviço de Patologia Médica
(Dir.: Prof. A. Padesca)

O METABOLISMO BASAL: SUA IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DO HIPERTIROIDISMO

POR

EDUARDO COELHO
Assistente de Clínica Médica

A determinação do metabolismo basal passou, nos últimos anos, dos laboratórios de fisiologia para a prática clínica. É um método de exame, hoje corrente na América, na Alemanha e nos países da Europa central, mas pouco conhecido entre nós.

Com outros fins, acentuando, embora, a sua importância no diagnóstico e no contrôle terapêutico de algumas perturbações endocrínicas, já nesta Revista inserimos um trabalho (1) — supomos que o primeiro publicado em Portugal sôbre esta matéria — em que as trocas gasosas e a energia dispendida pelo organismo, expressa em calorias, foram determinadas em diferentes condições de experiência.

A aquisição dos aparelhos do metabolismo para o Hospital Escolar, com que trabalhámos na Alemanha, quando há dois anos estudávamos êste assunto, veio proporcionar-nos o ensejo de continuar os exames do metabolismo de base em diferentes doenças endocrínicas, e principalmente nas perturbações da tiroideia e da hipófise.

Neste artigo, queremos, apenas, chamar a atenção dos clínicos para o valioso auxílio que a sua determinação nos presta no

---

(1) Eduardo Coelho: *Sôbre a influência de alguns produtos endocrínicos*, etc., *nas trocas respiratórias*. «Lisboa Médica», n.º 6, 1925.

diagnóstico de algumas formas de hipertiroidismo, ou para invalidar êsse diagnóstico nas chamadas *neuroses vegetativas pseudo-hipertiroídeias*, de Marañon.

Sem pretendermos fazer uma extensa exposição das bases fisiológicas e da técnica metabolimétrica, que todo o aluno de fisiologia tem obrigação de conhecer, e que se encontram em publicações ao alcance de tôda a gente, vamos, primeiro, definir estes termos — *metabolismo basal;* indicar a técnica que seguimos para a sua determinação; e, em último lugar, documentar com dados clínicos o valor desta prova fisiológica no diagnóstico de alguns estados tiroídeus frustes.

DEFINIÇÃO DO METABOLISMO BASAL

Todo o ser vivo dispende energia para a sua manutenção, que se pode calcular em calorias. Entre os factores que modificam consideràvelmente esta produção de calor, elevando-a, sobressaem o trabalho muscular, a alimentação e a temperatura do meio exterior.

Para avaliarmos a nutrição de um organismo, isto é, para medirmos a quantidade de calor dispendida, é preciso eliminar tôdas as causas acessórias da sua produção. Por isso, examinamos os indivíduos em *repouso*, em *jejum* e a uma *temperatura* exterior de 16° a 18°, sob a acção da qual se mantém o equilíbrio térmico entre o organismo e o meio ambiente.

Estabelecidas essas condições, restam, como perda de energia, o trabalho do músculo cardíaco, a função glandular, os movimentos respiratórios, o tónus muscular e todos os processos químicos celulares. A êste gasto de energia mínima, sensìvelmente idêntico no mesmo indivíduo, chamamos «gasto de base do organismo».

Se referirmos a *perda de energia mínima* à unidade de tempo e à unidade de superfície do corpo, em vez de considerarmos a superfície total do organismo, obtemos assim um número, que é uma constante fisiológica, e que nos dá o *metabolismo de base*, ou «basal metabolism», dos autores americanos, ou «Grundumsatz», dos investigadores alemães.

Por estas expressões se designa, portanto, em clínica, *a quantidade de calor, expressa em grandes calorias, produzida por*

hora e por metro quadrado de superfície do corpo, quando o indivíduo está em completo repouso, em jejum de 14-16 horas, e numa atmosfera com uma temperatura média de 16°, suficientemente coberto para não ter de reagir nem contra o frio nem contra o calor do meio exterior.

A definição clínica não corresponde à definição dada pelos fisiologistas. Estes reservam aqueles termos para o gasto de energia inevitável, absolutamente necessária para a manutenção da vida (Magnus-Levy).

DETERMINAÇÃO DO METABOLISMO BASAL

Estabelecidas as condições de gasto mínimo de energia — repouso completo, jejum, e temperatura do laboratório de 16°-18° —, determinamos, nos nossos doentes, a quantidade de calor emitida num dado tempo, por meio do método indirecto.

Já no artigo anteriormente publicado nos referimos aos dois métodos — *directo* e *indirecto*.

Em vez de medirmos as trocas respiratórias e avaliarmos o quociente respiratório, servindo-nos dos aparelhos utilizados na fisiologia (Zuntz-Geppert, Haldane, etc.), empregámos o aparelho de Krogh, que é, com o de Benedict, dos mais práticos aparelhos da respiração destinados a exames clínicos.

Como o calor animal é o resultado de oxidações, e um litro de oxigénio produz, em média, 4,83 calorias na combustão orgânica, basta determinar a quantidade de oxigénio empregada pelo organismo na combustão para se avaliar a quantidade de calor produzida pelo indivíduo, numa hora.

Á quantidade de calor produzida por um litro de oxigénio chama-se *coeficiente calorífico do oxigénio*, que varia conforme as substâncias alimentares que servem de combustível. Assim,

1 litro de oxigénio, queimando os albuminóides, produz.....	4,54	cal.
1 » » » » as gorduras »	4,74	»
1 » » » » os hidratos de carbónio, produz	5,09	»

O quociente respiratório é, também, variável, e respectivamente de 0,8, 0,7 e 1, para os albuminóides, gorduras e hidratos de carbónio.

Um organismo em jejum e em repouso não consome mais do

que 15 % de albuminóides, podendo nós, portanto, tomar como média do *coeficente calorífico do oxigénio* êste número: 4,83 calorias. Além disso, para Krogh, desde que se submeta o indivíduo a um regímen apropriado nos dois ou três dias que precedem o exame da velocidade do metabolismo, mantemos o quociente respiratório real entre 0,8 e 0,9. Nestas condições, para um quociente respiratório médio de 0,85, cada litro de oxigénio absorvido corresponde a 4,83 calorias. O êrro que se comete não é superior a 1 %.

Esta dieta especial consiste num regímen rico em hidratos de carbónio e pobre em proteinas, porque estas gastam muito mais oxigénio no processo do seu desdobramento do que as substâncias ternárias. Podemos dar batata, hortaliça, fruta (com excepção de nozes), pão, bolacha, farinha, macarrão, marmelada, açúcar, cerveja, chá e 50 gramas de carne ou 100 gramas de peixe por dia. A última refeição tem de ser tomada 12-14 horas, pelo menos, antes do exame, e deve possuir a menor quantidade de albuminóides.

O aparelho de Krogh dá-nos a quantidade de oxigénio consumida num tempo determinado. Se multiplicarmos o número de litros de oxigénio gasto por hora pelo coeficente calorifico do oxigénio, obtemos o calor emitido pelo corpo numa hora. Se dividirmos êste produto pela superfície do corpo, expressa em metros quadrados, obtemos o metabolismo basal.

A superfície do corpo, função do pêso e da altura, pode calcular-se ràpidamente, quere pelas tabelas de Aub e Dubois, quere pelo esquema de Dubois, baseado na seguinte fórmula: Área (cent. quadrados) $= P^{0.425} \times A^{0.725} \times 71.84$,

sendo P o pêso e A a altura.

APARELHO DE KROGH

É um aparelho de circuito fechado, muito simples, tendo a vantagem de nos dar o oxigénio gasto na combustão sem precisarmos de o analisar. O oxigénio empregado na respiração do doente vem de um gasómetro e o seu consumo é observado directamente pela diminuïção do volume do gás no aparelho. É também êste o método de Benedict.

Compõe-se de um quimógrafo, de velocidade constante (2 cen-

tímetros por minuto ou uma volta completa em 30 minutos), sôbre o qual se registam os movimentos de um espirómetro, de seis litros, encerrando um recipiente com cêrca de 10 quilogramas de cal sodada e água, capaz de absorver 1.000 litros de CO_2. O espirómetro, que tem uma campânula de alumínio, está ligado a um sistema de válvulas respiratórias e a uma embocadura de cauchu (ou a uma mascára) por meio de dois tubos de cauchu.

O ar expirado passa por um dos tubos através da cal sodada, que absorve o anidrido carbónico, depois pelo espirómetro, e é, em seguida, aspirado de novo.

Antes de se pôr o doente em relação com o espirómetro, introduz-se neste cêrca de seis litros de oxigénio. Adaptada a em-

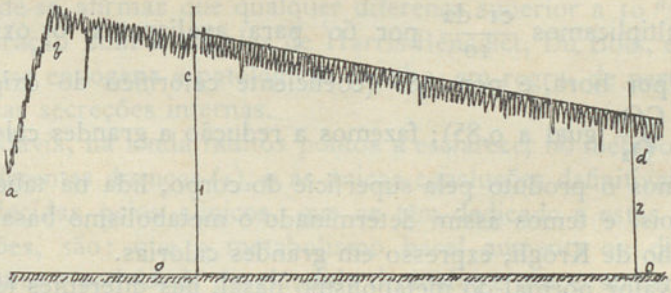


Fig. I

bocadura, e fechadas as narinas com uma pinça, o doente respira o oxigénio. Êste vai sendo consumido no decurso da experiência, e a campânula do espirómetro, que faz sucessivas, alternadas subidas e descidas, correspondentes à expiração e à inspiração, inscreve no quimógrafo uma curva respiratória descendente.

É conveniente, e em especial quando o doente tem de se transportar de fora para o laboratório, mantê-lo deitado na cama, sôbre a qual o exame se vai realizar, durante meia hora, antes de se começar a experiência.

Desprezam-se os primeiros cinco minutos de experiência, em que a curva é muitas vezes irregular, e que corresponde ao período de adaptação do doente, e aproveitamos a curva correspondente aos dez minutos seguintes.

Simultâneamente, na parte inferior do quimógrafo se regista o tempo.

A fig. I mostra-nos a curva da respiração.

Traça-se uma linha recta ao longo dos pontos da expiração e uma linha horizontal do *O*, obtida quando o espirómetro se encontra no nível mais baixo. Com uma régua graduada mede-se em c (comêço da curva aproveitável) a distância entre essas duas linhas, que nos dá directamente, em litros, a capacidade do espirómetro. Procede-se a idêntica medida 10 minutos mais tarde, isto é, a 20 centímetros de distância da primeira. A diferença entre estas duas linhas (c1-d2) dá-nos directamente, em litros, o consumo de oxigénio em 10 minutos. Precisamos, ainda, de fazer a redução da temperatura do espirómetro e da pressão durante a experiência à temperatura e à pressão de 0° e 760 milímetros. Para isso basta utilizarmo-nos, como factor de correcção, do número 0,9, que exprime o valor médio dessa correcção.

