

Ano VII.

N.º 3

Março de 1930



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

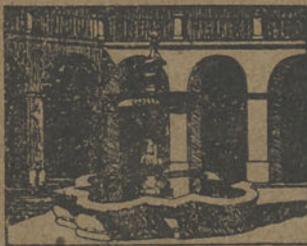
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
Antonio Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do **CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

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

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

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS, DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA NOVA DA TRINDADE

LISBOA

Sala B.....
Est. 9.....
Tab. 1.....
N.º 44.....

Película EASTMAN

para Raios X
Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso consideravel, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade. E' absolutamente insensível ás marcas de fricção

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos.

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :
GIMENEZ-SALINAS & C.ª-R Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

ALIMENTOSESPECIALIDADES**A L L E N B U R Y S**

da fábrica ALLEN & HANBURY S, LTD., fundada em 1715

N.º 1 — Lacteo, para recém-nascidos*N.º 2* — Lacteo, dos 3 aos 6 meses*N.º 3* — Maltado, depois dos 6 meses e adultos*Diet* — para dispepticos e velhos*Biscoitos* — maltados, para o desmame*Farinha* — para diabéticos, etc.*Oleo de Fig. de Bac.* — com matle (Byniol)*Parafina* — contra prisão de ventre*Extracto de Malte* — puro (Torch)*Pastilhas* — mentol, eucalipto, etc.*Biberons* — o melhor modelo*Sabonetes* — "Baby Soap", para peles finas*Carno líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de rícino, etc.*APRECIADOS PELOS MÉDICOS
PREFERIDOS PELA ÉLITEFolhetos, tabélas e impressos aos Ex.^{mos}. clínicosTERMÓMETROS**HICKS**GARANTIDOSCLÍNICOS

marca



registada

GENUÍNOS**USADOS**pelo HOSPITAL DA MARINHA, pelos MEDICOS,
pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.

A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo

PUREZA, POTENCIA

e

INALTERABILIDADEGARANTIDASSÃO as características da supremaçia
e os fundamentos do apreço mundial da**INSULINA "A. B."****APROVADA**pelo Ill.^{mo} Prof. Dr. ERNESTO ROMA
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
pela MISERICORDIA DE LISBOA
e a de maior venda em Portugal

Frasquinhos de 5 c. c. (100 un. ou 10 doses)

" " 5 c. c. (200 " " 20 ")

" " 25 c. c. (500 " " 50 ")

Folheto de 40 páginas **GRÁTIS** aos Srs. médicos.

FABRICANTES UNIDOS:

ALLEN & HANBURY S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1386. Teleg. DELTA

Sub-Agente no PORTO: M. P. SILVA, LOIOS, 36, Telefone 701



Pneumonia

Antiphlogistine
TRADE MARK

Resolvida

Ha mais de trinta anos
que os médicos a apli-
cam sempre com su-
cesso para o trata-
mento da Pneumonia.

*pedir cópia do livrinho do
pulmão pneumonico.*

The Denver Chemical MFG. Co., New-York

LABORATORIOS: - Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos
Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S, Caes do Sodré, S

LISBOA

Hãmafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

Telefone Trindade 2525

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com
arsénio — brometo de cal-
cío — cálcio — ferro inor-
gânico — ferro e arsénio —
gaiacol — iodo — silício —
silício e cálcio — silício,
cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!

Sabor agradável

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROT

Capsulas contendo a totalidade
dos principios activos
extrahidos

do **BUCCHU**

**ANTISEPTICO URINARIO
ANALGESICO — DIURETICO**

**Novo Remedio receitado
pelas autoridades medicas.**

Experimentado com o maior exito em
Paris nos celebres
Hospitaes Saint-Louis e Saint-Lazare.

Esgotta o corrimento dentro de
alguns dias.

Faz desaparecer em poucas horas
as dores agudas da micção.

Aclara as urinas.

*Blennorrhagia, Uretrite chronica, Cystite,
Prostatite, Rheumatismo blennorrhagico.*

Efficacissima contra as Colicas nephriticas.

DÓSE : 9 capsulas por dia.

Laboratórios Doutor H. FERRÉ.

Doutor em Medicina, Pharmaceutico de 1ª classe.
6, Rue Dombasle, Paris.

S P E T O N

PODEROSO DESINFECTANTE VAGINAL

O protector ideal
para as mulheres
conhecido desde ha
mais de 25 anos

Fabricante: *Temmler Werke*
BERLIN — JOHANISTHAL

Deposítários exclusivos:

Henrique Linker, Ltd.^a
Rua de D. Pedro V., 32 a 36
LISBOA Telefone Trindade 2525



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO: 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Eduardo Coelho, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*,—Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.



DOUTOR

Quando se trata de receitar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel?

Nesse caso receite o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma acção tao eficaz quanto agradável e tomal-o.

Amostras a disposição dos Ex^{mos} Srs. Médicos

Repre-
sentante:

LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.^o

LISBOA

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

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
8, Rue Dombasle, 6
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

2 novidades em vacinoterápia

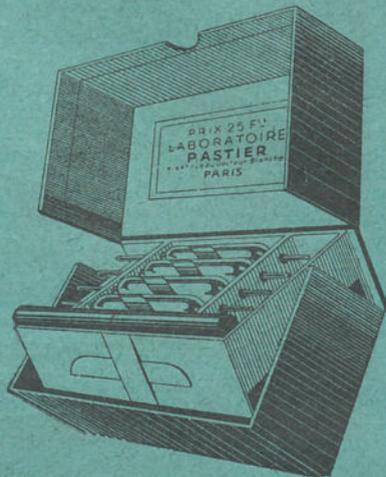
Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

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

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

1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais.



stalysine

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



A STALYSINE injectavel constitui a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Considerações sôbre a anemia do leite de cabra</i> , por Carlos Salazar de Sousa	pág.	115
<i>Algumas pesquisas sôbre o tracoma</i> , por Lopes de Andrade	»	134

Notas clínicas

<i>As provas monométricas do diagnóstico dos tumores medulares</i> , por Almeida Lima	»	156
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	162
<i>Notícias & Informações</i>	»	XV

CONSIDERAÇÕES SÔBRE A ANEMIA DO LEITE DE CABRA

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Interno dos Hospitais e Assistente de Pediatria da Faculdade
de Medicina de Lisboa

O estudo dum síndrome de anemia numa criança requiere sempre determinados conhecimentos que, banais hoje para os pediatras, nem sempre são com o justo rigor apreciados pelos clínicos gerais. Há na realidade certos sintomas que não apresentam a mesma importância, quer se trate duma criança ou dum adulto.

Assim, pela actividade sempre mais notável dos órgãos hematopoiéticos nas crianças, é freqüente ver passar ao sangue periférico formas jovens, quer da série branca quer da série vermelha, que em idênticas condições não o fariam num adulto. Por este facto e conseqüente possível e vulgar aparecimento no sangue periférico de glóbulos vermelhos nucleados e gigantes, a percentagem de hemoglobina está muitas vezes relativamente menos diminuída que o número de glóbulos, e daqui um valor globular muitas vezes igual ou superior à unidade, sem que isso importe, como no adulto, pior prognóstico. Talvez, mesmo pelo contrário, possamos ver, por vezes, nesse aparecimento de grandes células vermelhas um índice favorável da intensa reacção medular contra a anemia. Também na idade infantil, com muito maior freqüência que nos adultos, se pode encontrar uma revivescência da



CENTRO CIÊNCIAS V. . .
UNIVERSIDADE COIMB. . .

função hematopoiética do fígado e do baço. É disto exemplo a anemia Won Jacksch-Hayem.

Os critérios adoptados na classificação das anemias infantis têm sido variáveis, e como o fim do clínico é sempre prescrever a terapêutica conveniente, têm sobretudo vingado os critérios clínicos que se apoiam sobre as causas determinantes da anemia, o que mais facilmente leva ao conhecimento da maneira de as combater.

Mas, adoptando este processo, nós agruparemos diversamente vários quadros que são na essência idênticos. É efectivamente evidente que a medula responderá de forma igual a uma determinada alteração sanguínea, qualquer que seja a sua origem, e será muito mais inteligente adoptar uma classificação que siga o critério physio-patológico, tomando como base a alteração que se passou no sangue e a maneira como a ela reagiram os órgãos hematopoiéticos. É a classificação que seguimos e que preconiza o Prof. Salazar de Sousa.

Encarando o assunto sobre este aspecto, temos a considerar pois, como distintos, a hiposideremia e a hipoglobulia. Tanto uma como outra podem ser as responsáveis da anemia. Mas é raro que se possa attribuir a anemia a um apenas destes dois factores, e a sua associação é a regra e por variadas formas.

Assim, numa oligosideremia haverá concomitantemente hipoglobulia, pois falta a acção estimulante que, como se sabe, o ferro tem sobre a medula.

Numa hipoglobulia por exagerada destruição globular (quer seja no próprio sangue, quer em órgãos como por exemplo o baço) haverá em geral concomitante hipocromemia absoluta, embora com $G > 1$, pois que a capacidade de fixação de hemoglobina pelos outros glóbulos é limitada, e portanto uma parte do ferro livre das hematias destruídas será forçosamente inaproveitado, sendo eliminado ou fixado noutros órgãos, como por exemplo o fígado.

Assim, na classificação physio-patológica a que nos referimos admitiremos os seguintes grupos de anemias:

- 1) Anemias por insuficiência de ferro (avitaminoses minerais).
- 2) Anemias por hemólise exagerada (e por espoliação sanguínea).
- 3) Anemias arregenerativas (hipoplasia e aplasia medular).

Em pediatria as anemias alimentares ocupam primacial importância. Mas a antiga teoria de Bunge, que as pretendia explicar, é na realidade em demasia simplista.

Evidentemente que a idea do depósito de ferro que a criança traria à nascença, e que se ia esgotando visto a riqueza marcial do leite ser insuficiente para os gastos, resultando a anemia quando, uma vez esgotado aquele depósito, o ferro não fôsse fornecido com a alimentação, esta idea, dizia, fornece-nos a interpretação de certos casos de freqüente observação, como por exemplo o dos prematuros se tornarem facilmente anémicos, o das mães anémicas terem filhos anémicos ou que facilmente o venham a ser, o das crianças gémeas serem freqüentemente anémicas. Na verdade em todos estes casos o ferro fornecido pela mãe foi em quantidade menor, e o depósito rapidamente se esgotou.

Mas, como disse, esta teoria não se pode admitir como exclusiva, pois mostrou-nos a experiência que a ingestão de pequenas doses de ferro, que seriam o bastante para os gastos orgânicos, de maneira nenhuma combatem a anemia. São, em suma, necessárias doses muito superiores de ferro para que a acção desejada se obtenha, e nestas circunstâncias não podemos pôr de parte a idea da acção estimulante do ferro sôbre a medula.

Mais factos nos vieram fazer abalar o exclusivismo da teoria de Bunge. É que, em certos casos, se consegue combater igualmente a anemia se em vez de ferro nós administrarmos, por exemplo, lactato de cálcio.

E por fim a observação em animais veio ainda mostrar-nos a insuficiência da teoria. É notório que o cão tem uma anemia fisiológica que se dá apesar da existência de depósitos de Fe. no fígado, timos, etc., e que só passa pelo 3.º mês da vida (Grävinghoff).

E ainda na criança podemos encontrar analogia com este facto. Finkelstein notou efectivamente que os prematuros têm uma anemia fisiológica, que, atingindo o máximo pelo 3.º mês da vida, deminui depois até desaparecer por volta do 9.º mês. Esta anemia é independente de qualquer erro de alimentação, e não pode ser explicada pela teoria de Bunge, pois exactamente aparece numa época em que o depósito de ferro não deveria estar ainda esgotado, e pelo contrário desaparece mais tarde, a-pesar-de não se introduzir na alimentação maior quantidade de ferro.

Finkelstein nota ainda que muitas crianças anémicas são por vezes tratadas sem resultado durante muito tempo, e é só mais tarde, quando às vezes já se abandonou o tratamento por inútil, que se vê a anemia diminuir e acabar por desaparecer.

Para este autor, pois, o factor constitucional é que tem preponderante importância para explicar as anemias alimentares infantis. Estas são na maioria das vezes devidas não a uma falta de ferro na alimentação ou a uma exagerada destruição globular, mas antes a uma «insuficiência inicial das funções dos órgãos hematopoiéticos». E, na verdade, o estudo do metabolismo do ferro tem mostrado com constância balances negativos, eliminando-se grande parte com as fezes (Lichtenstein).

Devo dizer que tenho encontrado nos raios U. V. sempre um precioso meio terapêutico para combater as anemias infantis, o que deve estar de acôrdo com a idea a que me refiro, pois por este processo eu provoço uma forte acção estimulante sobre a medula.

Sempre que tenho empregado, ou visto empregar, o Fe. como agente terapêutico, tenho constatado a necessidade do uso de doses fortes, e, como disse, podemos admitir que a acção deste medicamento seja a de estimular a medula. E, realmente, não é só a anemia que diminui, mas vê-se igualmente um aumento de células brancas de série mielocítica.

Ainda o facto de nas anemias alimentares aparecer, geralmente, predominância de linfócitos, faz pensar na possível insuficiência funcional da medula.

Podemos pôr, em opposição à de Bunge, a teoria de Czerny e Kleinschmidt que desprezam a importância da falta de ferro na produção da anemia alimentar e põem em primeiro plano a super-alimentação láctea, sendo a anemia devida à hemólise provocada pelos ácidos gordos que da gordura derivam.

A predisposição é também admitida por estes autores.

Estas mesmas ideas são partilhadas por Reuss, bem moderadamente (X-1929), que admite como principal factor para produção das anemias alimentares a alimentação láctea exclusiva, e que em vista das modificações periódicas que sofrem os estados anémicos das crianças, mesmo independentemente de qualquer modificação de regime, pensa na importância da constituição, admitindo como que uma diátese anémica.



Si el niño no aumenta desespéramente y manifiesta haciendo durante el día más de posiciones, aumentese al alimento una depos. de Leche "DRYCO." en dos cucharadas más Si el niño está desganado y solo hace una depos. al día aumentese entonces la cantidad de azúcar al alimento sin aumentarle el agua.
Aquellos niños que hagan de dos a cinco depos. sueltas al día, que demuestren estar disgustados chacen tomar los alimentos, por espacio de 48 el azúcar en los alimentos, por espacio de 48 también una o dos cucharadas de la Leche D

O leite seco DRAYCO consegue-se se polido que se aquecem á temperatura de em dois segundos, não dando lugar em tã passando, sob a forma de lamina fina e seda, transparente e de cor branca creulo onde se reduz logo a pó fino.
Após a seçagem o leite passará a uma m automaticamente e o encerram he



Il latte liquido impiega il migliore qualità. Tutte le vacche, stalle ed sono sotto la rigida sorveglianza del nostro nario, ed in consumatore può star sicuro è el pericolo di infezione dovuta alle vacche è ster durante il processo evaporatorio ed ogni p di trasmissione della tubercolosi, afta epizo "malattia del latte" viene eliminato.



ΕΙΝΑΙ πολυτιμον δια την διατροφήν δι μόνον διού πρακτικώς όλον το ύψος αρρηρόθη διά τας περτρίδας ταρχάς.
Τό γάλα είν κόνιν ΔΡΑΤΚΟ καταλαβαίνε διού πρακτικώς όλον το ύψος αρρηρόθη διά τας περτρίδας ταρχάς.
Η είνολος αυτού πίνης είν σια της κολλοειδούς άλλης της πρωτείνης (α γάλακτος, τό άποιον καθιστά άδύνατον τόν στήν άλλων και λογίον έγουν κατά την διατροφήν

賣 謹告
特製せられたる
水乳 ドライコ
シヤスト法によつて製られたる粉末乳

Os Pediatras do Mundo inteiro prescrevem



(O LEITE GARANTIDO)

Para a alimentação infantil

Сухое молоко „Драйко“ и выдора
Сухое молоко „Драйко“ ле бь всь необходимые элемента и но не только для кормления и страдающих расстройством
Сухое молоко „Драйко“ и имеет очень малый объем, что позволяет пить, и благодаря это При быстром испарении вещества в молочном бьт и перенарения.
Сухое молоко „Драйко“ порвь, что доказано неоднократно исследованиями и его практико
Сухое молоко „Драйко“

ere Nahrung nicht gewöhnen Föng geringeren Menge von Trockensubstanz entsprechende Quantum Wasser das sich die Kinder allmählich an
rdhsfall leiden, oder solche, die Troceno-Milch besonders zu empfehlen, leichten als der normalen Quantum und die Menge nach und nach
nd Nekonvalzeszenten.
Verdaulichkeit und ihres hohen troceno-Trockenmilch ganz besonders zeuten. Troceno-Milch ist in Erleichterung des Milch, und für



دريكو
امير كاني - وبيان المقادير اللازمة
قيمة يمكن ان يعين عنها بوحدات
لتسنين يحتاجون يوميا الي خمسين و
قد دلت التجارب الاكلينيكية ان معق

When first using DRYCO for in foods, use less than the amount in order that they may become For small, sickly infants it is despooful, of DRYCO in 2 ounce day; two tablespoofuls in 3 ou next day; and each day give one to the required amount for the no. If vomiting has been very severe, it is good half a tablespooful at a time, days rather than every day.

如聞趾重疊前拱之低陷或需科學方護士之最難問題為日校學生不決方法最好僱用一護士使彼至各信寶珠女士提議每一寄宿學校當吳醫生贊成其說言該護士於學校士即係服役於醫生與教員二者之間

LISBOA MÉDICA

VIGANTOL

Vitamina-D

Acção favorável sobre a dentição, crescimento dos ossos e a formação do cálcio ao nível das fracturas. Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbridas.

Embalagens originais:

VIGANTOL

solução óleo

VIGANTOL

chocolatado em drageas

**Raquitismo,
Craneotabes,
Osteomalacia,
Cárie dos dentes,
Tuberculose ossea
Prétuberculose,
Escrofulose,
Espasmofilia
e Tétano.**

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Departamento Farmacêutico
Bayer-Meister-Lucius
Leverkusen
depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º
Lisboa

E. Merck
Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt
Depositários: **J. WIMMER & C.º**
Rua 24 de Julho, 34
Lisboa

Qualquer das teorias de que falei nos pode explicar certos casos de observação clínica, mas é insuficiente para explicar todos.

E assim teremos de admitir, com Grävinghoff, que as causas da anemia alimentar são múltiplas. Não se pode pensar numa com exclusão das outras. Não se pode admitir que haja na alimentação qualquer núcleo cuja falta seja a causa única da anemia. Igualmente se não pode afirmar a existência dum núcleo anemiante. É pelo contrário evidente que há anemias que estão dependentes da alimentação e que por ela podem ser combatidas.

A causa inicial deve residir no intestino, como se aceita hoje para a anemia perniciosa progressiva dos adultos e com seguras bases experimentais. Conseguiu-se, realmente, praticando um ânus artificial alto, fazer parar e até melhorar o quadro de doentes de anemia perniciosa, e viu-se o curso da doença prosseguir uma vez fechada a fistula.

*

* *

Neste grupo das anemias alimentares tem-se pretendido fazer distinção de variados tipos, segundo a causa a que se atribuem, e assim foram descritas: a anemia por amamentação prolongada, a anemia por farináceos, a anemia por alimentação láctea exclusiva, etc. Estas distinções são na verdade fantasistas, porquanto o mesmo quadro pode aparecer por qualquer daquelas causas, assim como também qualquer dessas causas pode dar quadros diferentes, conforme se comportarem a medula e outros órgãos hematopoiéticos em face do empobrecimento sanguíneo.

Modernamente na Alemanha tem-se insistido sôbre a modalidade especial da «anemia do leite de cabra», pretendendo-se fazer uma entidade nosológica distinta.

Esta idea não tem vingado em todos os países e, assim, há bem pouco tempo (VI-1929) Piero Barbacci concluíra pela falta de elementos para distinguir êste quadro do das restantes anemias alimentares.

Na Alemanha onde, como referia, o assunto tem sido largamente tratado, parece hábito bastante espalhado, sobretudo entre as classes populares, a alimentação artificial com leite de cabra, e é bastante freqüente encontrar crianças anémicas submetidas

a este regime alimentar. O assunto tem sido criteriosamente estudado.

O primeiro ponto a pôr imediatamente de lado é o da anemia ser devida, como alguns pretenderam, a uma hipoalimentação devida à insuficiência calórica da ração empregada. É na verdade sabido que a anemia não pode ser provocada apenas por uma falta de alimento.

O estudo de crianças hipoalimentadas, devido a espasmo do piloro, prova-o suficientemente, pois não se encontram alterações sanguíneas (Feehr). Dá-se, sim, uma transformação linfóide da medula e atrofia do baço, mas não aparece uma anemia (Glanzmann).

Fica pois assente que a anemia é devida, não à insuficiência quantitativa do leite de cabra, mas sim a qualquer outra razão.

A falta de vitaminas, também incriminada, foi igualmente posta de parte, pois mostrou a experiência que, administrando vitaminas a crianças alimentadas a leite de cabra, se curava a distrofia que sempre acompanha o estado anémico, mas este persistia sem alteração. E ainda mais, doseamentos especiais permitiram ver que o leite de cabra é mais rico em vitaminas do que o de vaca.

A hipótese da insuficiência de ferro já vimos que não explicava satisfatoriamente a questão, e além disso não é o leite de cabra mais pobre em ferro que o de vaca, ficando pois sem explicação a maior frequência de crianças anémicas alimentadas com aquele.

Fica, portanto, o recurso de procurar em qualquer dos constituintes do leite de cabra o factor que o torna mais que outros susceptível de dar anemia.

A idea de Kleinschmidt, a que já me referi, de que a anemia seria devida a uma destruição exagerada do sangue pelos ácidos gordos hemolisantes, parece ser bem aplicável aqui, pois que uma urobilinúria manifesta bem como um aumento de eliminação de urobilina com as fezes, que constantemente acompanham a anemia do leite de cabra, devem ser os testemunhos desta destruição sanguínea.

Encontra-se, também, um aumento de hematina no sangue, o que tem a mesma significação.

Que sejam os ácidos gordos os responsáveis pela anemia, não

há disso demonstração cabal, mas há, todavia, uma série de factos que nos permitem ter essa idea. Em primeiro lugar é bem conhecido o poder hemolítico dos ácidos gordos livres. Em segundo lugar temos que nas crianças alimentadas a leite de cabra as fezes adquirem sempre um aspecto saponoso que nos faz pensar no papel das gorduras. E, por fim, é também sabido que o leite de cabra é muito mais rico em ácidos gordos livres do que o de vaca.

A riqueza em colessterina do leite de cabra é menor do que a do de vaca, o que na idea de Salomon teria grande importância, pois que seria esta colessterina a substância capaz de neutralizar os ácidos gordos livres que são hemolíticos.

A gordura alimentar, necessitando uma certa quantidade de bilis para a sua digestão, leva ao empobrecimento do sangue em colessterina, visto que parte é eliminada com a bilis. Daqui a facilidade de hemólise.

Estas diferentes perturbações podem também aparecer, mas sempre em menor grau, nas crianças criadas a leite de vaca.

Os resultados de autópsias a que se tem procedido são pouco concludentes, porque são em pequeno número, e ainda porque as causas que provocaram a morte são variáveis. A sua comparação com as crianças alimentadas a leite de vaca é impossível, pois que nestas a anemia não costuma conduzir à morte.

O que parece no entanto succeder é que, além da grande anemia, há uma tendência à aplasia da medula, aparecendo poucos elementos jôvens. Por outro lado encontram-se, quasi sempre, grandes depósitos de ferro no figado e baço.

O que em resumo parece poder deduzir-se do estudo clínico e anátomo-patológico de casos de anemias do leite de cabra, em comparação com outras anemias alimentares, é que clinicamente o leite de cabra provoca anemias de carácter muito mais grave e que difficilmente obedecem à medicação marcial útil em outros casos. Físio e anátomo-patologicamente parece haver sinais de exaggerada destruição hemática, acompanhados de uma tendência para a aplasia medular.