Multiplicamos $\frac{c1-d2}{10}$ por 60′ para avaliarmos o oxigénio gasto por hora, e por 4,83 (coeficiente calorífico do oxigénio, sendo $\frac{CO_2}{O_2}$ igual a 0,85); fazemos a redução a grandes calorias; dividimos o produto pela superfície do corpo, lida na tabela de Du Bois, e temos assim determinado o metabolismo basal pelo aparelho de Krogh, expresso em grandes calorias.

O valor normal do metabolismo basal, nas diferentes idades, é-nos dado pelos cálculos de Aub e Du Bois, na seguinte tabela:

Calorias por m² de superfície do corpo (em função do pêso e da altura) *e por hora:*

Idade	Homens	Mulheres
14-16	46	43
16-18	43	40
18-20	41	38
20-30	39,5	37
30-40	39,5	36,5
40-50	38,5	36
50-60	37,5	35
60-70	36,5	34
70-80	36,5	33

Para calcularmos por % o aumento ou a diminuïção do metabolismo basal, estabelecemos a diferença entre o número deter-

minado na experiência e o número, representando o valor normal, encontrado nestas tabelas, segundo o sexo e a idade do doente; multiplicamos essa diferença por 100 e dividimos pelo valor normal.

O METABOLISMO BASAL NO HIPERTIROIDISMO

Por consenso quási unânime dos clínicos, é aceita a classificação de Boothby, dividindo em dois grupos as doenças consideradas sob o ponto de vista do metabolismo basal: doenças com metabolismo basal normal (entre + 10 e — 10 %); doenças com metabolismo basal elevado (superior a + 10 %); doenças com metabolismo basal diminuido (inferior a — 10 %).

Pode-se afirmar que qualquer diferença superior a 10 %, em comparação com as tabelas de Harris-Benedict, Du Bois, etc., é de causa endógena e patológica; resulta, em regra, de perturbações das secreções internas.

Todavia, há ainda muitos pontos a esclarecer no metabolismo das diferentes doenças (1), e as únicas conclusões definitivamente estabelecidas pelos clínicos, que se têm dedicado a estas determinações, são: que o metabolismo basal aumenta ou diminui consoante a actividade da glândula tiroideia; e que o aumento do metabolismo corresponde a um hipertiroidismo e a sua diminuïção a um hipotiroidismo. Por conseqùência, é no diagnóstico das perturbações da tiroideia que o metabolismo basal apresenta um valor indiscutível e definitivo. É a tiroideia que, mais do que qualquer outro órgão, actua sôbre o metabolismo. O seu exame, além do diagnóstico das perturbações dessa glândula, permite-nos, demais, determiná-las quantitativamente.

Conforme admitimos em trabalho anteriormente publicado (2), compreendemos por «hipertiroidismo» a doença de Basedow

---

(1) No Serviço do Prof. Kraus, de Berlim, recorria-se ao exame do metabolismo basal sempre que havia modificações acentuadas da nutrição (no basedow, no mixoedema, na espamofilia, etc.); quando era preciso saber se a nutrição de um indivíduo era estável ou labil; e nas modificações da nutrição provocadas pelos alimentos, medicamentos, Raios X, etc.

(2) Eduardo Coelho: *A insulina no tratamento do hipertiroidismo e o antagonismo tiro-pancreático.* «Lisboa Médica», n.º 12, 1926.

pròpriamente dita, os bócios basedowificados, que os autores inglêses e americanos designam pelo nome de adenoma tóxico da tiroideia com hipertiroidismo, e ainda os sindromas hipertiroideus chamados frustes, com um pequeno bócio, ou mesmo sem bócio, e com a restante gama sintomatológica mais ou menos completa.

Podemos dizer, de uma maneira geral, que a intensidade do aumento de metabolismo mantém uma relação directa com a do hipertiroidismo. Nos casos ligeiros observam-se valores de + 20 e + 30 %; nos casos graves, os valores podem passar de + 100 %.

Os casos de hipertiroidismo com metabolismo mais elevado, que encontrámos na literatura médica, são o de Marañon, com + 150 %, e o de Elliot com + 170 %.

Entretanto, há doentes com uma sintomalogia bem marcada, assumindo uma certa gravidade, e com um valor médio do metabolismo basal. Uma doente, a nosso cargo, na Enf.ª M I B, cama 8, com tremores intensos, 140 pulsações por minuto, palpitações que a incomodam sobremaneira, forte pulsação supraesternal, bócio, emmagrecimento, grande nervosismo, mas sem sinais oculares, apresenta um metabolismo de + 42 % (3).

Mesmo o prognóstico do hipertiroidismo nem sempre depende dos valores do metabolismo.

Os investigadores americanos exageram, reduzindo a três categorias os doentes com hipertiroidismo: casos ligeiros com metabolismo de + 10 a + 20 %; médios, com + 40 a + 60 %; casos graves com médias superiores a 60 %.

Há formas típicas de Basedow com um aumento de metabolismo moderado, médio ou elevado. Não há, portanto, correspondência das três variedades de hipertiroidismo dos autores americanos a três graus distintos de aumento de metabolismo.

Posto-que, em alguns casos, a elevação das trocas respiratórias seja paralela à gravidade da doença (Mac Caskey), noutros, há factores que influem em alto grau sôbre a marcha e sôbre o prognóstico da doença e que não podem ser medidos pela determinação do metabolismo porque, embora relacionados com o hipertiroidismo, dêste não dependem directamente.

Mas podemos afirmar que o metabolismo nos dá o conheci-

---

(3) Novembro, de 1926.

mento da intensidade da hipersecreção tiroideia. Foi o que mostraram, há mais de trinta anos, Frederico Muller e Magnus Lévy, na Alemanha, e confirmaram, nos últimos anos, outros investigadores alemães e americanos.

Du Bois, em 19 casos de doença de Basedow com sintomatologia exuberante, encontrou em 11 o metabolismo superior a 70 %, e em 8, a 50 %. Em 16 casos, com os sintomas menos pronunciados, o metabolismo oscilava entre diferentes valores acima do normal, nunca ultrapassando um aumento de 50 %.

Idênticas observações têm verificado Boothby, Grafe, Labbé, Stévenin, Means e Sandiford. Em 182 casos de bócio exoftálmico examinados antes do tratamento, observou êste último autor um valor médio de 51 %, acima do normal.

É ainda sôbre a determinação da intensidade do metabolismo basal que nos devemos apoiar para o tratamento da doença de Basedow.

Means coloca todos os doentes em repouso completo, no leito. Se o repouso faz baixar o metabolismo, considera o tratamento cirúrgico contra-indicado.

Depois do tratamento médico, da radioterapia, da tiroidectomia parcial ou da laqueação das artérias tiroideias, o estudo do metabolismo em série é da maior importância para apreciar os resultados. Esta prova fisiológica, aplicada como contrôle terapêutico por numerosos autores (Means, Grafe, Boothby, Sandiford, Marañon, Labbé, Janet, Du Bois, etc.) mostrou que à cura corresponde sempre a normalização do metabolismo, e que êste desce à medida que os sintomas do hipertiroidismo vão desaparecendo, seja qual fôr o método do tratamento empregado.

O estudo em série de metabolismo basal no decurso do tratamento permite, alfim, descobrir um mixoedema operatório e administrar precocemente o extracto tiroideu.

Têm-se apontado alguns casos de doença de Basedow em que o metabolismo não corresponde ao diagnóstico clínico. Por isso Crile considera o metabolismo basal um processo valioso para o diagnóstico do hipertiroidismo, sem, entretanto constituir um processo específico, contràriamente ao que afirma Grafe.

Demais, a quási totalidade dos casos com metabolismo aumentado, afora as doenças febris, é devida ao hipertiroidismo.

É no Basedow fruste que a prova do metabolismo basal nos dá um precioso meio de diagnóstico. Means seguiu doentes que pareciam atingidos de meras perturbações cardiovasculares, que tinham um metabolismo basal exagerado, e nos quais a evolução mostrara serem casos verdadeiros de bócio exoftálmico.

Só a prova do metabolismo basal permitirá também afastar do diagnóstico de hipertiroidismo os casos tão numerosos de emmagrecimento, taquicardia, palpitações, tremores, reacções vasomotoras, alguns dos quais cabem no grupo, designado por Marañon, de nevroses vegetativas pseudo-hipertiroideias.

Na tendência actual de em tudo se observarem — tantas vezes erradamente — influências endocrinícas, muitos casos se rotulam de doença de Basedow, nos quais os sindromas cardiovasculares com palpitações e taquicardia nenhuma relação têm com a glândula tiroideia.

Kessel, Lieb e Hyman encontraram numerosos doentes que traziam o diagnóstico de doença de Basedow, sem que na realidade tivessem essa doença. As chamadas taquicardias de guerra foram por alguns autores agrupadas no hipertiroidismo, concepção patogénica de hipertiroidismo fruste que encheu alguns serviços hospitalares com êsses doentes. Um dos exemplos mais frisantes é o relatado por Peabody, Sturgis, Tompkins e Wearn, de um grupo de soldados com «astenia neurocirculatória» *(irritable heart)*, quási todos com um diagnóstico falso de hipertiroidismo.

Durante os últimos anos eram diagnosticados freqüentemente de hipertiroidismo os doentes que, consoante a moda e o critério pessoal de cada clínico, são conhecidos pelos diferentes diagnósticos de neurose cardiovascular, coração irritável, astenia neuro-cardíaca, neuroses vegetativas, vagotonia, etc. Refere Marañon que uma elevada percentagem de doentes vindos à sua consulta com o diagnóstico de hipertiroidismo apôsto nas consultas de neurologia, eram casos dêsse género.

Estes doentes, possuindo sintomas de predomínio vegetativo semelhantes aos sintomas hipertiroideus devem ser eliminados do quadro do hipertiroidismo depois de feita a determinação do metabolismo basal. É precisamente na eliminação dêstes casos,

segundo afirmam os autores americanos, principalmente Boothby, Montoro e Du Bois, que a prova do metabolismo basal atinge a maior utilidade diagnóstica. Entre os autores europeus, Labbé, Stévenin, e Marañon são de opinião idêntica.

Ao lado dêstes doentes com sensações cardíacas subjectivas, palpitações, taquicardia, ansiedade, tremores, chegando mesmo a um ligeiro aumento da tiroideia e a uma perda de pêso, sintomas que constituem o grupo clínico da *neurose vegetativa pseudo-tiroideia* estabelecido pelas determinações do metabolismo basal, há estados iniciais de acessos evolutivos de reinfecção tuberculosa, com emmagrecimento, taquicardia, palpitações, tumefação da tiroideia, ou doentes com simples anorexia mental, apresentando emmagrecimento, palpitações e aumento da glândula tiroideia, ou casos de magreza constitucional, que, muitas vezes, levam o clínico a pensar em doença de Basedow, na qual estes sintomas são a regra.