Para melhor elucidar êste problema tem-se procedido a experiências em animais.

Primeiramente foram empregados como animais de experiência os cobaios, mas pelo aparecimento freqüente de lesões escor-

búlicas, que vinham dificultar a análise dos resultados (Mayer, Franck), tiveram estas experiências de ser abandonadas e procurados outros animais. As experiências foram repetidas em coelhos, cães e macacos. Foram comparados os resultados para o leite de vaca e para o leite de cabra, e verificou-se que êste provoca com muito mais facilidade uma anemia e que esta atinge um grau muito mais elevado. Além disso, enquanto que no sangue dos animais alimentados com leite de vaca havia predominância de elementos da série mielocítica e tumor do baço, nos que tomavam leite de cabra o baço não estava aumentado e havia predominância de elementos da série linfocítica, a-pesar-de haver em alguns casos uma infecção intercorrente.

Nos animais com leite de cabra houve com constância uma urobilinúria e encontraram-se depósitos de ferro no fígado e baço, o que permite admitir uma destruição sanguinária acentuada.

Para prova de que a gordura é o factor importante do leite de cabra, alimentaram-se animais com leite de vaca desnatado e com 5 % de gordura de leite de cabra. Viu-se que a anemia apparecia como se o animal tivesse sido alimentado com leite de cabra, e, facto interessante, os animais espontâneamente comiam tudo que encontravam, ingerindo grandes quantidades de turfa e, assim, melhorava a sua anemia. Experiências feitas *in vitro* com mistura de leite e turfa mostraram que 50 % de gordura era por ela fixada.

Parece pois certo o papel das gorduras.

Resumindo: o estudo das experiências em animais parece confirmar os dados da clínica. Isto é: o leite de cabra provoca com maior facilidade que o de vaca um estado de anemia. Esta anemia é mais grave e parece ser devida a uma exagerada destruição sanguínea acompanhada de hipofunção da medula. O papel principal deve corresponder à gordura. Mas será êste quadro diferente, a ponto de poder ser considerado como entidade especial?

Parece-me talvez um exagêro, porque pode aparecer o mesmo quadro de hipofunção da medula em animais que não sejam alimentados com leite de cabra. É o caso de Won-Jacksch, mas para que isto suceda é necessário que além do factor alimentar coexistam outros como as infecções crônicas (sífilis, enterites repetidas) e um estado de predisposição da criança, sobretudo o raquitismo. E nestes casos é regra aparecer uma revivescência hematopoiética do baço e fígado que vêm aumentados, o que em geral não sucede

com o leite de cabra. No emtanto não é esta distinção absoluta, pois que já têm sido descritos casos de anemia de leite de cabra com esplenomegalia (Barbacci), e mesmo em animais, em alguns casos, o baço aparecia aumentado.

Entre nós (refiro-me, é claro, a Lisboa) não é vulgar o uso de leite de cabra na alimentação infantil, e talvez por isso não tenha este assunto sido ainda tratado, sendo, creio eu, este o primeiro escrito que a êle se refere.

Tive ocasião de observar três crianças alimentadas a leite de cabra e pelo estudo das suas observações vou tentar contribuir para o conhecimento da questão. Creio, todavia, que o síndrome não deve ser cá freqüente, pois existem pontos do país onde o leite de cabra é constantemente empregado, e seria natural que a atenção dos clínicos já tivesse sido despertada.

Um dos casos, que me foi enviado por um colega da província, pedindo a nossa opinião, não pôde ser seguido, pois a-pesar-de termos solicitado que nos fôsem enviadas notícias do doente, nunca mais dêle soubemos.

O outro é um doente da consulta de crianças que dirijo no Hospital de Nossa Senhora da Saúde, e, aí, foi por mim seguido e tratado até agora que o considero francamente curado.

Um terceiro da consulta do Hospital Estefânia foi rapidamente seguido de morte, e por incúria da família não foi suficientemente observado.

OBSERVAÇÃO I. — M. J., sexo feminino, idade 9 meses. N.º 35.599 da consulta do Hospital da Estefânia (director Prof. Salazar).

Anamnese:—Criança nascida de tempo e de parto normal. Mãe não teve mais filhos.

Não há abortos. Pais saudáveis. Negam sífilis.

A criança foi amamentada pela mãe, sem regras, até 1 mês. Depois começou com alimentação artificial com leite de cabra, primeiramente diluído a $\frac{1}{2}$, depois puro.

Há cêrca de 1 mês teve uma enterite. Tem vindo a perder pêso há muito tempo.

A alimentação tem continuado a ser o leite de cabra.

Observação:—3-IX-1929. Criança de desenvolvimento muito inferior ao que seria normal para a idade. Pêso, 3,090 quilog. Disqueratose.

Não se palpa nem se percute aumento de volume do baço. Face pálida, mucosas descoradas. Não há sinais que façam pensar em H. S. Alguns pequenos gânglios cervicais. Apirética.

Análise do sangue:

Hemoglobina.....	52 (Sahli)
Eritrócitos	2.000.000
Leucócitos	7.000

Fórmula leucocitária:

Mielócitos neutrófilos.....	1 0/0
Metamielócitos.....	1 0/0
Bastonetes	6 0/0
Segmentares	35 0/0
Linfócitos	53 0/0
Monócitos	4 0/0

Tirou-se imediatamente o leite de cabra à criança.

Estabeleceu-se o regime mixto, tomando duas refeições de leite de vaca enriquecido com farinha e açúcar, e três de caldos de carneiro, açorda, purés de legumes, etc.

20-IX-1929. A criança só volta nesta data à consulta, já na agonia, tendo morrido nesse mesmo dia.

Do estudo desta observação apenas se pode deduzir que a criança tinha, além do seu estado de hipotrofia, uma anemia em que era sobretudo o número de glóbulos que estava diminuindo, embora a hemoglobina fôsse também bastante inferior ao normal.

O número de leucócitos é inferior ao que corresponderia à idade (12.000, H. Meunier) e a percentagem dá um aumento relativo das células mononucleadas (normal para a idade 45-50 0/0 H. Meunier). Podemos portanto pensar numa hipofunção hematópóética da medula.

OBSERVAÇÃO II. — J. L., sexo masculino, idade 8 meses. N.º 35.515 da consulta do Hospital da Estefânia (director Prof. Salazar).

Anamnese: — Antecedentes hereditários e colaterais sem interesse.

Criança nascida de tempo.

Até aos 2 meses amamentada pela mãe. Desde então tem tomado como único alimento leite de cabra. Tem sido sempre doente com constantes enterites. Fezes de aspecto gorduroso. Há uma semana tem os pés inchados.

Exame objectivo: — Não tem nenhum dente. Suores frios da cabeça; fontanela largamente aberta. Sinais de bronquite difusa. Rosário costal. Sulco de Harrison. Hipotonia muscular generalizada.

Ventre distendido e meteorizado. Não se palpa o baço nem o fígado

abaixo do seu limite normal. Edemas dos membros inferiores e dorso. Tegumentos duma palidez enorme.

Mucosas exangues.

Análise de sangue:

Hemoglobina	25 (Sahli)
Eritrócitos	1.000.000
Glóbulos brancos	22.000

Fórmula:

Linfócitos	61 %
Monócitos	8 %
Neutrófilos segmentados	15 %
Bastonetes	3 %
Metamielócitos	2 %
Mielócitos	1 %
Eosinófilos	10 %

Normoblastos	22
Megaloblastos	Alguns
Megalócitos	Alguns

Acentuada poiquilocitose e anisocitose.

Êste doente, a-pesar-de eu ter solicitado do colega que mo enviou que me desse notícias, partiu para a província e não voltei a saber dêle.

O estudo desta observação mostra-me uma criança raquítica, e com uma anemia grave em que o número de glóbulos está relativamente mais deminuído que a hemoglobina. A medula reage a êste estado de anemia duma maneira anormal, fazendo aparecer no sangue periférico formas que geralmente lá não se encontram. Esta reacção medular mais intensa que no caso da obs. I, como o prova a presença dos normoblastos, as alterações dos eritrócitos e a ligeira leucocitose (12.000 número normal para a idade), é no emtanto atenuada, o que permite uma percentagem relativamente elevada de células mononucleadas.

Tem interêsse os edemas que o doente apresentava, que, não estando ligados a lesão renal (conforme provou uma análise de urinas), são devidos à permeabilidade exagerada do sistema vascular devido à intensa anemia.

OBSERVAÇÃO III. — J. M., sexo masculino. Idade 8 meses. N.º 232 da consulta do Hospital de Nossa Senhora da Saúde (director Carlos Salazar de Sousa).

15-X-1929. *Anamnese*: — É o 6.º filho. O mais velho já tem 24 anos. Não há nenhum abôrto. Pais negam sífilis. São ambos saudáveis. Dos outros 5 irmãos, dois morreram, um com 12 outro com 18 meses, parece que de broncopneumonia. Todos os filhos foram alimentados artificialmente a partir dos 2-3 meses com leite de vaca, excepto os dois que morreram e êste que tomaram leite de cabra.

A criança tomava à data da 1.ª consulta 7,5 dec. de leite de cabra diários, enriquecidos com uma colher de açúcar e outra de farinha torrada para cada *biberon*. Há 3 meses que tem vindo a mírarr (no dizer da mãe). Desde ontem que tem estado com um pouco de tosse e vômitos e diarreia.

Exame objectivo: — Criança de desenvolvimento inferior ao normal. Pêso, 4,300 quilog. Panículo adiposo completamente desaparecido. Pele enrugada e dura.

Não há ulcerações linguais. Poucas manchas petequiais.

Palidez enorme. 2 dentes. Rosário raquíitico. Fontanela largamente aberta. Hipotonia muscular. Chôro constante.

16-IX-1929. *Análise de sangue*:

Hemoglobina	45 (Sahli)
Eritrócitos	1.600.000
Leucócitos	10.500

Fórmula:

Eosinófilos	6 %
Mielócitos neutrófilos	2 %
Metamielócitos neutrófilos	1 %
Bastonetes	1 %
Neutrófilos segmentares	15 %
Linfócitos	75 %
Normoblastos	11
Megaloblastos	2

Acentuada anisocitose, policromasia e poiquilocitose.

Algumas granulações basófilas.

17-X-29. Fica a *babeurre*.

19-X-29. Tem menos diarreia.

Já não tem vomitado a alimentação. Continua com o *babeurre* e 2 caldos de carneiro por dia.

22-X-29. Tem estado mais esperto, mas tem as mãos e os pés um pouco inchados.

Palidez deminútu sensivelmente. Toma $\text{Cl}_2 \text{Ca}$.

24-X-29. Continua melhor. Pêso, 4,890 quilog. Já não está inchado,

LISBOA MÉDICA

Cardiazol «Knoll»

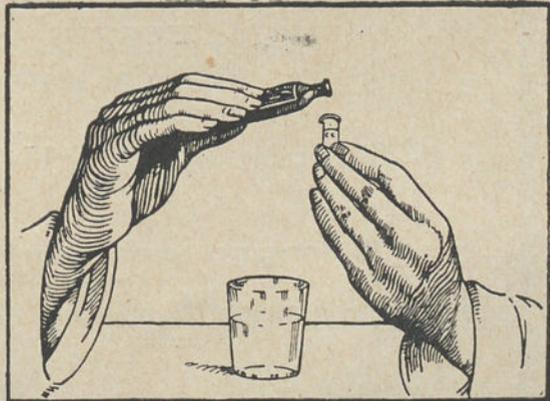
(pentamethylentetrazol).

**Analéptico de acção favoravel
sobre a circulação e a respiração.**



**Acção immediata
por via subcutanea.**

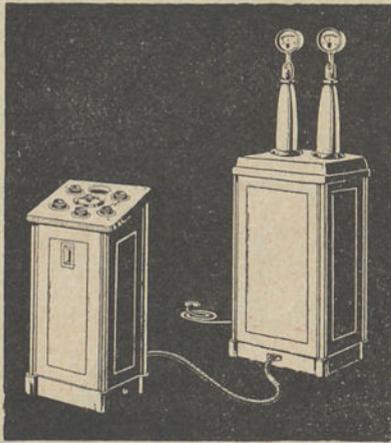
Póde tambem injectar-se pelas vias intramuscular, intravenosa e intracardial.
Conforme o caso, emprega-se 1 empola de 1,1 cc. de hora em hora ou de 1/2 hora em 1/2 hora.
Emballagem d'origem de 6 empolas.



**Acção demorada
por via buccal.**

Cardiazol **líquido** e em **comprimidos**.
3 a 4 vezes por dia 20 gottas (= 0,1 gr. de Cardiazol) ou 1 comprimido de 0,1 gr., eventualmente em intervallos de 2 a 3 horas.
Frasco d'origem com 10 grs. de líquido.
Tubo d'origem com 10 comprimidos.

KNOLL A.-G., Fabricas de productos chimicos, **Ludwigshafen sobre o Rheno**
(Allemanha).



APARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»
Próprio para pequenos hospitais e consultório

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesionek)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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

Fórmula:

Eosinófilos	2 %
Neutrófilos bastonetes.....	3 %
Neutrófilos segmentares.....	47 %
Linfócitos	46 %
Monócitos	2 %

7-XII-1929. Pêso, 4,920 quilog.

17-XII-1929. Pêso, 5,650 quilog.

26-XII-1929. Pêso, 6,050 quilog.

30-XII-1929. *Análise de sangue:*

Hemoglobina	85 (Sabli)
Eritrócitos	4.000.000
Leucócitos	13.000

Fórmula:

Eosinófilos	14 %
Bastonetes	1 %
Neutrófilos segmentares.....	37 %
Linfócitos	43 %
Monócitos	5 %

14-I-1930. Pêso, 6,800 quilog.

4-II-1930. Pêso, 7,710 quilog.

5-II-1930. *Análise de sangue:*

Hemoglobina.....	90 (Shali)
Eritrócitos	5.100.000
Leucócitos.....	10.000

Fórmula:

Eosinófilos.....	9 %
Neutrófilos bastonetes.....	2 %
Neutrófilos segmentares.....	44 %
Linfócitos	41 %
Monócitos	4 %

Pára com os U. V., tendo feito 36 sessões.

11-II-1930. Pêso, 7,830 quilog.

Estado actual:—Criança gorda, pele luzidia, macia. Magnífica côr rosada. Constante boa disposição. Magnífico apetite. Já anda. Tem 6 dentes e estão a

romper os incisivos inferiores laterais. Rosário costal apagado. Fontanela quasi fechada. Não há manchas petequiais. Pêso, 8,210 quilog. (18-II-1930).

Do estudo desta observação é primeiro importante notar o facto de terem morrido exactamente as 2 crianças que tomaram leite de cabra.

Quanto a esta, vemos que se trata duma criança com fortes sinais de raquitismo e com uma intensa e grave anemia, sendo além disso um hipotrófico acentuado. Alimentado desde os 2 meses com leite de cabra, começou aos 5 a perder pêso até a data da 1.^a consulta com 8 meses.

A anemia incidia sobretudo sôbre o número de glóbulos.

Havia sinais de desordenada reacção medular, que era contudo deminuta, conforme se prova pela deminuição do número de leucócitos (12.000 normal para a idade) e pela exagerada linfocitose relativa.

Com a simples mudança de regime, viu-se uma imediata melhoria de função hematopoiética da medula, com deminuição da anemia, aumento de leucócitos até acima do normal, e subida dos elementos da série mielocítica com concomitante descida da linfocitose.

Na urina existia urobilina, possível vestígio de destruição sanguínea.

O quadro hematológico continuou sucessivamente melhorando até completa cura da anemia. Os elementos anormais desapareceram do sangue uma vez a anemia vencida, e a primitiva polinucleose (índice de reacção medular), que apareceu com o tratamento, desceu até ficar um número normal de leucócitos. O desenvolvimento geral e pêso acompanharam constantemente esta melhoria, e o raquitismo curou-se pelos U. V.

*

* * *

Portanto, as três observações dão-nos sempre um quadro hematológico indicando uma anemia em que o número de eritrócitos está proporcionalmente mais descido do que a hemoglobina. Há sempre sinais de hipofunção da medula, não havendo nunca aumento do número total de leucócitos e havendo aumento relativo das células mononucleadas.

Em dois casos há sinal de reacção desordenada da medula revelada pela existência no sangue periférico de células que normalmente lá não passam.

No 3.º caso isso não sucede.

Em nenhum dos 3 doentes existia hepatomegalia nem esplenomegalia.

No doente em que se fez análise de urina existiam fortes vestígios de urobilina.

*

* *

Vejamos agora algumas análises de crianças com anemias alimentares, sem serem criadas com leite de cabra, para poder estabelecer confronto.

N.º 1. — J. B., sexo masculino, idade 7 meses.

Criança alimentada apenas com leite da mãe e sopas de chá.

A mãe era uma criatura miserável e com uma forte anemia.

Análise:

Hemoglobina	21 (Sahli)
Eritrócitos	1.460.000
Leucócitos	14 000

Fórmula:

Linfócitos	60 0/0
Neutrófilos segmentares	36 0/0
Eosinófilos	3 0/0
Basófilos	1 0/0
Normoblastos	10

Palpava-se um baço pouco volumoso.

N.º 2 — A., sexo feminino, idade 1 1/2 ano.

Criança prematura alimentada até esta data a leite e farinhas apenas.

Hemoglobina	37 (Sahli)
-----------------------	------------

Fórmula :

Linfócitos	72,5 %
Monócitos	0,25 %
Neutrófilos segmentares	23 %
Eosinófilos	1 %
Basófilos	0,25 %
Linfoblastos	1,2 %
Mieloblastos neutrófilos	0,25 %
Metamielócitos neutrófilos	1 %
Células de Rieder	1 %
Células de Turck	0,75 %
Eritroblastos	7 %

Não tem baço palpável, nem perturbações digestivas.

N.º 3. — J., sexo masculino, idade 7 meses.

Mãe anêmica.

Hemoglobina	26 (Sahli)
Eritrócitos	3.040.000

Fórmula :

Linfócitos	60 %
Neutrófilos segmentares	16 %
Basófilos	6 %
Eosinófilos	3 %
Mielócitos neutrófilos	3 %
Proeritroblastos	5 %
Normoblastos	7 %

N.º 4. — G. G., sexo feminino, idade 18 meses.

Alimentada apenas a leite de vaca e farinhas.

Hemoglobina	15 (Sahli)
Eritrócitos	1.600.000
Leucócitos	8.000

Fórmula :

Linfócitos	69 %
Monócitos	5 %
Neutrófilos segmentares	19 %

Neutrófilos bastonetes	3 %
Eosinófilos...	4 %
Poiquilocitose e anisocitose.	

Havia tumor esplénico.

*

* *

Resumindo: em todas as observações se notou que existiam sinais de hipofunção medular, não aparecendo aumento do número de leucócitos e havendo constantemente uma predominância relativa de linfócitos sobre os elementos da série mielocítica.

Em alguns casos o aparecimento de elementos normalmente não existentes no sangue periférico era índice da desordenada reacção medular.

Duas das observações eram de crianças de 18 meses. As outras duas de crianças de 7 e 9 meses, filhas de mães anémicas, o que, como de princípio dissemos, favorece a anemia dos filhos, de acôrdo com a teoria de Bunge.

Em 2 casos havia tumor esplénico.

Todos estes casos reagiram favoravelmente às modificações dietéticas.

*

* *

Se compararmos estas observações com as das crianças alimentadas a leite de cabra, teremos de concordar que o quadro hematológico é sensivelmente o mesmo, não sendo exclusiva à anemia do leite de cabra a hipofunção da medula, e não sendo constante nem limitada a esta a presença de elementos anormais no sangue.

A presença de tumor esplénico não pode servir de distinção, pois, como vimos, pode aparecer ou não aparecer em crianças com anemias alimentares banais, e na anemia do leite de cabra, embora nós não o encontrássemos nos nossos casos, não é facto constante, pois ainda recentemente foi por P. Barbacci descrito um caso em que existia esplenomegalia.

Fica-nos a idade em que aparece a anemia, que precoce para a alimentação por leite de cabra, é, não existindo qualquer factor

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA

SEXIAS-PALMA

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

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

HISTERISMO.

**ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

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

FOI para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiências das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

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

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

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

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

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

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



auxiliar (como a anemia da mãe, por exemplo), mais tardia para a alimentação pelo leite de vaca, ou mesmo de mulher.

Também na anemia das crianças não alimentadas com leite de cabra parece mais nítido o papel da falta de ferro, existindo constantemente uma diminuição de hemoglobina relativamente maior que a dos eritrócitos ($G < 1$), ao contrário do que sucedia na anemia do leite de cabra ($G > 1$).

*

* * *

Dêste pequeno estudo creio poder tirar as seguintes conclusões:

1.^a — Os factores que contribuem para o aparecimento duma anemia alimentar são múltiplos, devendo figurar sempre em primeiro lugar o da hipofunção constitucional da medula, admitido por Finkelstein, e em segundo plano a falta de ferro na alimentação (teoria de Bunge) e exagerada hemólise admitida por Kleinschmidt.

2.^a — Como factor importante de hemólise, está suficientemente estabelecido o papel dos ácidos gordos contidos na gordura.

3.^a — Para a anemia do leite de cabra parece ter, preponderância o papel da destruição globular, enquanto que para as restantes anemias alimentares é mais nítido o papel da falta de ferro.

4.^a — O modo de reacção medular, e conseqüente quadro hematológico, é sensivelmente o mesmo para as diferentes anemias alimentares, não sendo exclusiva à anemia do leite de cabra, nem tão pouco constante nela, a presença de elementos anormais no sangue periférico.

5.^a — O leite de cabra costuma provocar, com maior facilidade que outro qualquer, um estado de anemia, e esta é mais freqüentemente acompanhada dum estado grave de hipotrofia, por vezes com ulcerações linguais dolorosas e manchas petequiais.

6.^a — Não me parece existirem suficientes razões para querer separar «a anemia do leite de cabra» como entidade especial e diferente das restantes anemias alimentares.

ALGUMAS PESQUISAS SÔBRE O TRACOMA

(ESTUDO HISTOLÓGICO. ESTUDO COM A LAMPADA DE FENDA)

POR

LOPES DE ANDRADE

O tracoma é uma doença fartamente espalhada em Portugal, e por certo uma das causas mais apreciáveis da cegueira no nosso país. O seu conhecimento perfeito, tanto pela classe médica, como pelo próprio público susceptível de tal cultura, seria bem útil ao retrocesso desta temível enfermidade. Doença eminentemente proteiforme, tanto na sintomatologia como na evolução, não raro causa alguns embaraços ao próprio oftalmologista que necessita desmascarar precocemente as suas arremetidas.

A literatura estrangeira do tracoma é fértil, quasi prolixa; a portugueza é escassa, limitando-se a maior parte dos autores à publicação de estatísticas colhidas nos diversos serviços oftalmológicos. Ora, nós somos bem, como eu escrevi algures, «um jardim de tracomatosos à beira mar plantado», porque é principalmente entre a população marítima que a endemia exerce os seus maléficos efeitos, e por isso se me afigurou obra útil reunir em trabalho de conjunto tudo o que a um médico pode interessar no estudo do tracoma.

São dêsse trabalho, ainda não inteiramente concluído, os dois capítulos originaes que hoje ofereço aos leitores da *Lisboa Médica*.