A determinação do metabolismo basal impõe-se nesses doentes suspeitos de hipertiroidismo.

As provas até aqui empregadas — a administração de extracto tiroideu durante quatro dias, de bromidrato de quinino durante três dias, a prova de Lœwi e de Gœtsch, a de Claude, a da hiperglicemia provocada pela ingestão de glicose, a determinação da fórmula leucocitária, etc. — como processos de diagnóstico diferencial, são muito inferiores à prova do metabolismo basal.

Embora despida do qualificativo de específica, é de tôdas a mais característica e exacta.

Entre as determinações de metabolismo basal, a que temos procedido, encontramos aqueles dois tipos de doentes de que vimos falando, e para o diagnóstico dos quais a prova do metabolismo é do mais alto valor: doentes com grande emmagrecimento, tremores, taquicardia, palpitações, sem bócio e sem sinais oculares, e cujo exame metabólico mostrou serem casos de hipertiroidismo; por outro lado, doentes com a *neurose vegetativa pseudohipertiroideia*, que lembravam, por alguns dos seus sintomas o quadro do hipertiroidismo.

A determinação do metabolismo basal foi da maior importância para o diagnóstico dos primeiros e permitiu afastar os segundos do quadro do hipertiroidismo.

Do primeiro grupo, apresentamos dois casos. Do segundo, tres

relatamos apenas um, embora tenhamos outras observações, idênticas na sua sintomalogia, simulando a doença de Basedow.

Descrevemos a seguir, em resumo, a sintomatologia apresentada pelos nossos doentes (1).

Caso I — M. J. B., casado, carteiro, de 37 anos de idade.

ANAMNESE

Doença actual — Começou a emmagrecer há oito meses. Pesava, então, 78 quilogramas. Há cinco meses que tem muitos tremores por todo o corpo, principalmente quando se levanta. Os tremores têm aumentado ùltimamente. Sempre muito apetite. Diurese abundante — uma média de 2 litros. Tem muitas vezes palpitações e queixa-se de astenia e cansaço, que há alguns meses o impossibilitam de trabalhar. Suores profusos. Não tem perturbações gastro-intestinais.

História pregressa — Tem tido várias *grippes*.

Antecedentes familiares — Sem importância.

OBSERVAÇÃO

Constituïção normal. Mau estado de nutrição. Tremores digitais muito acentuados e em todo o corpo, principalmente quando o doente se levanta. Ausência dos sinais oculares da doença de Basedow e de bócio.

Pêso — 68 quilogramas. Altura 1,60 m.

Tórax — 20 respirações por minuto. Simétrico.

Pulmões — Exame negativo.

Coração e vasos — Pulso radial freqüente, cheio, rítmico, 120 pulsações p./m. Tensão $^{19}/_{10}$ (Pachon).

Sistema nervoso — Reflexos normais.

Glicemia — 0,9 $^{0}/_{00}$.

Análise de urinas — Nada apresenta de anormal.

Estabelecemos-lhe a dieta especial durante 3 dias e fazemos-lhe a determinação do metabolismo basal.

17 de Outubro de 1926. M. B. = + 73 %

Começa o tratamento pela insulina.

Nos primeiros 8 dias toma 20 U. Lilly, recebendo a mesma alimentação anterior ao tratamento, apenas um pouco mais rica em hidratos de carbó-

---

(1) Desde que escrevemos êste trabalho até à data em que o revemos (30 Nov. 1926 — 30 de Abril de 1927), examinámos ainda um caso de *hipertiroidismo fruste*, que só a prova do metabolismo basal permitira diagnosticar, e dois casos de bócio simples, que erradamente tinham sido rotulados, antes do nosso exame, de doença de Basedow.

nio. Ao fim de 8 dias aumentamos-lhe a dose de insulina para 40 U., depois para 60 U.

14 de Novembro, 1926. O doente apresenta as seguintes modificações: Pêso 71,500. Pulsações 96 p/m. Tensão $^{17}/_{10}$ (Pachon). Ausência de tremores no tronco e membros; apenas uns ligeiros tremores digitais. Não tem cansaço, tendo retomado o trabalho. Diurese diminuida — 1 $^1/_2$ litros nas 24 horas. Não tem palpitações.

M. B = + 35 %

Caso II — H. B., de 29 anos, solteira (doente do Dr. Luís Pacheco).
Sintomas apresentados: taquicardia, palpitações e emmagrecimento.
Número de pulsações: 133 p/m.
Pêso 51 kg. Alt. 1,60 m.
Não tem outros sintómas de hipertiroidismo.
8 de Dezembro, de 1926. M. B. = + 30 %.

Caso III — C. C., de 33 anos, casada (doente do Prof. Egas Moniz).
Há ano e meio que começou a emmagrecer, a ter tremores, taquicardia e palpitações.
Número de pulsações: 110 p/m.
Pêso — 45,500 kg. Alt. 1,53.
Não tem bócio, nem exoftalmos.
11 de Dezembro, 1926. M. B. = + 21,6 %.
15 de Dezembro, 1926. M. B. = + 22 %.

Caso IV — A. V., de 31 anos, casada.

ANAMNESE

Doença actual — Foi sempre bastante nutrida e tem estado ùltimamente em regímen de superalimentação.

Em Março p. p. pesava 108 quilogramas.

Queixa-se de palpitações, tremores e grande excitabilidade. Astenia e cansaço.

Os seus padecimentos não têm cedido aos calmantes. Começou a tomar iodo sob a forma de sol. de Lugol, por indicação de um colega, não se tendo dado bem com esta medicação.

História pregressa — Teve uma pleurisia há anos.

OBSERVAÇÃO

Boa constituïção e bom estado de nutrição. Tremores digitais ligeiros. Grande nervosismo. Pêso 100,900 quilogramas. Altura 1,68. Região cervical abaülada.

Coração e vasos — Pulso freqüente, rítmico, 120 pulsações por minuto. Tensão $^{16}/_{10}$.

Procedemos ao exame do metabolismo basal.

30 de Novembro, 1926. M. B = + 10 %

A curva da glicemia experimental é também normal.

Os quatro casos clínicos, que resumimos, mostram-nos à evidência a grande utilidade do metabolismo basal para o diagnóstico das formas de hipertiroidismo desprovidas de bócio e de sintomatologia ocular, e para invalidarmos êsse diagnóstico nos casos de neurose vegetativa pseudo-tiroideia. O I, II e III casos, com taquicardia, emmagrecimento e tremores, só pelo exame metabolimétrico podiam ser diagnosticados de hipertiroidismo; o IV, com metabolismo basal normal, parece ter sido, até, rotulado de hipertiroidismo, pois que foi medicado pelo sol. de Lugol. Poderá impressionar, neste último, o exagerado estado de nutrição, embora tenha havido diminuïção de pêso, para que se pudesse pôr a hipótese de hipertiroidismo. Êsse facto não depunha contra o diagnóstico de Basedow porque existem doentes com hipertiroidismo que não perdem de pêso, mas até conservam um óptimo estado de nutrição, associado à rica, intensa sintomatologia tiroideia. Em tais doentes, o metabolismo basal encontra-se igualmente aumentado, se bem que mais moderadamente. A relação de dependência directa entre a diminuïção de pêso e o aumento de metabolismo notado por muitos investigadores, e especialmente por Murray, nem sempre existe. Há variações consideráveis de metabolismo basal sem que o pêso seja modificado.

O emmagrecimento de algumas doentes nervosas, com a restante sintomatologia do IV caso, possuindo, por vezes, a tiroideia um pouco saliente, ou o emmagrecimento resultante de anorexia mental, de perturbações digestivas, etc., dá sempre valores de metabolismo basal normais ou inferiores ao normal.

O I caso mostra-nos ainda a utilidade que tem a determinação do metabolismo basal no contrôle terapêutico, e, como sob a acção da insulina, e à medida que a sintomatologia tiroideia vai desaparecendo, o metabolismo diminui. De feito, antes do tratamento, o M. B. era igual a + 73 %, e 27 dias após o tratamento insulínico, o M. B. baixou para + 35 %. Por razões, que não vêm para aqui, não pudemos seguir o doente.

O tratamento do II e III casos, que o exame do metabolismo veio indicar, será também controlado por determinações em série desta valiosa prova fisiológica.

O que dissemos para o hipertiroidismo de idêntica sorte se aplica ao hipotiroidismo. Nos chamados mixoedemas frustes, a determinação do metabolismo basal, dando-nos a chave do diagnóstico, implìcitamente nos conduz à terapêutica tiroideia.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AUB e TAYLOR — The effect of body tissues other than the Thyroid upon the basal metabolic rate. *Endocrinology*, VI, 1921.

BENEDICT, G. — Methoden zur Bestimmung des Gaswechsels bei Tieren und Menschen, 1924.

BOOTHBY — The Fundamental classification of diseases by basal metabolic rate. *The Journ. of the Am. Med. Assoc.* 78, 1921.

CRILE — The Thyroid Gland, 2.ª ed. 1923.

DU BOIS — Basal Metabolism in Health and Disease — 1924.

ELSE — Basal Metabolism, 1922.

FRANCK e HERZGER — Untersuchung d. Gasstoffwechsels beim Menschen. *Kl.* n.º *Woch.*, 19, 1926.

GOETSCH — Endocrinology and Metabolism, 1922.

GRAFE — Die anderweitig pathologish bedingten Variationen des Gesamtstoffwechsels — *Verh. d. Gessell. f. Verd. und Stoffwechsels.*, 1926.

—— Die pathologiche Phisiologie des Gesamtstof und kraftwechsels bei der Ernährung des Menschen, 1923.

JANET, H. — Le métabolism basal en clinique. 1 vol., 1922.

KESTNER — Physiologische Variationen d. Stoffwechsels — *Verh. d. Gessell. f. Verd. und Stoffwechsels.* 1926.

KROGH, A. — Ein Respirationsapparat zur klin. Bestimmung des Energieumsatzes des Menschen. *W. klin. Woch.*, n.º 13, 1922.

—— Sur un appareil respiratoire enregistreur servant à déterminer l'absorption d'oxigène et les échanges caloriques de l'Homme *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. LXXXVII, pág. 458.

LABBÉ, M. — Diagnostic des Syndromes Thyroidiens, *Presse Med.* n.º 65, 1926.

LABBÉ E STÉVENIN. — Métabolisme basal chez les Basedowiens. *C. R. de la Soc. de Biologie*, Maio, 1922.

—— Technique de la mesure des échanges respiratoires. *Presse Med.* 30 Set., 1922.

LIEBESNY, P. — Die klinische Bedeutung des Gaswechseluntersuchung beim Menschen. *Med. Klin.*, n.º 20, 1922.

—— Messung des Grundumsatzes — *Kl. Woch.*, n.º 2, 1926.

MARAÑON, G. E CARRASCO, E. — Sur la valeur clínique de la détermination du métabolísme basal. *Ann. de Méd.* n.º 2, 1923.