Estudo histológico. — À extracção de biopsias, indispensáveis para o estudo da histopatologia tracomatosa, se pode proceder de várias maneiras, entre as quais me pareceu melhor o método das largas extracções, desde o fundo de sacco até junto do bordo livre, que, não tendo inconvenientes, permite além disso um estudo comparado da mucosa e do tarso a diferentes alturas. Num dos doentes por mim observados pareceu-me até que a larga biopsia nêle realizada apressou a cura do tracoma, o que

LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmódico especialmente preparado para a terapeutica cardio-vascular

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (DIGIBAÏNE, ETC.) — PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOZIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

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

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

Para o tratamento da

S I F I L I S

queira V. Ex.^a receitar com a maior confiança o

BISMARSOL "ZAMBELETTI"

(em ampolas de 2 e 5 cc.)

que é a mais perfeita combinação de

arsénico e bismuto

O melhor coadjuvante no tratamento da SIFILIS é o

Iodarsoné "Zambeletti,,

= Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de cálcio e magnésia e princípios vegetais tónico-eu-pepticos (noz vómica, quina, condurango, kola, etc.) =

Especialmente indicado no LINFATISMO, ESCROFULOSE, RAQUITISMO, ADENOPATIAS E CONVALESCENÇAS DE DOENÇAS INFECCIOSAS

L. LEPORI

LISBOA — Rua Victor Cordon, 1-E
PORTO — Rua Formosa, 331

Amostras grátis para os Srs. Médicos.

facilmente se explica e compreende, tornando-se o método vantajoso e recomendável porque assim fica intangível o primeiro cânon da arte, o clássico e velho *primum non nocere*.

Para maior perfeição e facilidade descritiva, dividirei a extração duma biopsia conjuntival em nove fases, a saber:

1.^a — Desinfecção rigorosa do doente e do operador, como noutra qualquer operação oftalmológica.

2.^a — Anestesia da pálpebra e do fundo de saco, segundo as regras habituais.

3.^a — Inversão da pálpebra superior com o auxílio da pinça grande de Desmarres, que servirá de fixador e hemostasiante.

4.^a — Praticar duas incisões conjuntivo-tarsais perpendiculares ao bordo livre, encetando-as junto do bordo profundo do tarso e terminando-as a 3 milímetros da implantação das pestanas. Estas incisões devem limitar um retalho de 3 ou 4 milímetros de largura, compreendendo a conjuntiva e o tarso.

5.^a — Com uma tesoura dissecar esse pequeno retalho, de forma a separá-lo das fibras do orbicular, e completar essa separação com um colchete de estrabismo que se deixa introduzido debaixo do retalho.

6.^a — Com o colchete puxa-se para fora, isto é, para o operador, que desta sorte atrai o fundo de saco desde que não tenha esquecido o alargamento da pinça de Desmarres.

7.^a — Com uma tesoura fina prolongar as incisões até os tecidos exteriorizados do fornix, mantendo a tracção com o colchete.

8.^a — Cortar as extremidades da faixa tarso-conjuntival assim delimitada, depois de a haver isolado perfeitamente dos tecidos profundos, e começando sempre pela extremidade do fundo de saco.

9.^a — Instilar argirol e aplicar um penso, que será renovado diariamente nos primeiros 5 ou 6 dias.

A biopsia assim extraída é lavada com sôro fisiológico e colocada com o epitélio para cima sôbre uma lâmina de vidro. Sôbre ela se deitam então algumas gotas do fixador, esperando que estas actuem durante 4 ou 5 minutos. Sem este pequeno cuidado, a biopsia enrolar-se-ia ao cair no fixador escolhido, consequência das mais graves para a obtenção de bons cortes, isto é, com relações anatómicas normais. É da máxima importância evitar em

todas as manobras destruir o epitélio com as mãos, algodões ou instrumentos.

Seguir-se hão as manipulações habituais em técnica histológica e cuja descrição seria aqui descabida. Em todas as biopsias a que procedi para a execução dêste trabalho empreguei o Zenker como fixador e como método corante o May-Grünwald Giemsa, que julgo superior ao Giemsa puro e aos outros corantes aconselhados nesta espécie de pesquisas.

Para procurar o tecido conjuntivo do período cicatricial servi-me do conhecido método de Van Gieson que cora em vermelho aquele tecido. É útil, antes de abordarmos o estudo histopatológico do tracoma, lembrar rapidamente as grandes linhas da anatomia normal da conjuntiva. A conjuntiva humana é uma mucosa que reveste a face posterior das pálpebras e a superfície anterior do globo ocular, formando uma verdadeira cavidade saciforme, com uma abertura anterior que é a fenda palpebral. Lisa e aderente à membrana fibrosa que é o tarso, ao reclinar-se sobre o globo, na parte superior, forma uma prega profunda e móvel repousando sobre tecido conjuntivo laxo, disposição esta que torna possíveis os movimentos do globo e que os autores apelidam de fundo de saco superior ou fornix.

Atapetando a superfície anterior do olho, a conjuntiva adere fracamente ao tecido epiescleral, mas contrai fortes aderências com o limbo esclero-corneano, onde insensivelmente se continua com o epitélio da córnea. É habitual dividir a conjuntiva *em tarsal, dos fundos de saco e bulbar*, conforme reveste o tarso, o fornix ou a face anterior do globo ou bulbo.

A anatomia, a histologia e a patologia, inteiramente justificam aquela divisão, condicionada pelos caracteres diversos da mucosa ao nível das regiões citadas. A conjuntiva tarsal adere fortemente ao tarso e é constituída por um córion pouco espesso coberto por um epitélio cilíndrico e estratificado, entre as células do qual há alguns elementos caliciformes.

O fundo de saco é formado por uma mucosa móvel, pregueada, onde encontramos um córion com numerosas fibras elásticas e um epitélio de revestimento ainda cilíndrico e poliestratificado.

Na conjuntiva bulbar os caracteres histológicos modificam-se mais. O córion tem à superfície uma camada de tecido linfóide

pouco denso e disposto linearmente por debaixo do epitélio, constituindo a camada adenóide dos autores. Esta formação linfóide tem alguma homologia com a camada de Bruch de alguns animais como o coelho, no qual se encontram verdadeiros folículos linfáticos por debaixo do epitélio. No homem toma esta camada maior desenvolvimento ao nível do fundo de saco superior, razão anatômica importante, que muito bem explica a maior tendência proliferante desta região, nalguns estados mórbidos. Tanto na região do tarso como no fornix, o córion emite pequenas saliências ou papilas que aqui faltam completamente. O epitélio vai pouco a pouco perdendo a forma cilíndrica, até que nas circunvizinhanças do limbo se transforma em pavimentoso estratificado, como o da córnea com o qual se confunde.

Este epitélio não tem normalmente células caliciformes, e isto explica, com a falta de glândulas, a sua menor humidade e a necessidade duma permanente lubrificação pelas lágrimas. Para o desempenho da função protectora a que a conjuntiva se destina, é necessário que esta mantenha um apropriado grau de viscosidade, pois só assim poderá efectuar um rápido e suave escorregamento sôbre a córnea, não dificultando o pestanejamento reflexo a que preside o músculo de Horner. Será assim, também, que poderá aglutinar as poeiras que se depositam sôbre a córnea e manter esta com o brilho e transparência necessários. Essa viscosidade é função de numerosas glândulas tubulosas, ramificadas e simples, que se encontram de preferência na conjuntiva tarsal e no fornix, e que são as glândulas de Krause, lacrimais acessórias e as células caliciformes já descritas. A glândula lacrimal orbitária e palpebral, embora não pertencendo à conjuntiva, nela vem lançar o produto secretório, pois que os seus 5 ou 6 canais excretorios se abrem por orifícios estreitos na extremidade externa do fundo de saco.

É de notar que é na parte superior da conjuntiva, ao nível do bordo superior do tarso e do fundo de saco, que se encontram também as glândulas de Krause e lacrimais acessórias, que desta forma mais facilmente podem lubrificar toda a conjuntiva.

A anatomia é uma ciência bem curiosa para aqueles que acreditam num princípio ordenador e sábio regendo o universo. A conjuntiva bulbar que não lubrifica, mas é lubrificada, não tem glândulas, e apenas Manz descreveu algumas tubulosas simples

muito raras e inconstantes. Iwanoff descreveu, em toda a altura da conjuntiva palpebral, glândulas que na realidade não existem, e que, como outros autores provaram, não são mais do que pequenas invaginações do epitélio entre as papilas do córion, hipertrofiadas nalguns estados mórbidos, como por exemplo o tracoma.

É agora o momento oportuno para a descrição das modificações que o tracoma imprime na estrutura normal da conjuntiva. Essas modificações têm sido descritas mais ou menos igualmente por diversos autores. Por minha parte tentei, na descrição que vai seguir-se, isolar-me inteiramente dos conhecimentos anteriores, e reportar-me apenas às minhas observações, fazendo delas uma descrição fiel e metódica. Há na anatomia patológica do tracoma dois momentos distintos, com características próprias, que são *o acume do período florescente e o início do período cicatricial*. Dêstes dois pontos culminantes e próximos se divisa, por gradações sucessivas, todo o percurso anátomo-patológico da doença. Por isso a minha descrição terá por esteios as observações efectuadas em períodos avançados da moléstia mas sem cicatrizes, e outras que correspondem a estados cicatriciais.

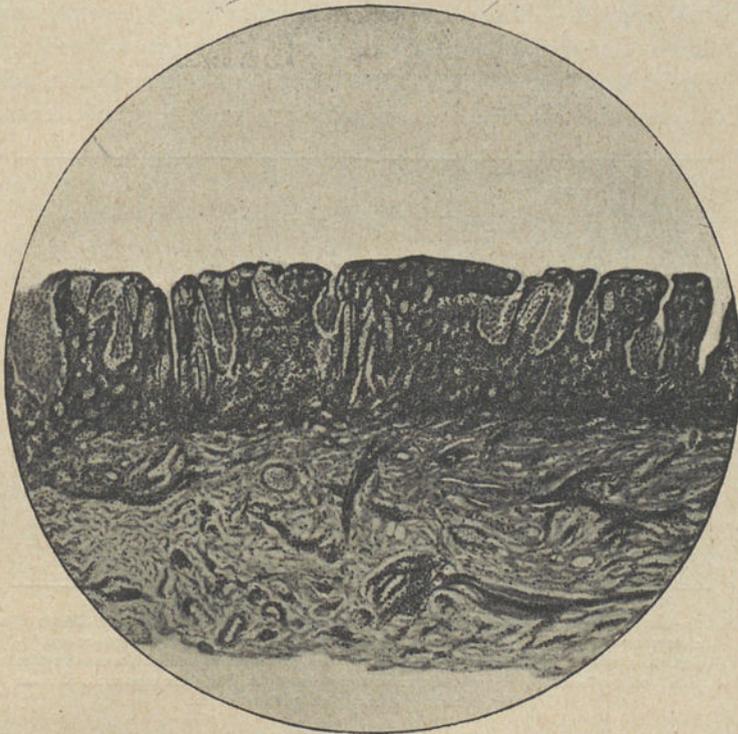
PERÍODO FLORESCENTE. — O aspecto geral das preparações obtidas neste período caracteriza-se pelo aumento de espessura do córion conjuntival, infiltrado duma maneira difusa e intensa, a ponto de nos dar a impressão de que todo èle não é mais do que uma larga faixa de tecido linfóide (fig. 1).

À sua superfície a derme é irregular, e desenha uma série de proeminências cobertas pelo epitélio e que são as papilas e as granulações.

Na face profunda, a derme ou córion assenta sôbre o tarso também anormalmente espessado. Ressalta dêste esquema a necessidade de estudarmos, em detalhe, *as papilas, as granulações, o epitélio e o tarso*.

Papilas. — Normalmente o córion não tem uma superfície completamente regular e lisa. Apresenta, pelo contrário, pequenas elevações papiliformes, que sob o influxo dum processo inflamatório aumentam de volume, como sucede no tracoma, a ponto de se tornarem visíveis a ôlho nu. Êste aumento é devido à forte infiltração celular que nelas se observa. A vascularização das pa-

pilas é intensa e faz-se, de preferência, à superfície. No entanto há algumas com vasos centrais. Os elementos celulares que entram na sua estrutura são principalmente mononucleares, linfócitos, alguns polinucleares neutrófilos e plasmazelen. Todos estes elementos se encontram mergulhados num estroma conjuntivo muito delicado, e entre êles observam-se algumas figuras de mi-



g. 1.—O cõrion está muito espessado por intensa infiltração de pequenas células redondas, e forma à superfície numerosas papilas. Entre estas dispõe-se o epitêlio que nalguns pontos toma o aspecto duma glândula. O tarso está também espessado e infiltrado.

tose. Disseminadas entre os elementos que acabo de citar, encontrei em duas biopsias algumas células grandes do tamanho de 50 a 60 microns. O núcleo nitidamente envolvido por uma delicada membrana é claro, quasi incolor (May-Grünwald Giemsa foi o corante empregado) e tem sempre um, dois ou três nucléolos fortemente corados. Á roda dèste enorme núcleo, quasi do tamanho de um mononuclear, dispõe-se o protoplasma que se assemelha a

uma vesícula cheia de líquido. Dentro desta vesícula distingue-se uma delicadíssima rede bem corada, que dá ao citoplasma um aspecto esponjoso. É principalmente nas partes profundas do córion que se encontram estas células, que chamarei vesiculosas, tendo em atenção o seu aspecto. Numa das minhas preparações encontrei um destes elementos em mitose, mostrando uma placa equatorial nítida. Foi Leber que descreveu pela primeira vez no tracoma grandes células mal coradas, com inclusões corpusculares dentro do protoplasma e que por isso se denominam células de corpúsculos (fig. 2). A sua descrição aproxima-se das células vesiculosas que atrás deixo descritas; somente eu não encontro



Fig. 2. — À esquerda vêem-se três células vesiculosas reproduzindo com bastante fidelidade alguns elementos celulares das minhas preparações. A célula do meio tem uma placa equatorial. À direita vêem-se duas células corpusculares de Leber, reproduzindo um desenho idêntico inscrito na *Enciclopédia Francesa de Oftalmologia*. Em baixo e ao meio vêem-se duas células com inclusões de Prowazek.

dentro do citoplasma verdadeiros corpúsculos, mas sim uma rede delicadíssima. Encontrei, porém, alguns elementos com corpúsculos típicos, o que me leva a adoptar as duas designações de células de Leber e células vesiculosas, que, se não correspondem a dois elementos diferentes, atestam pelo menos a existência de duas fases diversas da mesma célula. Não tenho conhecimento de que qualquer autor tenha falado destas células, tornando-se por isso curioso averiguar se constituem elementos característicos do tracoma, pois, como ainda recentemente dizia Redsløb, não conhecemos qualquer sinal histopatológico patognomónico de tal doença.

Sobre os elementos de Leber emitiu Vilard a opinião de que se trata de células fagocitárias, discutindo-se muito a sua origem, que segundo uns é epitelial e segundo outros conjuntiva, não sendo neste último caso senão fibroblastos transformados. Há quem as tenha encontrado em outras lesões conjuntivais e até Flemming, segundo Dusseldorp, as encontrou em gânglios linfáticos isentos de lesão. Nada se sabe também da sua histoquímica, e, pela diversidade de opiniões emitidas sobre a sua acção e origem, se depreende a inconsistência dos conhecimentos que temos sobre estas células, e a necessidade de que novos trabalhos elucidem o curioso problema.

Granulações. — As granulações são constituídas por uma infiltração linfóide de forma arredondada. A granulação perfeitamente revestida de epitélio levanta êste, e faz saliência no fundo de saco e a superfície da conjuntiva tarsal. As mesmas características histológicas das papilas se encontram nas granulações, onde apenas difere a vascularização que é quasi sempre, periférica.

Raramente, encontra-se no centro do granuloma um pequeno vaso. Há quem descreva às granulações duas zonas distintas pela côr, uma central maior e mais clara, e outra periférica, estreita e mais intensamente corada pelos reagentes. Na parte central alguns autores descrevem uma pequena zona constituída por mononucleares, a que chamaram, por analogia com o folículo linfático, *centro germinativo*.

Nos casos que observei a granulação era completamente homogénea e nunca encontrei nela células gigantes, ao contrário do que foi descrito nalgumas publicações.

A opinião da maioria dos autores é, de resto, unânime em negar a existência daquelas células no tracoma. Os vasos tanto das granulações como das papilas, ou do resto do córion, são notáveis pelo grande tamanho das células endoteliais que os limitam, chegando por vezes êsse endotélio a assemelhar-se a um epitélio simples de revestimento.

Epitélio. — O epitélio modifica-se aumentando o número e a espessura das filas celulares que normalmente o constituem, e entre os seus elementos encontram-se muitas células mucosas.

Reveste todas as irregularidades conjuntivais originadas pela

hipertrofia das papilas, e daí resulta que, ao atapetar as faces laterais destas, forma depressões cheias de polinucleares, neutrófilos em geral. Foram estas invaginações epiteliais que Iwanoff e Berlin erradamente descreveram como glândulas. Se a tumefacção e hipertrofia papilar se faz lateralmente, as papilas unem-se pelos bordos, deixando incluído entre elas o epitélio que as revestia. É esta uma das causas dos quistos conjuntivais por inclusão epitelial, que algumas vezes se observam no tracomatoso. As células epiteliais com inclusões, que Prowazek descreveu no tracoma, são difíceis de observar nos cortes preparados para estudo histo-

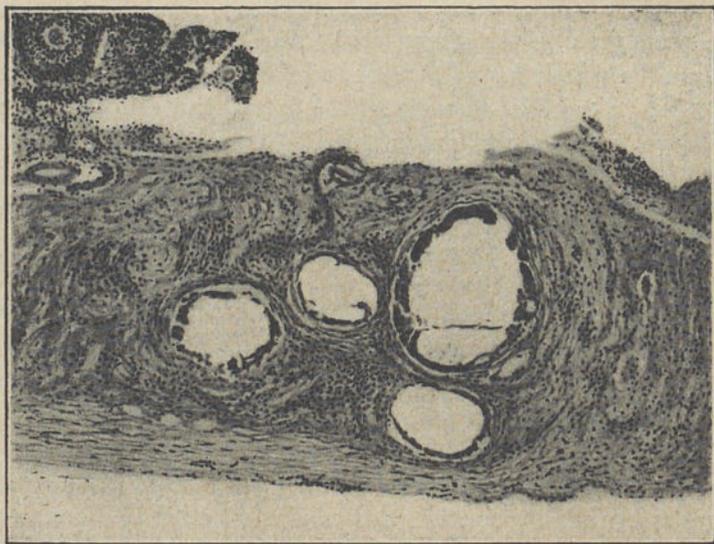


Fig. 3. — Degenerescência quística das glândulas de Meibomius

patológico, e a pesquisa de tais elementos deve fazer-se com a técnica seguinte :

Com uma espátula ou lâmina de vidro faz-se uma leve raspagem da conjuntiva.

O produto recolhido alarga-se em camada delgada sôbre uma lâmina e deixa-se secar. O esfregaço que assim se obteve fixa-se pela imersão em alcool absoluto durante 5 ou 10 minutos. Retira-se do alcool e espera-se que êste evapore, procedendo-se depois à coloração com soluto de Giemsa diluído (1 gota de corante

LISBOA MÉDICA



Opothèrapia Hematica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anêmicos e das Perdas Orgânicas

DESCHIENS, D^r em P^l, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amstras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, Lisboa

“
eregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

LISBOA MÉDICA

*Nas crises cardiovasculares
e respiratorias a*

Coramina „Ciba“

(dietilamina do ácido piridino-beta-carbónico)

ocupa o primeiro lugar entre os
ANALEPTICOS

*Reúne em si todas as proprie-
dades da cânfora sem apresentar
nenhum dos inconvenientes dos
antigos preparados canforados.*

SUAS 4 PRINCIPAES VANTAGENS:

*É facilmente soluvel em agua, logo,
reabsorpção rápida.*

*Efeitos clinicos seguros, intensos e persi-
stentes.*

*Dosagem exacta e administração tanto
por via hipodermica e endovenosa
como tambem por via interna.*

Toxidez mínima e perfeita tolerancia.



Amostras e literatura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos "CIBA" em Portugal.

para 1 c. c. de água destilada neutra) deixando o esfregaço mergulhado nesta solução durante 24 horas e na estufa a 37°. Os corpúsculos de Prowazek ficam azuis (fig. 2).

Tarso. — A membrana fibrosa das pálpebras aumenta de volume, por hipertrofia e infiltração linfóide dos seus feixes. Esta infiltração estabelece-se de preferência em volta da parede dos vasos, e daí irradia por entre os feixes conjuntivos, propagando desta sorte o processo inflamatório (fig. 1).

É a existência dêste estado de tarsite que alguns autores atribuem a pose tracomatosa. Entre a face profunda da derme e o tarso, encontram-se grandes vasos de paredes espessas e infiltradas. É também freqüente encontrar nalguns tarsos uma degenerescência quística das glândulas de Meibomius. Nalgumas preparações que possuo, a glândula transformou-se num largo canal vazio, rodeado internamente por um endotélio. Noutras o tubo glandular contém ainda algumas células epiteliais em via de degenerescência. Esta lesão nada tem de específico e pode aparecer em todas as inflamações crônicas do tarso como no-lo ensina a patologia palpebral (fig. 3).

PERÍODO CICATRICIAL. — Neste período diminui a infiltração leucocitária, e o tecido fibroso partido do tarso invade a derme à qual se substitui. Onde esta transformação fibrosa é mais lenta é ao nível das granulações. A granulação destinada à invasão do tecido conjuntivo é pouco vascularizada, e só muito raramente se descobre nela uma ou outra célula de Leber no centro ainda não invadido do granuloma. À periferia o tecido fibroso penetra e avança, em forma de lingüetas vascularizadas.

A parte que mais tempo resiste à invasão fibrosa é o centro germinativo, último reduto da inflamação.

Numa conjuntiva quási em completo estado cicatricial encontrei nódulos inflamatórios muito vascularizados, em volta de algumas glândulas do fundo de saco. A infiltração celular que constituía êsses nódulos formava, como se vê na fig. 4, uma manga em volta dos tubos glandulares. A estrutura dêsses nódulos é igual à que foi descrita a propósito das papilas, com grandes e pequenos mononucleares, linfócitos, e polinucleares neutrófilos,

tudo envolvido por uma trama conjuntiva tenuíssima. O epitélio destas glândulas é formado por células com protoplasma granuloso e núcleo repellido para a base. As células repousam sobre uma basal muito ténue, e no polo apical de cada elemento há



Fig. 4. — Nesta figura, que reproduz uma das minhas preparações de conjuntiva tracomatosa em estado cicatricial, é de notar na parte superior o nódulo inflamatório nitidamente desenhado em volta de algumas glândulas do fundo de saco superior.

numerosas mitocôndrias coradas em vermelho. Nalgumas células as mitocôndrias começam a abandonar o protoplasma, caindo no tubo excretor que aquelas delimitam.

Quere dizer que, apesar do estado cicatricial avançado da conjuntiva, há em volta de algumas glândulas de Krause e de Ciaccio nódulos inflamatórios em plena actividade e que não entram a secreção, como é lícito supor-se. Michail julga que estes focos de dacrioadenite

tracomatosa são os responsáveis pelas recidivas e lenta evolução da doença, pensando também que o tratamento de Abadie actua eficazmente, quando destrói estes núcleos inflamatórios, geralmente pouco acessíveis aos tópicos habituais. O epitélio modifica-se também no período cicatricial, apresentando características que lhe são próprias. O número de filas celulares do período florescente reduz-se a 3 ou 4, constituídas por células mais pequenas e pavimentosas.

O epitélio conjuntival d'este período assemelha-se, pela disposição e aspecto de suas células, ao epitélio corneano normal (fig. 4).

OBSERVAÇÃO DA CONJUNTIVA COM A LAMPADA
DE FENDA (BIOMICROSCOPIA)

Modernamente a semiótica oftalmológica enriqueceu-se com um método de observação, que se a não revolucionou como succedeu em 1851 com o aparecimento do oftalmoscópio, a tem feito no entanto progredir. Com a lâmpada de fenda, o médico tem uma noção mais perfeita do diagnóstico, embora este já tenha sido encontrado o maior número de vezes com os meios clássicos de observação. É um elemento a mais no complexo arsenal semiótico do oftalmologista, que, oportunamente empregado, pode ser fértil em ensinamentos mínimos, de delicada observação, mas cujo conjunto marca um nítido avanço na perfeição diagnóstica, que o especialista consciencioso ansiadamente procura. Foi o professor Gullstrand o primeiro que, em 1911, demonstrou perante a Sociedade Oftalmológica de Heidelberg a importância do emprêgo clínico da lâmpada de fenda, combinada com um microscópio corneano.