MARAÑON, G. — Problemas actuales de la doctrina de las Secreciones internas, 1922.

MEAKINS, J. — Basal metabolic Rate: its determination and clinical significance. Separata do *Edinb. Med. Journ.*, Jan., 1922.
MURRAY — Hyperthyroidism. *The Brit. Med. Jour.* n.º 3206, 1922.
STÉVENIN, H. e JANET, H. — Le métabolisme basal, *Ann. de Méd.* n.º 5, 1923.
TERROINE, E. e ZUNZ, E. — Le métabolisme de Base, 1925.
WAHLBERG, J. — Das Thyreotoxikosesyndrom. *Acta Med. Scand.*, supl. XIV, 1926.

Vacina antipiogenica polivalente Bruschettini

(Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.)

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

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

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

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

USO — Uma injecção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injecções diarias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem aplicação direta nas formas abertas, segundo instruções.

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

E' garantida a sua inocuidade.

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

Polivacina antipiogenica Bruschettini

(Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.)

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

Sôro-vacina Bruschettini

(Caixas de 10 ampôlas de 1 cc.)

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

Vacina curativa Bruschettini

(Caixas de 3 ampôlas de 1 cc)

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

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschettini

(Caixas de 5 ampôlas de 1 cc.)

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

Vacina antigonococica Bruschettini (Polivalente)

(Caixas de 5 ampôlas de 2 cc)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: «**Antigono**»

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

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

USO — Uma injecção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injecções diarias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampôlas), alternadas em alguns casos com instilações uretrais de vacina (1 ampôla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e aplicação local na mulher, segundo instruções.

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

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214 — LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."

Adrenoserum "Ibys"

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

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

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

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

Tambem temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

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

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

USO — De duas a quatro ampôlas no primeiro dia em injecção subcutanea, e duas ampôlas nos dias seguintes.

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

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

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID

DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTES

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

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

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — **Como curativa:** uma injecção subcutanea de dois em dois dias, começando por $^1/_2$ cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

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

Atosferin "Ibys"

FORMULA — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha tambem a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

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

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

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

Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidifterico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

Revista dos Jornais de Medicina

Pancreatite aguda. *(Acute pancreatitis)*, por D. Chamberlain. — *Brit. Journ. cf. Surg.*, Janeiro de 1927.

O quadro clínico da pancreatite aguda constitui a sintomatologia abdominal mais intensa com que é dado deparar-se na prática e como diz Deaver, a menos que um cirurgião tenha visto dois ou três casos ou que traga constantemente presente a possibilidade de tal afecção, só raras vezes se acerta o diagnóstico antes da abertura do abdómen.

Além dos sintomas que correntemente se descrevem, há dois outros menos conhecidos e importantes: a descoloração dos tegumentos dos flancos, proveniente da auto-digestão dos tecidos retro pancreáticos e retro-peritoniais e dos líquidos que por essa razão se acumulam nas partes moles e a cianose do doente.

É uma afecção de oportunidade exclusivamente cirúrgica; ainda que seja admissível a possibilidade de uma cura espontânea, a mortalidade nos casos clínicos sem intervenção cirúrgica é muito elevada. A intervenção consiste na drenagem do pâncreas e da vesícula biliar.

As *sequelae* operatórias dos casos mais afortunados são os transtornos digestivos e as dos casos mais graves os falsos quistos pancreáticos e a fístula pancreática.

O exame anátomo-patológico do pâncreas revela um edema da glândula, aumento do seu volume, hemorragias intra-parenquinatosas, supuração por vezes, distensão ou ruptura do peritónio que recobre a glândula, necrose gorda da fáscia abdominal.

O A. isolou 14 vezes em 4 casos um estreptococo hemolítico da bílis, posto-que em 3 casos a vesícula biliar fôsse aparentemente normal.

A partir de infecção da vesícula infecta-se depois o pâncreas, por via linfática.

A infecção da glândula é pois o principal estimulante da reactivação do tripsogéneo e da auto-digestão em última análise.

A seroterapia anti-estreptocócica pode ser empregada com vantagem.

Morais David.

Indicações da laqueação das artérias tiroideias no tratamento do bócio exoftálmico. *(Indications de la ligature des artères thyroidiennes dans le traitement du goitre exophtalmique)* — *Pres. Med.*, 5 de Janeiro de 1927.

A laqueação das artérias tiroideias constitui apenas um tempo operatório indispensável para a execução da lobectomia tiroideia.

Com a laqueação arterial preliminar a tiroidectomia torna-se simultâneamente de uma maior facilidade e mais benigna.

A tiroidectomia, variável na sua extensão conforme a gravidade do caso considerado, constitui a única intervenção de resultados seguros.

Os dados que a observação clínica fornece e o estudo do metabolismo basal são os elementos preciosos para a apreciação dos vários casos. A observação clínica incidirá principalmente sôbre a idade do doente, o estado de actividade do bócio e a sua natureza.

A laqueação tem a mais formal das indicações tôdas as vezes em que o estado do doente faz prever uma reacção post-operatória intensa.

Das artérias tiroideias são as superiores as que de preferência se devem laquear, cada uma em sua sessão operatória.

Os resultados que se obtêm com as laqueações parecem mais ligados a interrupção dos feixes nervosos peri-arteriais do que à modificação circulatória da glândula. A laqueação arterial, só por si, é um tratamento insuficiente.

MORAIS DAVID.

¿Pode a insulina curar a diabetes? *(L'insuline peut-elle guérir la diabète?)*, por DESGREZ, RATHERY, FROMENT — *Pres. Med.*, 15 de Janeiro de 1927.

Conclusões sob o ponto de vista físio-patológico:

A insulina é um medicamento sintomático de uma eficácia incontestável. Na maioria dos casos parece actuar como complemento de uma secreção interna deficitária. Em certos diabéticos porém o efeito de uma injecção pode manifestar-se em dias sucessivos e daí a idea de que a insulina possa exercer um papel estimulante sôbre a actividade de certas glândulas (pâncreas ou outras), estímulo que por vezes permanece um certo tempo.

Uns diabéticos são mais sensíveis do que outros à acção da insulina; alguns quási parecem refractários à hormona pancreática.

Conclusões sob o ponto de vista terapêutico:

A acção da insulina pode desenvolver-se com maior ou menor rapidez, o que talvez seja explicável pela possibilidade de tipos de lesão diferentes e da sua maior ou menor capacidade de regeneração.

Contràriamente à opinião da maioria dos autores, a insulina pode ser considerada como um agente terapêutico curativo; convém contudo dar a devida conta às recaídas da doença que se podem verificar depois de muitos meses de aglicosúria e aumento nítido do coeficiente de utilização dos hidratos de carbone.

As normas indispensáveis para obter os melhores resultados curativos da insulina são o tratamento precoce e intensivo, com a dose óptima adequada ao caso sujeito e variável de um momento para o outro, dentro do mesmo caso clínico.

MORAIS DAVID.

A cirurgia na diabetes, encarada sob um ponto de vista médico. *(Diabet surgery from a medical point of view)*, por E. JOSLIN. — *Bost. Med. Surg. Jour.*, 27 de Janeiro de 1927.

Breviário das normas seguidas no Deaconess Hospital para o tratamento das diabetes cirúrgicas.

1.º Antes da operação reforçar as reservas de glicogénio no fígado como medida de precaução contra o anestésico. Para isto dêem-se hidrátos de carbone sob a forma de caldos de farinha de aveia, água de cereais, sumo de laranja ou torradas com chá.

2.º Após a operação evite-se a hiperglicemia e a acidose, assim como a hipoglicemia por insuficiência alimentar ou excesso de insulina. Para as primeiras 24 horas que se seguem à operação usar a água de flocos de aveia, pão rolão, leite diluído, *ad libitum*.

Dêm-se hidrátos de carbone 3 horas antes e 3 horas depois da intervenção cirúrgica, por via bucal, rectal, ou intra-venosa.

3.º Se a insulina tiver sido usada regularmente pelo doente, continui-se com o mesmo número de unidades diárias, mas dividido em doses mais pequenas.

Se a insulina não tiver sido usada, dá-la quando duas amostras sucessivas de urina revelarem a presença de açúcar e inversamente omití-la quando duas análises sucessivas forem negativas ao açúcar.

Durante a convalescença, quando a urina não contiver glicose, verificar a miúde a exactidão da dose de insulina, suspendendo ou reduzindo uma dose, usualmente a da noite.

4.º O tratamento da diabetes tem hoje como base dados de um valor scientífico tão sólido que se pode afirmar que um tratamento sem um bom resultado significa uma complicação qualquer.

«Recordar sempre que a diabetes é uma boa doença, mas que tem más companhías e que estas lhe têm prejudicado a reputação.»

MORAIS DAVID.

O progresso na obstetrícia. *(Progress in obstetrics)*, por R. L. de NORMANDIE — *Bost. Med. Surg. Jour.*, 28 de Outubro de 1926.

O autor compila no seu artigo as referências mais modernas e mais importantes que dizem respeito à obstetrícia e dentre elas mencionamos, por exemplo, as do tratamento das convulsões eclâmpticas pela injecção intra-muscular de sulfato de magnésia. Sôbre o assunto são particularmente importantes os trabalhos de Dorsett, em um total de 38 casos clínicos. A injecção intra-muscular de 15 cc. de soluto de sulfato de magnésia a 25 % tem uma acção evidente sôbre as convulsões. A dose inicial de 15 cc. não é tóxica. Êste método de tratamento não só produz um relaxamento do sistema muscular voluntário, como faz baixar a pressão intra-craniana, diminuindo o

edema cerebral, estimula a diurese e combate o edema geral. A eclâmpsia é mais uma condição médica do que cirúrgica e qualquer intervenção no sentido de antecipar o parto é, além de desnecessária, grandemente inconveniente.

O artigo contém ainda as notícias mais recentes sôbre vários capítulos, tais como:

As anemias graves da gravidez e puerpério. Gengivite proliferativa da gravidez. Os tons cardíacos fetais durante o trabalho de parto. Estado actual do emprêgo do mercurocromo em injecção intravenosa, etc.

MORAIS DAVID.

A eliminação do iodo pela urina em pessoas normais e no bócio exoftálmico. *(The elimination of iodine in the urine, in normal persons and in exophtalmic goiter)*, por R. CATTELL. — *Bost. Med. Surg. Jour.*, 8 de Julho de 1926.

A terapêutica do bócio exoftálmico pelo iodo, que é principalmente valiosa como elemento preparatório para o acto cirúrgico, assenta ainda em dados de um relativo empirismo pelo que se refere à sua dosagem.