Primitivamente o aparelho de Gullstrand consistia numa lâmpada de Nernst metida em um involucro metálico, onde existia um condensador para os raios desta lâmpada. Este involucro tinha, na extremidade oposta à lâmpada, uma fenda estreita, única saída aberta aos raios luminosos que o observador fazia incidir sobre o globo, com uma lente que elle próprio segurava entre o polegar e o index. Era como se vê uma modalidade da iluminação oblíqua, mas sem os raios periféricos partidos da fonte luminosa. Depois a lâmpada Nernst foi substituída por uma Nitra, de filamento enrolado em espiral e dando uma luz mais branca e mais intensa. Henker adiciona-lhe um braço articulado, sobre o qual fica montado um tubo colector e uma lente, chamada oftalmios-

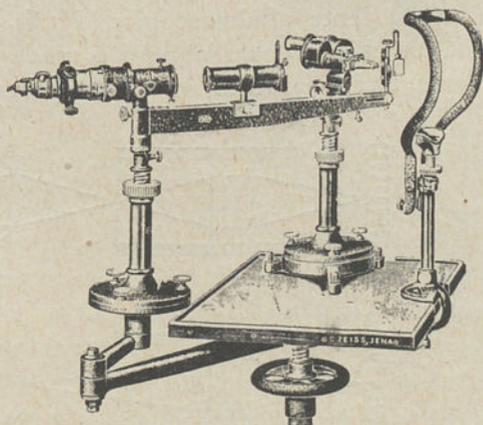


Fig. 5

cópica. Tanto o braço de Henker como a lâmpada oftalmoscópica da extremidade podem deslocar-se nos vários planos por meio de parafusos apropriados. Com outras pequenas modificações se chegou ao modelo último da casa Zeiss, que é bastante prático e está representado na fig. 5.

Há duas maneiras de empregar esta lâmpada, e que vulgarmente se denominam *modo Gullstrand* e *modo Vogt*, porque foram estes dois ilustres professores que primeiro as applicaram. No primeiro modo o filamento da Nitra está a uma distância tal das lentes condensadoras, que a sua imagem se forma na fenda do involucrio metálico, como se vê na figura esquemática n.º 6.

No *modo Vogt* o filamento da Nitra aproxima-se das lentes, e como consequência a sua imagem afasta-se e vai formar-se ao nível da lente oftalmoscópica (fig. 6). Verifica-se se a lâmpada está ou não preparada para o *modo Vogt*, colocando imediatamente atrás da lente oftalmoscópica um cartão, no qual deve

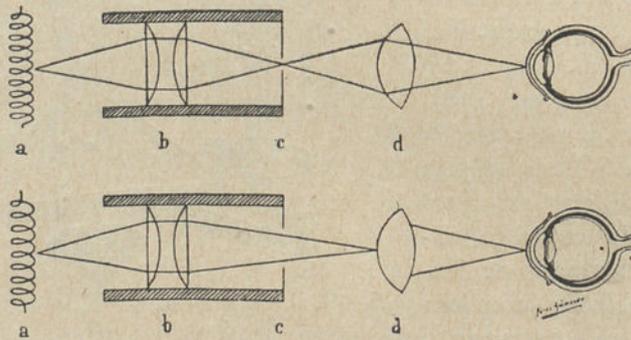


Fig. 6. — Em cima: *modo Gullstrand*; em baixo: *modo Vogt*
a, lâmpada; b, involucrio e lentes condensadoras; c, fenda do involucrio;
d, lente oftalmoscópica (Marquez).

desenhar-se, no caso afirmativo, a imagem nitidamente espiralada do filamento da lâmpada. Com este último modo obtém-se um feixe luminoso mais fino, mais penetrante, e por isso mesmo mais próprio para a observação da córnea, do cristalino e do vítreo. Kleefeld propôs, para designar a observação do globo e anexos com a lâmpada de fenda, o termo de *biomicroscopia* que adoptei.

A biomicroscopia da conjuntiva é assunto ainda novo, que apenas encontrei com algum desenvolvimento no livro de Dus-

seldorp. As suas figuras são porém imperfeitas e a tal ponto esquemáticas, que difficilmente podem servir para diagnóstico diferencial. Reputo a interpretação que êle dá dalgumas figuras, como a da conjuntiva normal, pouco concordante com os casos que observei. Cuenod e Nataf apresentaram à Sociedade Francesa de Oftalmologia o resultado de estudos idênticos sôbre conjuntivas tracomatosas. Êste trabalho, lido na sessão de 13 de Maio de 1929, chegou ao meu conhecimento por intermédio dos *Anais de Oculística* de Agosto de 1929, e mais tarde pelo livro de *Buletins e Memórias* da referida Sociedade, quando desde há meses eu havia iniciado êste mesmo estudo.

Nos trabalhos por mim realizados no Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto apenas pude fixar o aspecto *da conjuntiva normal, da conjuntivite vernal, do tracoma granuloso e da conjuntivite aguda simples*.

Julgo, no emtanto, que os documentos dêsse trabalho poderão incitar a outros estudos da mesma índole, que tenham por fim identificar as flogoses conjuntivais por meio da lâmpada de fenda.

A observação da conjuntiva pode fazer-se sem qualquer artificio, ou empregando uma das muitas colorações vitais aconselhadas. Num ou noutro caso devemos empregar, quer com o *modo Gullstrand* ou com o *modo Vogt*, a iluminação directa, indirecta e espelhenta, única forma de obtermos todo o proveito de uma tal observação. A coloração vital pode obter-se com solutos simples, como o azul de metilene a 1 $\frac{0}{0}$, ou com a mistura corante de Greifswald, cuja composição é a seguinte:

Verde brilhante	0,005 miligrs.
Verde iodo	0,012 »
Violeta de genciana	0,025 »
Agua destilada	5 c. c.

Desta mistura se instilam com algum intervalo duas ou três gotas, invertendo as pálpebras e evitando o prolongado contacto da mistura com o globo. Sem esta precaução o doente acusará ardor, prurido, e outros sintomas subjectivos que é útil evitar, para que a intranquillidade do doente não perturbe a observação. A coloração é irregular e inconstante, melhorando pouco as condições do observado. Já assim não succede quando o corante é

aplicado em injeção subconjuntival (soluto esterilizado de azul de metilene a $\frac{1}{3.000}$, $\frac{3}{10}$ de c. c.) porque então observa-se uma coloração específica nos nervos e núcleos celulares do córion. Os vasos continuam a ver-se em vermelho, o que os distingue facilmente dos filetes nervosos. É um quadro curiosíssimo de histologia do vivo que é lamentável não se possa provocar na conjuntiva társica, por causa da sua forte aderência aos planos profundos. Von Willer, Kleefeld, Gallemaertz e outros, têm aconselhado nos últimos tempos variados corantes, cujos resultados não são superiores aos dos que acabo de indicar. Na observação biomicroscópica da conjuntiva são principalmente os vasos que caminham entre a mucosa e o tarso que, pela sua óptima visibilidade, nos servem de indicadores. Todas as vezes que há uma perturbação patológica qualquer, a circulação modifica-se e toma aspectos variados, cuja relação com o grau e natureza da inflamação pretendemos estudar, descobrindo-lhe possíveis caracteres de fixidez com utilidade para o diagnóstico. Impõe-se por isso, como qualidade indispensável ao observador, o conhecimento perfeito da circulação palpebral normal.

• *Circulação palpebral.* — As pálpebras recebem seus vasos arteriais de duas origens. Uns provêm da supra-orbitária, da nasal, da lacrimal, da temporal superficial e da infero-orbitária. São os vasos periféricos que irrigam as porções externas das pálpebras junto da sua inserção orbitária. Os outros, mais importantes, provêm da oftálmica e são as artérias palpebrais superior e inferior. São estes últimos que têm sob sua dependência a irrigação do tarso e da conjuntiva. As artérias palpebrais superior e inferior dirigem-se do ângulo interno para o ângulo externo onde se anastomosam. Caminham neste curto percurso entre o orbicular e o tarso, paralelamente ao bordo livre das pálpebras, e delimitando desta sorte em volta da fenda palpebral um verdadeiro arco sanguíneo, o arco *interno* (fig. 7). Da semi-circunferência superior dêste arco parte um ramo ascendente, que tem origem ao nível da comissura palpebral interna e que com anastomoses da lacrimal vai formar um segundo arco. Denomina-se esta nova circunferência arterial *arco externo*, e, contido entre as terminações palpebrais do levantador, segue aproximadamente o bordo superior do tarso. A semi-circunferência inferior dêste arco não é

constante. O arco interno fornece, segundo Testut e Fuchs, os seguintes ramos:

1.º — *Ramos cutâneos*. Vão para a pele.

2.º — *Ramos pre-társicos*. São ascendentes na pálpebra superior e descendentes na inferior. Constituem uma rica rêde, a rêde pre-társica, de onde partem ramúsculos para o orbicular e para as glândulas de Meibomius.

3.º — *Ramos marginais*. São descendentes para a pálpebra superior e ascendentes para a inferior. Dividem-se em dois grupos de ramúsculos, que são os *marginais externos* e os *perfurantes internos*. Os marginais externos distribuem-se directamente ao bordo livre onde irrigam os folículos pilosos, as glândulas de Moll e as de Zeiss. Os perfurantes internos perfuram, como indica o seu nome, a membrana társica e vão irrigar a parte da conjuntiva que se aproxima do bordo livre. O arco externo envia alguns ramúsculos sem importância para a rêde pre-társica já descrita;

mas o maior número dos seus colaterais perfura o bordo supe



Fig. 7. — Esquema da circulação normal da pálpebra superior. 1—Arco arterial interno. 2—Arco arterial externo. 3—Artéria perfurante externa. 4—Rêde retro-társica. 5—Rêde pre-társica. 6—Rêde das glândulas de Meibomius. 7—Artérias do bordo livre. 8—Artéria perfurante interna. 9 e 9'—Anastomose interna e externa entre as duas rêdes pre-társica e retro-társica. 10—Ramos descendentes provenientes da lacrimal e da supra-orbitária. 11—Anastomoses entre a rêde pre-társica, a lacrimal e supra-orbitária.

rior do tarso, e, chegados à conjuntiva, dividem-se em dois grupos, um que se destina à mucosa e submucosa do fundo de saco, e outro que vai formar a rêde retro-társica. São estes os *vasos perforantes externos*. A rêde retro-társica que constituem interessantes em especial, porquanto, devido à sua posição subconjuntival, vê-se óptimamente com a lâmpada de fenda. Da rêde retro-társica destacam-se na sua extremidade inferior, superior com a pálpebra invertida, anastomoses delgadas que se ligam aos perforantes internos.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES BIOMICROSCÓPICAS. — *Conjuntiva normal da pálpebra superior* (fig. 8). Para esta observação empreguei sempre pequenas ampliações e o modo de iluminação de Gulls-



Fig. 8

trand. Em regra observa-se a conjuntiva com iluminação directa, usando da indirecta ou da espelhenta para o reconhecimento das diferenças de nível. A conjuntiva normal é perfeitamente lisa e luzidia, e permite que através do seu epitélio transparente, e por isso invisível, se possa observar a rêde vascular que a nutre. Esta rêde circulatória com pequenas modificações é idêntica em todos os indivíduos, e só alterações patológicas lhe imprimem caracte-

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU.
EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio de ferro, de quinina e de estricnina

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular
ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO

Outras especialidades: **TONICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.^{da}**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.^o — LISBOA



Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

Especialidades farmaceuticas que nos honram em qualquer parte do mundo

C i p o b i a s e

Emulsão de óleo de fígado de bacalhau, com as vitaminas de óleo e as vitaminas da banana, em compota. As crianças tomam esta emulsão com agrado e o médico pode ter a certeza de que prescreve vitaminas anti-raquíticas.