O A. estuda a excreção urinária do iodo em indivíduos normais e em doentes com bócio exoftálmico. No primeiro grupo efectuou cinco observações que demonstram uma curva de eliminação irregular, com um metabolismo basal invariável no decurso das experiências. No segundo grupo estudou quarenta e seis doentes de bócio, repetindo os seus exames a várias alturas da medicação iódica e em alguns dêles com observações antes e depois da intervenção cirúrgica. A excreção diária nestes casos é inferior à dos indivíduos normais, especialmente depois da operação. As grandes doses eliminam-se quási instantaneamente pelas urinas e da experiência clínica resulta que com pequenas doses se obtêm efeitos comprovados. Daqui a indicação de doses pequenas. O A. usa cinco gotas de soluto de lugol num curto período antes da operação.

MORAIS DAVID.

A profilaxia da difteria. *(Diphteria prevention)*, por B. WHITE.—*Bost. Med. Surg. Jour.*, 23 de Agosto de 1926.

Na posse dos meios acessórios para a profilaxia segura da difteria — imunização activa por meio da injecção da toxina-antitoxina e reconhecimento dos indivíduos sensíveis a infecção por meio da reacção de Schick — ainda hoje as estatísticas nos mostram um número variável, mas sempre elevado, de mortes por esta doença.

O tratamento específico, independentemente dos múltiplos riscos que decorrem do médico ou do doente, não resolve, como é evidente, êste magno problema.

Ex.mo Sr.

C. A. Glade

Rua Vitor Cordon, 7

Lisboa

Não é o tratamento da doença em curso que mais interessa ao bem comum, mas sim a prática dos tratamentos preventivos pelo uso da toxina-antitoxina, cujas normas gerais podem assim ser indicadas:

Tôdas as crianças entre os 6 meses e os 10 anos de idade devem receber 3 injecções de 1 cc. de toxina-antitoxina, separadas por intervalos de uma semana. As crianças das escolas, com idade acima dos 10 anos, devem ser observadas no sentido da sua receptividade por meio da reacção de Schick e às que se mostrarem sensíveis fazer as 3 injecções de toxina-antitoxina, como foi já indicado; o mesmo se aplicará aos adultos, em meios escolares hospitalares ou outros.

Tôdas as pessoas a quem se tenham feito as injecções toxina-antitoxina carecem de uma nova observação com referência à sua receptividade; os que têm reacções de Schick positivas recebem uma nova série de injecções, idêntica à primeira.

A solução da toxina a empregar nas reacções de Schick, tem de ser fresca.

A reacção de Schick provoca-se pela introdução de $^1/_{10}$ cc. a solução nas camadas mais externas da pele. O resultado deve apreciar-se só ao 4.º ou 5.º dia da injecção.

MORAIS DAVID.

Seqüelas cardiacas da difteria. *(After effects of diphteria on heart)*, por J. HOSKIN — *Lancet*, 12 de Junho de 1926.

16 casos de difteria foram observados cuidadosamente, sob o ponto de vista cardíaco, durante o seu internamento e depois disso.

A taquicardia existe em todos os casos; as perturbações de ritmo são raras. Em 3 casos havia alargamento da ária cardíaca, sendo porém de notar que em um dêles, como complicação de um reumatismo antigo, ficaram lesões de endocardite com insuficiência mitral. São freqüentes as alterações dos tons cardíacos, acentuações, desdobramentos, sopros, etc.

O A. julga que as repercussões tardias da toxina diftérica são mais vulgares do que geralmente se imagina.

MORAIS DAVID.

Gangrena diabética e arteriosclerótica dos membros inferiores. Análise de 100 casos de amputação. *(Diabetic and arteriosclerotic gangrene of the lower extremities. Analisis of one hundred cases of amputation)*, por E. L. ELIASON e V. W. M. WHRIGHT — *Surg., Gyn. and Obst.*, Junho de 1926.

Quanto maior é a prática clínica dos casos de gangrena diabética quanto mais saliente se torna a íntima analogia que apresentam com os de gangrena senil ou arteriosclerótica. Em ambas as condições se encontram os processos de alteração vascular e insuficiência nutritiva.

A média da idade em que sobrevêm as alterações circulatórias dá uma maior precocidade para os casos de diabetes do que para os de simples arteriosclerose. A diabetes concorre como um factor de predisponência importante e daí a explicação para esta precocidade apontada.

O material de estudo comporta um total de 100 casos, sendo 55 de gangrena diabética e 45 de gangrena por arteriosclerose. Um quinto ou um quarto dos diabéticos morre com gangrena e isto serve para mostrar o interêsse com que o médico deve tratar esta complicação.

O traumatismo como causa de gangrena é mais freqüente na diabetes.

O regime alimentar e a insulina são essenciais como tratamento pre e post-operatório.

Nos casos de maior urgência cirúrgica é indicado intervir sem quaisquer medidas preparatórias e guardar os ditames do tratamento competente para o período imediato à intervenção.

Os anestésicos a preferir são o protóxido de azote, o éter e a raquianestesia.

A intervenção precoce e a amputação alta são duas normas a cumprir, sem excepção.

A mortalidade operatória na gangrena diabética foi de 3, 6 %; todos os casos de gangrena senil se curaram.

MORAIS DAVID.

Modo de absorção e mecanismo de acção do bismuto na sífilis experimental. *(Mode de resorption et mécanisme d'action du bismuth dans la syphilis experimentale)*, por LEVADITI, NICOLAU, SCHOEN, GIRARD, MANIN — *An. Inst. Past.* Julho de 1926.

A absorção do bismuto administrado por via intramuscular é função da sua solubilidade, os derivados insoluveis reabsorvendo-se lentamente os derivados solúveis ràpidamente. Os compostos insolùveis e o bismuto metálico só são assimiláveis depois de prévia solubilização, em contacto com os tecidos. Os derivados assim solubilizados formam compostos proteo-bismúticos e é sob esta forma que o bismuto circula no organismo e é eliminado pelo rim. Em contacto com o tecido muscular o bismuto produz fenómenos de diapese, degenerativos e regenerativos, mais acentuadas com os derivados insolúveis do que com os solúveis ou com os compostos próteo-metálicos. Os fagócitos incorporando o bismuto contribuem para a formação de depósito bismútico do qual depende em parte o sucesso da bismuterapia. O depósito bismútico é muito maior quando se empregam derivados insolúveis; o tecido muscular retém-no longos meses. Só quantidades muito pequenas vão entrando em circulação e essas bastam para exercer a sua acção espiroqueticida. A destruïção do espiroqueta parece ser a conseqüência de um processo lítico em que o bismuto tem o papel de um catalizador dos princípios espiroqueticidas elaborados pelo organismo.

MORAIS DAVID.

A excreção do ácido hipúrico nas afecções renais. *(L'excretion de l'acide hippurique dans les affections rénales)*, por J. SNAPPER e A. GRUNBAUM — *Pres. Med.*, 4 de Dezembro de 1926.

O rim humano é capaz de efectuar a síntese do ácido hipúrico. Em indivíduos normais 5 gr. de benzoato de sódio são excretados sob a forma de ácido hipúrico nas doze horas que se seguem à ingestão. Em indivíduos doentes, mesmo nos renais sem azotemia, a excreção do ácido hipúrico é normal, ao passo que nos azotémicos é retardada. O retardamento da excreção não depende de um retardamento na síntese do ácido hipúrico, mas de uma excreção deficiente; a síntese do ácido hipúrico faz-se normalmente, visto que nos azotémicos se podem encontrar grandes quantidades dêste ácido no sangue, após a ingestão do benzoato de sódio.

MORAIS DAVID.

As micoses pulmonares. *(Les mycoses pulmonaires)*, por P. NICAUD — *Pres. Med.*, 4 de Dezembro de 1926.

As afecções micósicas dos pulmões são bastante difíceis de identificar e de distinguir da tuberculose pulmonar de evolução tórpida. As micoses pulmonares associam-se freqüentemente às lesões de tuberculose pulmonar. Os dados clínicos, a história e a marcha geral da doença são elementos de mera presunção. O agente causal caracteriza-se pelo exame directo da expectoração, pelas culturas em meios apropriados e mais particularmente pelos resultados da inoculação experimental. Para se poder afirmar que um caso de micose pulmonar não é associado a tuberculose é preciso efectuar repetidamente os exames que comprovam a ausência do B. de Koch.

MORAIS DAVID.

A etiologia e patologia da úlcera péptica. *(The etiology and pathology of peptic ulcer)*, por CH. L. CONNER. — **O diagnóstico da úlcera péptica pelos raios X.** *(The diagnosis of peptic ulcer by X. ray)*, por ERN. L. DAVIS. — **O tratamento geral da úlcera péptica.** *(The general management of peptic ulcer)*, por F. H. LAHEY. — **Os aspectos médicos da úlcera péptica.** *(The medical aspects of peptic ulcer)*, por F. W. WHITE. — **Resumo geral acêrca da úlcera péptica.** *(General résumé of peptic ulcer)*, por CH. H. MAYO. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 18 de Novembro de 1926.

Uma série de cinco artigos que versam um assunto de interêsse e cujas conclusões merecem referência:

A teoria mecano-funcional e a teoria da corrosão para a patogenia da

úlcera crónica do estômago têm grandes nomes em seu abono, mas têm também um numeroso grupo de autores de nomeada e uma grande soma de trabalhos experimentais em discordância com tais ideias. Está assente que as úlceras crónicas se desenvolvem sôbre lesões agudas ou subagudas da mucosa. Existe um forte apoio experimental no papel da infecção hematogénia e em que a embolia e trombose desempenham um papel primacial na formação da maioria, senão da totalidade dêstes processos agudos. A anatomia dos vasos da região pilórica mostra que a sua disposição é tal que as alterações dos processos de irrigação sangüínea são mais do que prováveis na patogenia da úlcera. O agente causal é na maioria das vezes o estreptococo, o estafilococo e o coli bacilo. As úlceras agudas podem ser produzidas experimentalmente pela injecção de quási tôdas as variedades microbianas.

A cronicidade das úlceras deve depender da permanência da infecção, da extensão da perda de tecido normal, das alterações persistentes de endarterite e da extrema lentidão dos processos regenerativos no território lesado.

A perfeição do diagnóstico radiológico varia grandemente com a competência do técnico. Em média conseguem-se diagnósticos correctos em 75 a 80 % dos casos.

A sede da lesão tem uma alta importância no diagnóstico radiológico porque pode tornar-se mais ou menos visível, só pelo facto da sua localização.

É mesmo mais importante a sua localização do que o seu tamanho.

Pode não haver a imagem da úlcera, mas pode então esta traduzir-se por sinais radiológicos indirectos.

O tratamento cirúrgico mais recomendável para a úlcera duodenal, renitente ao tratamento médico, é a gastrectomia parcial. A aquilia gástrica que deriva desta intervenção garante um alívio prolongado dos sintomas, permite a sua cicatrização e impede a formação da úlcera gastro-jejunal ou jejunal.

No tratamento das úlceras duodenais benignas são de pesar as conseqüências inevitáveis da gastrectomia, que nestes casos particulares são outros tantos inconvenientes.

Nas úlceras gástricas incuráveis pelo tratamento médico e nos casos suspeitos de malignidade é preferível a gastrectomia parcial. Para todos os outros casos deve recorrer-se à gastroenterostomia. Se com êste tipo de intervenção e com o auxílio do tratamento médico continuam os sintomas clínicos, deve proceder-se à ressecção da úlcera.

A-par do tratamento cirúrgico convém ter sempre na devida conta o tratamento médico complementar.

Na precocidade do diagnóstico da afecção está muita vez o principal elemento para o bom êxito de qualquer tratamento.

O primeiro tratamento a ensaiar é o tratamento médico e depois dêste, se êle não basta, o tratamento cirúrgico.

No tratamento médico é indispensável uma rigorosa disciplina do doente, num lapso suficiente de medicação, qualquer que ela haja de ser.

O tratamento cirúrgico reserva-se a um número mínimo de úlceras de evolução arrastada, intratáveis mèdicamente.

MORAIS DAVID.

Miocardite reumatismal. *(Rheumatoid myocarditis)*, por B. J. CLAWSON. — *Arch. Path. Lab. Med.* Dezembro de 1926.

A marca anátomo-patológica particular do reumatismo articular agudo consiste nos nódulos inflamatórios de miocardite intersticial, conhecidos por nódulos de Aschoff. São estes nódulos granulomas peri-vasculares, do tecido conjuntivo, constituidos por um aglomerado de células, variáveis consoante os casos (linfocitas, grandes monomeleares ou *plasmazellen)*, com disposição particular e particulares afinidades còrantes.

O conceito etiológico do reumatismo que considera o estreptococo como agente causal da doença e a existência de aglutininas específicas para certas estirpes de estreptococos no soro das reumatizantes, tentaram o A. no estudo experimental da inoculação cardíaca de estreptococos aglutinados.

O A. provocou assim uma miocardite nodular em 34 coelhos e essa miocardite nodular reveste tôdas as particularidades de forma, de situação e de afinidades còrantes que se observam nos nódulos de Aschoff do reumatismo humano.

MORAIS DAVID.

Acção impeditiva de iodo sôbre a hiperplasia compensadora da glândula tiroideia da cobaia. *(Control of compensatory hyperplasia of thyroid of guinea-pigs by the administration of iodine)*, por D. MARINE — *Arch. Path. Lab. Med.* Dezembro de 1926.

O A. procede às suas experiências em cobaias parcialmente tiroidectomizadas. A oito animais extirpou um lobo e a outros oito um lobo e meio; a quatro animais de cada grupo fêz injecções de iodeto de potássio intraperitoniais (vinte e cinco milig. em um cc. de água), servindo os oito restantes de testemunhas.

Pôde verificar que esta dose de iodo impede completamente a hiperplasia compensadora da glândula operada, ao passo que nos animais testemunhas existia uma leve hiperplasia mas seguramente diagnosticável.

Do estudo resulta ainda a certificação de que a hiperplasia compensadora post-operatória estabelecida, entra em regressão por efeito da medicação iódica.

MORAIS DAVID.

A transfusão intraperitonial de sangue citratado nas intoxicações intestinais agudas da infância. *(Intraperitoreal transfusion of citrated blood in acute intestinal intoxications of infancy)*, por C. F. MCKLANN. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 30 de Dezembro de 1926.

Em doentes de tenra idade com menos de um ano, em atrépsicos, prematuros e em anémicos principalmente, as dificuldades na execução das transfusões intravenosas são tão grandes que estas se tornam quasi impraticáveis.

O método da injecção de sangue citratado ou de sangue desfibrinado por via intra-peritonial é de um grande valor e de uma facil execução. São uma raridade as complicações produzidas pela picada da injecção. O método gozando das virtudes que impõem a transfusão como meio terapêutico tem a mais ainda a vantagem de necessitar apenas de uma técnica rudimentar.

A absorpção, como se prova em experiência clínica e animal, é rapida mormente para a parte líquida do sangue. A absorpção é um pouco mais lenta nos casos de intoxicação intestinal agúda infantil, na parte dos elementos figurados do sangue; o plasma é absorvido sem diferença de outros casos clínicos em que o metodo foi empregado.

MORAIS DAVID.

O mecanismo da acção da insulina. *(Mechanism of insulin action)*, por E. MÜLLER, H. WIENER. — *Arch. Int. Med.*, Abril de 1926.

A insulina parece actuar por dois mecanismos bem diferentes. Um, que se verifica tôdas as vezes em que a insulina é introduzida no organismo por uma via que a leva ràpidamente ao contacto dos parenquimas (via sub-cutânea, via intra-venosa) e que constitui a verdadeira acção hormónica dêste poderoso agente terapêutico, e outro que deriva de um estímulo reflexo sôbre a acção glicogénica do fígado, por intermédio do sistema nervoso para-simpático, como acontece na injecção intra-dérmica da insulina.

Comparando os resultados experimentais da injeção intra-dérmica e da injecção sub-cutânea, conclui-se que a primeira provoca efeitos de maior duração, mas muito mais precoces e em desacôrdo com a quantidade de insulina absorvida. Dêsse estudo comparativo resulta ainda que o efeito obtido pela administração intra-dérmica é independente da dose empregada, ao contrário do que acontece com a injecção sub-cutânea, em que há sempre uma relação nítida entre dose e efeito.

MORAIS DAVID.

A diagnose radiológica do cancro gástrico. *(La diagnose radiologica del cancro gastrico)*, por L. PIERGROSSI — *Rinasc. Med.*, 15 de Março de 1927.

Em resumo diz:

O exame radiológico é o único meio capaz de despistar o cancro do estômago com uma precocidade relativamente boa e com as maiores garantias de intervenção cirúrgica eficaz.

O artigo contém uma série de documentos radiológicos de cancro do estômago, diferenciando-os da úlcera gástrica.

O A. insiste sôbre a necessidade de praticar o exame radiológico sistemàticamente e com a maior precocidade. Com efeito só a diagnose a tempo permite uma intervenção útil.

MORAIS DAVID.

O estado actual dos tratamentos dos lúpus e das tuberculoses cutâneas. *(L'état actuel*, etc.), por P. FRANÇOIS, DEKEYSER e HALKIN (Anvers, Bruxelas, Liège) — *Journal de Radiologie et d'Électrologie.* Tômo XI. N.º 1, 1927.

(Relatório apresentado ao 3.º Congresso dos dermatologistas e sifilígrafos de língua francesa, 1926.)

O tratamento dos lúpus e das tuberculoses cutâneas sofreu no decurso dos últimos dez anos, uma orientação nova, não só em conseqüência duma concepção mais precisa da patogenia dessas localizações cutâneas como também da extensão que tomaram em terapêutica local, os agentes físicos conhecidos mas não bastante utilizados.

O fim do relatório dos AA. é de tentar fazer, sem querer passar em revista todos os trabalhos publicados, um estudo objectivo e crítico das modernas tentativas, da sua técnica e resultados terapêuticos.

Interessa-nos sobretudo conhecer as conclusões, posto-que a leitura de todo o relatório seja de grande utilidade, principalmente para os especialistas.

São elas:

I — As tuberculoses cutâneas traduzem uma infecção tuberculosa geral e reclamam um tratamento geral.

II — O tratamento geral que dá melhores resultados é pelos banhos de luz gerais.

III — Os banhos de luz gerais são feitos com lâmpadas de arco voltaico, lâmpadas de vapores de mercúrio ou lâmpadas de arco com pontas polimetálicas.

IV — Os dados biológicos não permitem actualmente precisar a questão de saber se o arco de vapores de mercúrio vale tanto ou menos que o arco de carvão. As observações clínicas falam em favor do arco voltaico.

V — A utilidade duma irradiação prévia ou simultânea por aparelhos produtores de raios infra-vermelhos não está demonstrada; o assunto ainda está em estudo.

VI — O tratamento geral por sais de terras especiais ou pelo éter bezil-cinâmico, tendo o seu valor, não equivale à helioterapia artificial e pode ter mais inconvenientes.

VII — O tratamento pela tuberculina não fêz progressos e não é útil senão nas tuberculoses atenuadas.

VIII — O tratamento local pela fototerapia é o tratamento mais estético do lúpus tuberculoso. O tratamento regional intensivo, diminuindo de muito a duração do tratamento, realizou um progresso notável nesta terapêutica.

IX — A crioterapia é útil em muitas formas da tuberculos e cutânea; a sua indicação principal é o lúpus eritematoso.

X — Os outros métodos de tratamento local, sobretudo as escarificações e a raspagem combinada com pomadas pirogalho-creosotadas, conservam o seu valor e as suas indicações, segundo a forma e a localização das lesões. Podem ser combinados com a fototerapia. O tratamento pelos raios X foi aquele que menos realizou as suas promessas.

MENESES.

Fractura estrelada da rótula, hemartrose. Tratamento pelo método do Prof. Willems (punção com o bisturi e mobilização activa e imediata). *(Fracture étoilée*, etc.) por M. PARIDAENS. — Séance du 30-10-926 de la Société Belge de Chirurgie — *Annales de la S. B. Chirurgie.* N.º 7. Outubro de 1926.

Técnica magnífica, pouco usada entre nós, que convém sempre lembrar.

Queda, violenta dor no joelho esquerdo, a doente mal se pôde levantar do chão. Transportada a casa, o A., algumas horas após o acidente, encontra o joelho globoso. distendido, impotência funcional absoluta.

No mesmo dia punção da hemartrose pela técnica de Willens, e esvaziamento completo da articulação; a presença de coágulos no sangue evacuado adverte o A. da existência duma lesão óssea; todavia, depois da punção, os movimentos de flexão e de extensão do joelho são possíveis e de amplitude normal. Em face disso instituiu imediatamente o método da mobilização activa, mas aplicado no leito, sem permitir que a doente andasse antes que uma radiografia precisasse a lesão óssea. A radiografia foi feita três dias depois do traumatismo e mostrou uma fractura estrelada da rótula sem afastamento. Desde então a doente principiou a andar.

Como se tivesse reproduzido um ligeiro derrame no joelho provocando uma certa dor quando a doente estava sentada, voltou a puncionar 27 dias depois da primeira punção: o líquido era sinóvia ligeiramente avermelhada.

O A. apresenta a doente, que caminha sem apoio, e cujo resultado salienta o valor do método Willems no tratamento da hemartrose do joelho, aplicado mesmo quando existe lesão óssea.

MENESES

A actinoterapia e a roentgenterapia das peritonites tuberculosas, por MARVAND. — (Tese de Paris, 1926).

Neste magnífico trabalho, escrito sob a inspiração de Solomon, conclui o A. que: as formas ascíticas benignas, quando não se curam espontaneamente, curam-se sob a influência da helioterapia ou da actinoterapia. Nas outras formas, a roentgenterapia é o tratamento de escolha, porque é o unico tratamento local de indiscutível acção profunda; actua por hiperplasia do tecido fibroso do folículo tuberculoso e por destruïção dos elementos linfóides dêsse mesmo folículo. Êste tratamento deve ser começado sem perda de tempo com as medicações insuficientes. Nestas formas graves obtêm-se 60 a 100 por cento de curas. Os raios X são o único recurso nas formas caquéticas com febre, inapetência, mau estado geral; é então o único tratamento que não tem contra-indicação, e dá por vezes resultados inesperados. São ainda os raios X quem dá os melhores resultados nas peritonites localizadas, como a pelvi-peritonite. A intervenção cirúrgica tem a sua indicação especial nas estenoses e nas supurações coletadas. A rontgenterapia deve ser seguida dum tratamento climático com helioterapia, ou duma cura prolongada pelos raios ultra-violeta artificiais a todo o corpo.

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 originais têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes: Ano, 60$00

Colónias e estrangeiro: Ano, 80$00

NÚMERO AVULSO: 8$00 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.

A técnica consiste nas aplicações de doses suficientes e não muito fortes: divisão do abdómen em quatro campos de 12 por 12. Semanalmente uma irradiação de 500 R cada campo (em geral são tratados dois campos em cada sessão); total 5 a 6000 R. em cada campo e em 2 a 3 meses. Nestas condições, acidentes ou complicações nulos e resultados excelentes.

MENESES.

Ressecção do gânglio superior do simpático cervical num caso de paralisia facial. *(Résection*, etc.,) por M. BOTREAU-ROUSSEL — Société de Chirurgie de Marseille, séance du 14-6-926. *Archives franco-belges de Chirurgie* — Aout 1926. N.º 8, pág. 732-736.

O A. apresenta a observação e as fotografias dum doente ferido com uma bala de pistola, que entrou do lado esquerdo do nariz e penetrou no crânio, caíndo o doente em côma. Fractura do rochedo. O doente foi trepanado e depois da cura operatória ficou com paralisia facial completa, lagoftalmia e epífora do ôlho direito, conjuntivite e acessos de epilepsia fruste, caracterizados por angústia, vertigem e às vezes curta perda dos sentidos.

Como estes sintomas incomodassem muito o doente durante três anos, voltou a procurar o A., que de novo o operou. Incisão por detrás do esterno-cleido-mastóideo, que é desviado para a frente, respeitando-se a sua innervação, procura do simpático e ressecção total do gânglio superior.

Depois desta intervenção o lado direito da face já não tem a flacidez que tinha, desapareceu o desvio da bôca e a lagoftalmia, a epífora e a conjuntiva voltou ao normal. Não voltou a ter crises de epilepsia jacksoniana. Restabeleceu-se um certo tónus muscular da face direita e reapareceram algumas contracções voluntárias em certos músculos dêsse lado, antes impossíveis.

Se se pode explicar até um certo ponto que a supressão do gânglio cervical superior possa permitir a reaparição do tonus muscular, a possibilidade de contracções musculares voluntárias é mais dificilmente explicável.

A ressecção do gânglio cervical superior do simpático já tinha sido feita na paralisia facial por Leriche, Patel e Santy e por Nowikoff, mas com o fim principal de suprimir a epífora e a lagoftalmia.

MENESES.

Operação de Perttres por ptose gástrica. *(Opération*, etc.), por GEORGES SPEHL — Société Belge de Chirurgie, 12 Juin 1926. *Annales de la S. B. Chirurgie*. N.º 6, 1926.

O A. observou numa doente uma gastro-entero-ptose generalizada e propôs-lhe uma operação que não foi aceite. Esta operação não podia ser de modo algum a gastropexia tal como está descrita nos tratados clássicos,

cujos resultados imediatos e afastados são maus. A gastroplicatura e a gastropexia já nem são citadas nos modernos livros de técnica cirúrgica.

Um ano mais tarde a doente volta, muito emmagrecida e fraca; não podia trabalhar e o pêso no estômago era tal que muita vez evitava comer.

A radiografia mostrou uma ptose considerável, ao mesmo tempo gástrica e duodenal, pois que o duodeno era visível quási ao nível da 5.ª lombar. A grande curvatura repousava sôbre a bexiga.

O A. resolveu fazer a operação de Perttres, cuja ideia original consiste em utilizar o ligamento suspensor do fígado desinserido do peritoneu até à sua extremidade distal e suturá-lo em asa de cêsto ao estômago, paralelamente à pequena curvatura. A extremidade livre do ligamento é então fixada ao 5.º espaço intercostal esquerdo. Em lugar duma pexia inamovível, é uma suspensão elástica que se realiza; êste detalhe marca todo o sucesso da operação do recentemente falecido cirurgião de Tübingen.

O A. completou a operação com uma fixação em esquadria dos ângulos cólicos esquerdo e direito.

Cura da doente, pelo menos até à sua última observação, esperando dentro de alguns meses poder tirar conclusões definitivas sôbre uma operação fácil, benigna e cujos resultados imediatos são dos mais encorajantes.

MENESES.

Contribuïção para o emprêgo da simpatectomia periarterial no tratamento das perturbações tróficas e vasomotoras secundárias na poliomielite anterior aguda. (*Contributo all'impiego*, etc.) pelo Prof. UGO CAMERA (Torino). — *Archivio di Ortopedia*, vol. XLII. Fasc. III, pág. 495-500.

Assim como as indicações e os sucessos da simp. periart. no tratamento das perturbações tróficas e vasomotoras consecutivas a lesões medulares constituem um facto, deve êsse método ser usado no campo da cirurgia ortopédica que trata conseqüências da poliomielite anterior aguda, em que essas mesmas alterações (edema. pele fria e cianótica, fácil aparição de frieiras, gretas e ulcerações as vezes tão profundas que parecem um mal prefurante, etc.) podem apresentar tal gravidade que impeçam as intervenções cirúrgicas necessárias para o tratamento da deficiência paralítica e da deformidade, obrigando as curas preparatórias com drogas e repouso, nem sempre eficazes. O mesmo para os decúbitos e infecções tão freqüentes nos segmentos paralíticos.

Em confronto com a vasta casuística aparecida nos últimos anos à volta do método de Leriche, o A. só conseguiu encontrar na literatura quatro casos em que se cita a benéfica influência da simp. periart. nessas alterações tróficas. Por isso lhes junta quatro simpatectomias por êle praticadas, tôdas da femural, em doentes que mais tarde operou de operações ortopédicas, e em doentes cuja nutrição de membros paralíticos recentemente operados dessas operações se achava comprometida.

Decorreram 14-15 meses depois das simpatectomias, e os doentes conservam óptimas condições de nutrição dos membros.

Talvez o receio de que a simpatectomia seja complicada na infância, pela pequenez dos troncos arteriais, tenha tornado tão escassa a casuística. Diz, porém, o A. que na sua pouca experiência chegou à conclusão de que na criança a operação se deve considerar menos perigosa que no adulto pela constante ausência de alterações das paredes dos vasos, *e além disso porque utiliza o «truc» que imaginou e que teve a satisfação de ver adoptado pelo próprio Leriche*, que consiste em injectar sob a adventícia, com uma seringa e uma agulha apropriadas, uma solução de cloreto de sódio (sôro fisiológico) destinada a descolar essa túnica da túnica muscular, o que torna a operação simples, rápida, fácil e eficaz.

MENESES.

A amputação da perna no lugar de eleição. *(L'amputation de jambe*, etc.), por E. ESTOR. — *Revue d'Orthopédie*. Tômo XIII, n.º 6, p. 503-507.

Neste mesmo número da *Lisboa Médica* faz o redactor desta referência umas ligeiras considerações sôbre o ensino da medicina operatória, a propósito do relatório do Dr. Álvaro Colaço, em que aquele reclama a revisão dos métodos de amputação ainda ensinados pelos antigos técnicos, quando o avanço da ortopedia exige a sua substituïção. O A. dêste artigo toca também êsse assunto e por isso nos apressamos a apoiar numa autoridade incontestada a nossa afirmação.

Antes da guerra situava-se o lugar de eleição a cinco dedos de través abaixo da entrelinha articular do joelho. Farabeuf diz, no princípio do capítulo sôbre a amputação da perna no lugar de eleição: «A cinco dedos abaixo da articulação é que se deve, não começar as incisões, mas serrar o ôsso, quando se pretende fazer caminhar o amputado, de côto flectido, de joelhos sôbre um pilão.»

Depois da guerra, o lugar de eleição mudou, porque os amputados não caminham de joelho flectido em ângulo recto, mas de perna estendida, e utilizam os movimentos da articulação do joelho.

A experiência do A., baseada em dez anos passados no centro de aparelhagem do 16.º corpo do exército, confirma e torna mais precisas as opiniões de Tuffier, Coulland, Nové-Josserand e Ducroquet, situando o novo lugar de eleição a quatro centímetros abaixo do meio da perna, não receando, portanto, de limitar o comprimento e a potência dessa alavanca, que impulsiona a bainha ortopédica. A situação dêsse novo lugar de eleição não pode ser indicada pelo número de centímetros que a separam do joelho; varia, com efeito, com o comprimento da perna, a estatura e o sexo do amputado. Para pôr ao abrigo dum êrro, proveniente dum comprimento ou duma curteza excessiva da perna, propõe o A. a seguinte fórmula: marcar sôbre a crista da tíbia um ponto colocado a igual distância das entrelinhas fémuro-tibial e tíbio-tárgica; serrar a tíbia a dois dedos de través ou quatro centímetros abaixo dêsse ponto. Tal é, segundo a sua opinião, o novo lugar de eleição.

¿Porquê não conservar ao côto todo o comprimento possível? Porque quando êsse comprimento ultrapassa o lugar de eleição que propõe, sobretudo se o excesso é de muitos centímetros, a extremidade superior do côto, mais delgada que as partes suprajacentes, não se adaptando bem ao aparelho protésico, descreve movimentos antero-posteriores dentro dêle, roçando-o e ulcerando-se. Esta ulceração resulta dos choques repetidos e pouco violentos da extremidade ínfero-anterior do côto com o aparelho. Êste côto, demasiado longo, fica pouco estofado, pela insuficiência dos músculos na parte inferior da perna. Está, portanto, em más condições de resistência a êsses traumatismos mínimos, mas repetidos.

A tíbia deve ser, portanto, serrada no novo lugar de eleição, o perónio dois centímetros acima, o rebordo tibial cuidadosamente arredondado. O retalho posterior é o processo de escolha, e só dará um resultado satisfatório sendo talhados os tecidos segundo as regras de Farabeuf. A incisão transversal anterior deve ser feita um dedo de través abaixo do lugar de eleição.

O aparelho escolhido é a perna em madeira, que não deve ser utilizada senão quando o côto adquiriu as suas dimensões definitivas, isto é sete a oito meses depois da amputação.

MENESES.

O abcesso crónico dos ossos (abcesso de Brodie). *(L'ascesso cronico delle ossa)*, por ANGELO CHIASSERINI *(Roma). — La Chirurgia degli Organi di Movimento.* — Vol. 11, fasc. 1, p. 1-21.

Depois que Brodie, em 1845, descreveu o abcesso crónico da tíbia, que mais tarde, generalizado a outros ossos, tomou o nome de abcesso de Brodie, apenas 200 casos refere a literatura, o que faz crer ao A. que tenha sido confundido com outras osteomielites de evolução subaguda ou crónica ou ainda com afecções quísticas ou sarcomatosas dos ossos, pois julga-o muito mais freqüente do que êsse número. Refere 7 casos pessoais, que descreve e faz acompanhar de reproduções radiográficas muito claras. Dêles pôde tirar um quadro sintomatológico completo: em todos os seus casos a doença foi precedida, com intervalos de tempo, por doenças febris ou de natureza indeterminada, ou tifosa ou piemica com localizações ósteo-articulares, ou osteomielítica. E muitas vezes os doentes vieram consultar anos após estas doenças, embora quási sempre sejam crianças ou adolescentes.

O sintoma inicial é a dor, de princípio vaga, reumatóide, e depois augmentando de intensidade, adquirindo a pouco e pouco um carácter por acessos, muitas vezes nocturnos. Esta dor é por períodos de grande intensidade e de quási calma ou de ausência completa, que podem durar meses e anos. Á dor segue, ou aparece com ela, uma tumefacção localizada na extremidade distal ou proximal dum membro (quási sempre a perna), que, por estar vizinha da articulação, leva o clínico freqüentemente a diagnosticar por alto uma artrite. Esta tumefacção pode sofrer os mesmos períodos de diminuïção que a dor apresenta. Quási sempre não há febre ou é passageira. Leucocitos em

número normal. A dor e a tumefacção persistem. A pele da região está normal ou ligeiramente avermelhada. Palpação dolorosa. A sintomatologia local muda se há fístula.

O exame radiológico é de grande importância: rarefacção, quási sempre ovalar, de grande diâmetro ao longo do eixo longitudinal do membro, de sede metafíso-epifisária. A rarefacção é tão intensa que faz logo admitir a existência duma cavidade no ôsso, e que é bordada por uma orla de tecido mais condensado. O diagnóstico com o abcesso tuberculoso é difícil e só o exame microscópico e a inoculação o permitem. Do pus dos abcessos foi cultivado quási sempre o estafilococo doirado ou o branco, mais raramente o bacilo de Eberth, excepcionalmente o Coli, diplococos, o paratifo B. Em muitos casos esta pesquisa de agentes foi negativa.

Segundo o A., êste abcesso representa uma forma atenuada da osteomielite, de evolução crónica, com períodos de latência. Em geral trata-se abrindo o abcesso, raspando a cavidade e tamponando, ou enchendo-a com a pasta de Mosetig ou de Beck, a mistura de Payr, ou os autoenxertos de coágulo asséptico, ôsso, músculo ou gordura associando sempre que fôr possível a autovacinoterapia.

MENESES.

O tratamento da paralisia geral pelo paludismo experimental. *(Le traitement de la paralysie générale par le paludisme expérimental)* por H. CLAUDE, TARGOROLA e CÉNAC. — *Ann. de Med.* N.º 3, 1927.

A terapêutica da paralisia geral enriqueceu-se nos últimos anos com técnicas novas.

O emprêgo dos derivados de bismuto, especialmente associados aos arsenicais, dá, por vezes, resultados notáveis. Contràriamente ao que se tem escrito, nenhuma das preparações especializadas de arsénio tem sôbre todos os outros agentes medicamentosos uma incontestável superioridade.

Os AA. recorreram, desde Setembro de 1924, a um método empírico baseado sôbre factos de observação muito antigos e de um princípio muito diferente, descrito em 1917 pelo professor Wagner-Jauregg (de Viena). Consiste em provocar artificialmente uma doença infecciosa com o fim de provocar a atenuação das manifestações da encefalite paralítica. Após numerosas tentativas, o A. vienense escolheu a forma terçã benigna do paludismo *(Plasmodium vivax)*.

Os numerosos trabalhos de conclusões concordantes aparecidos em outros países, e os próprios trabalhos dos AA., tendem a estabelecer a incontestável superioridade da malariaterapia da paralisia geral sôbre as outras terapêuticas actualmente conhecidas. Ela constitui o método de escolha, a que certas contra-indicações que se resumem, afinal, numa única — o estado geral precário do doente —; a idade avançada (paralisia geral senil), a existência de cardiopátia ou de nefrite, uma associação mórbida (a tuberculose, por ex.) devem fazer renunciar à malariaterapia em proveito de um tratamento específico prudentemente conduzido.

Parece que a associação da quimioterapia reduz o número e aumenta, ao mesmo tempo, a percentagem das remissões.

Sob o ponto de vista da estabilidade destas remissões, os AA. pronunciam-se, apenas, sôbre uma experiência de dois anos. Entre os doentes postos em liberdade, três fizeram uma recaída; em geral, as melhoras são, pois, persistentes, e, nos casos favoráveis, o sindroma humoral reduz-se progressivamente.

O carácter capital que julga do valor das remissões consiste em retomar a actividade profissional; é a «cura social», critério de uma alta importância. Se é prematuro, com efeito, falar-se da cura verdadeira da par lisia geral, pode, ao menos, dizer-se desde já que se chega, muitas vezes, a retardar a evolução da demência e, em certos casos a fazê-la retroceder; transforma-se assim a doença «mental» numa afecção «neurológica» crónica, de prognóstico ainda muito incerto, mas menos sombrio.

Parece que estamos assistindo à criação de uma «forma terapêutica» da meningo-encefalite, comparável à transformação que fêz sofrer a terapêutica moderna em doenças como o tabes e a febre tifóide, cujos aspectos clássicos rareiam cada vez mais nos serviços hospitalares.

Só o tempo permitirá dar uma solução aos diversos problemas postos pelos métodos novos de tratamento da paralisia geral.

Um ponto, pelo menos, parece actualmente adquirido: a caducidade do duplo dogma da irredutibilidade da demência e da impotência terapêutica na doença de Bayle, não obstante as reservas que se devem pôr na apreciação de progressos ainda muito recentes.

E. COELHO.

Contribuïção para o estudo da velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros na tuberculose pulmonar. *(Contributo allo studio della velocitá di sedimentazione dei globuli rossi nella tuberculosi pulmonare)*, por L. WINTERNITZ. — *Archivo di Patologia e Clinica Médica*, Fasc. VI, 1927.

Depois de ter estudado a prova da velocidade de sedimentação do sangue em relação com o estado do doente, em 100 casos de tuberculose pulmonar, o autor chega à seguinte conclusão: a velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros está, em regra, muito aumentada na tuberculose pulmonar, mas não existe qualquer relação entre o grau do aumento e o estado geral (febre, pêso) ou pulmonar do doente. Por esta razão, a prova da velocidade de sedimentação do sangue não tem valor diagnóstico nem prognóstico na tuberculose pulmonar.

E. COELHO.

O traumatismo na etiologia da fibrilação auricular. *(Trauma as a cause of auricular fibrillation)*, por J. HAY e H. W. JONES. — *The Brit. Med. Journ.*, 26 de Março de 1927.

Os AA. publicam cinco casos, nos quais a fibrilação auricular foi o resul-

tado de traumatismo. A demonstração foi devidamente feita pelos traçados eléctricos.

Os AA. afirmam que êsses doentes apresentavam o coração aparentemente normal.

O significado médico-legal dêste facto é de uma importância prática considerável.

E. COELHO.

O prognóstico tardio nas crises gástricas do tabes. *(Le prognostic éloigné dans les crises gastriques du tabes)*, por F. MOUTIER. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.* N.º 2, 1927.

A crise gástrica tabética, outrora muito vulgar, tornou-se presentemente rara. Tornar-se há mais rara ainda, no futuro, com a extensão do tratamento antisifilítico e das outras terapêuticas praticadas no tabes.

Contràriamente à noção actual — segundo a qual as crises tabéticas continuam, desenvolvem-se e agravam-se paralelamente aos outros acidentes do tabes — para o A. a *evolução normal da crise gástrica* tabética é para a cura espontânea, embora o tabes continue ou não a progredir, fora dêste acidente particular.

O A. documenta a sua tese com quatro casos.

E. COELHO.

Biblioteca da "Lisboa Médica,,

Obras recebidas:

A Cadeira de Medicina Operatória — O seu ensino e as suas necessidades, por ÁLVARO COLAÇO — Lisboa, 1926.

Trata-se do relatório da missão desempenhada pelo A., que foi incumbido de estudar no estrangeiro a organização do ensino da medicina operatória, tendo visitado a França, a Alemanha, a Dinamarca, a Bélgica e a Holanda.

Num rápido e eloqüente preâmbulo, o A. expõe o estado actual do nosso ensino daquela cadeira, concluindo lastimosamente que em 1764 se ensinava mais e melhor do que em 1926.

Justificando abundantemente o seu modo de pensar, estabelece que três serviços devem constituir a cadeira de medicina operatória:

1.º — Um serviço de ensino em cadaver. 2.º — Um serviço clínico. 3.º — Um serviço de cirurgia experimental.

Insurge-se o A. contra a opinião geral dos candidatos, que se queixam de ainda hoje se exigirem as técnicas e programas antigos, o tratado funda-

mental de Farabeuf, etc. E acrescenta, e fundamenta, que essas constituem um exercício capital e necessário. Não estamos nesse ponto de acôrdo com o A. Com os progressos da protese, por exemplo, a técnica das amputações mudou completamente! Os retalhos são talhados hoje de outra maneira. Exige-se na sua escolha um critério ortopédico diferente do de outrora, que o livro de Farabeuf ainda inspira. O modo de tratar o côto ósseo, a extremidade do nervo, etc., é outro.

Êste, mais do que os invocados, deve ser o argumento apresentado pelos recalcitrantes. E o A., que esteve junto de Axhausen, e que deve conhecer o seu magnífico livro de técnica cirúrgica no cão e no cadáver, poderá aí mesmo verificar quão longínqua está ela do que ainda lêmos e aprendemos nos livros aqui adoptados hoje em dia.

Que a clareza de exposição do seu folheto e o aturado estudo e observação do A. durante a sua viagem, perdôem a ligeireza destas notas.

A. DE M.

LACTOLAXINA FYDAU

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

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

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noute ao deitar.

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

Amostras gratis aos Ex.mos Medicos, pedidos. Rua do Poço dos Negros, 36

OPOTERAPIA VEGETAL

Os Energétènes BYLA

TODO 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: GIMÉNEZ-SALINAS & C.ª

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

Tratamento completo das doenças do figado

e dos sindromas derivativos

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

Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colhéres de sobremeza de SOLUÇÃO

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos cientificos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline

1 a 3 colhéres 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