Vitamina cálcica

Extracto vitaminado da banana, laranja, cenoura, couve e alface, com os sais halogenados de cálcio. O recalçificante a preferir na tuberculose cirurgica. Agradável ao paladar.

Z o m o b i a s e

Extracto de carne glicerinado, com uma percentagem elevada de hemoglobina. Produto ideal de opoterápia nas anemias.

C e r i m a l t e

Extracto de cereais, o mais rico em substâncias proteicas, para substituir a carne, como se documenta pela análise oficial feita a este producto, em confronto com outros similares.

C e r i m a l t i n a

Extracto de cereais, glicerinado, rico em proteicos para alimento dos diabéticos, evitando a sua perda de peso.

Septona de Malte

Produto rico em proteicos, 2,5 mais alimentar do que a carne de vaca, extraído das radiculas de malte, tolerado por todos os organismos que não podem usar a carne dos animais.

Escusado será dizer que estes productos pertencem ao Laboratório Farmacológico de

J. J. FERNANDES, L.^{DA}

Rua Alves Correia, 187

E que já são conhecidos da elite médica do país e do estrangeiro, como succede por exemplo com a **Cipobiase** aprovada oficialmente em Espanha, no Brasil e com documento do seu valor, obtidos em França e na Alemanha.

res dignos de estudo. Segundo a fig. 8 que representa a disposição por mim mais freqüentemente encontrada, vemos que são observáveis as seguintes zonas:

1.^a — *Zona do bordo livre* (1). Nela se observa a implantação das pestanas e a abertura dos canais excretores das glândulas de Meibomius, que nos dão a impressão de uma fila regular e continua de pequenas pérolas.

2.^a — *Zona marginal externa*. É uma pequena zona estreita e homogénea, onde se vêem numerosas pontuações vermelhas correspondendo à terminação dos vasos marginais externos.

3.^a — *Zona dos vasos perfurantes internos*. Esta zona quasi do tamanho da anterior é constituída por vasos subconjuntivais bastante curtos e que se adelgaçam de cima para baixo, estando a pálpebra invertida. Corresponde à região dos vasos perfurantes emanados do arco interno, e a sua origem visível marca bastante bem o bordo inferior do tarso.

4.^a — *Zona anastomótica*. É uma zona mais pequena do que as anteriores e também mais clara, certamente devido à sua diminuída vascularização.

É por baixo desta estreita faixa conjuntival que se estabelecem as anastomoses entre os perfurantes internos e externos. Por esse motivo a denominei anastomótica.

5.^a — *Zona dos vasos perfurantes externos*. Esta zona ocupa, só por si, quasi dois terços da conjuntiva observável à lâmpada de fenda. É inteiramente lisa, bem vascularizada e continua-se sem linha de demarcação com o fundo de saco. Os vasos que a percorrem são grossos, muito ramificados, e vão-se adelgaçando pouco a pouco até encontrarem os perfurantes internos, com os quais se anastomosam. Derivam, como foi dito, do arco externo e constituem o grupo inferior dos perfurantes externos dos anatómicos.

Forma granulosa dum tracoma florescente (fig. 9). — Nesta figura, que representa a imagem biomicroscópica duma conjuntiva tracomatosa, nota-se que o bordo livre está mais confusamente desenhado do que no tipo normal. Isto era devido à leve

(1) A nomenclatura que emprego foi-me sugerida pela descrição anatómica dos clássicos.

infiltração edematosa dos tecidos. Os orifícios das glândulas de Meibomius, como conseqüência da tumefacção da mucosa, são muito menos nítidos do que na imagem anterior. As zonas normais da conjuntiva desapareceram, confundidas pelo edema e pelas granulações.

A zona marginal externa, a dos perfurantes internos e a anastomótica, fundiram-se numa larga faixa gelatinosa, no interior da qual se observam numerosos capilares de disposição irregular.

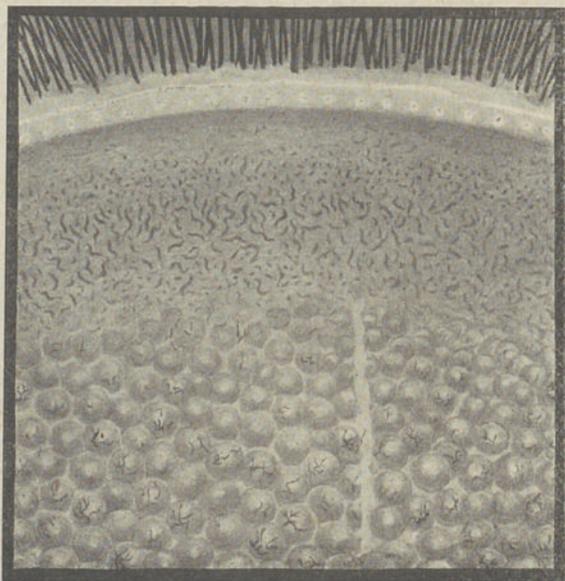


Fig. 9

A zona dos vasos perfurantes externos é ocupada por granulações arredondadas que aumentam de tamanho e de número na direcção do fundo de sacco.

Algumas destas granulações possuem bem visível um vasito central arborescente. Um pouco à direita vê-se na figura uma fita clara e rectilínea que é uma cicatriz conjuntival.

Conjunctivite catarral aguda (fig. 10). — A conjuntiva estava neste caso perfeitamente lisa mas muito hiperemiada. Na região do fundo de sacco notava-se a existência de secreção purulenta, semelhante uma vesícula alongada.

A figura representa bem êste aspecto. A zona dos vasos perforantes externos e anastomótica desapareceram, e em sua vez observa-se uma larga zona uniformemente vermelha, com um picotado hemorrágico e numerosos capilares dilatados. Na zona dos perforantes internos estes vasos são ainda visíveis, mas de forma pouco nítida, porque a hiperemia capilar e o edema lhes apagaram os contornos.

Onde normalmente fica situada a zona marginal externa, vê-se uma pequena faixa clara sem vascularização.

Esta disposição suponho que seja a consequência da pressão exercida pelo bordo do tarso sôbre a conjuntiva tumefacta,

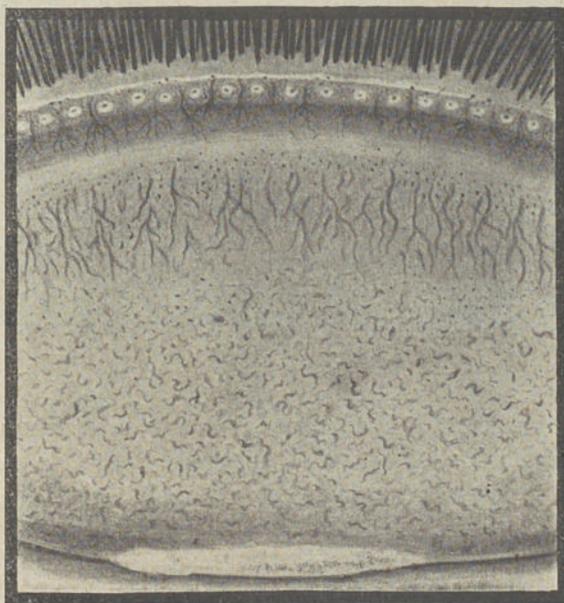


Fig. 10

quando se inverte a pálpebra. O bordo livre participa também da forte hiperemia geral, e, como consequência, os orifícios Meibomianos parecem mais nítidos por contraste. Entre estes orifícios vêem-se pequenos vasos que terminam numa espécie de franja na zona marginal externa. Esta imagem pareceu-me muito característica e encontrei-a em outras conjuntivites catarrais agudas. O caso aqui representado foi particularmente rebelde ao tratamento.

Conjuntivite vernal (fig. 11). — Neste caso a conjuntiva estava pouco tumefacta. A vascularização havia perdido a regularidade que se observa no indivíduo normal. A meio do tarso viam-se saliências poligonais, de bordos talhados a pique e com

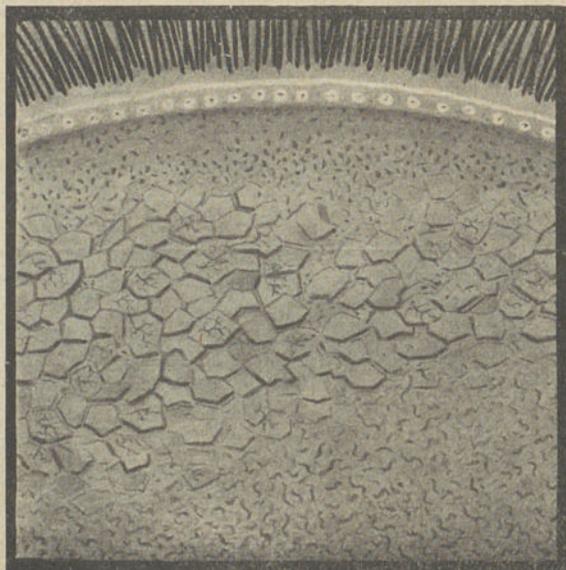


Fig. 11

superfícies planas. Algumas destas formações têm um vaso central muito ramificado. Na zona marginal externa o desenho não representa bem o aspecto esponjoso que se via no doente.

BIBLIOGRAFIA

- ARLOT. — Ensaio de citologia do tracoma (Comunicação ao Congresso Colonial de Saúde Pública). Marselha. Setembro de 1922.
- AUBARET, LACROIX e HERMANN. — Novas pesquisas histológicas e citológicas sôbre o tracoma. — *Revue du Trachome*. Janeiro de 1924.
- CHEVALLEREAU. — Conjuntivite granulosa. — *Enciclopédia Francesa de Opht* O. Doin, Paris.
- CUENOD NATAF. — Biomicroscopia da conjuntiva társica no tracoma. Soc. Fr. de Ophtalmologie. Sessão de 13 de Maio de 1929.
- DUSSELDORP. — Tracoma (Tese). Buenos Aires. 1927.
- GABRIÉLIDES. — Conjuntivites. — *Constantinopla Imprensa Estia*. 1921.

- GALLEMAERTZ. — Tracoma e coloração vital. — *Ann. d'Oculistique*. Novembro de 1924.
- Exame microscópico das afecções da córnea. Masson. Paris. 1926.
- KOBY. — Microscopia do olho vivo. Paris. Masson. 1924.
- LEBER e PROWACZEK. — Estudos experimentais sôbre o tracoma. — *Von Graef's Archiv. f. Oph.* Julho, 1913.
- L. TESTUT. — Anatomia humana. Paris. 1897.
- MARQUEZ. — Lições de oftalmologia clínica.
- MEESMAN. — Microscopia do olho vivo. Berlim. 1927.
- UGO LOMBROSO. — Observações relativas aos corpúsculos de Protrazek. — *Arch. de l'Institut Pasteur de l'Afrique du Nord*. Dezembro. 1921.
- VILLARD. — Tese. Lille. 1896.
- VOGT. — Atlas de microscopia do olho vivo iluminado por meio da lâmpada de fenda de Gullstrand. Julius Springer. Berlim. 1921.
- W. LOHLEIN. — Inclusões epiteliaes e tracoma. — *Von Graef's Arch. f. Oph.* Maio. 1913.

NOTAS CLÍNICAS

AS PROVAS MONOMÉTRICAS DO DIAGNÓSTICO DOS TUMORES MEDULARES

POR

ALMEIDA LIMA

Assistente de Neurologia

Julgamos não ser ainda usada entre nós a prova de Queckenstedt como método clínico na prática corrente do diagnóstico de neoplasias ocupando o canal raquidiano.

Tendo usado esta prova, sistematicamente, na Clínica Neurológica do Hospital Escolar, pudemos verificar a sua extrema simplicidade e o elemento precioso de diagnóstico que é em determinados casos.

As manobras necessárias para a execução desta prova são de grande simplicidade, e podem ser executadas por todo o clínico, sem ser necessária qualquer prática especial. Não necessita de aparelhagem cara nem complicada, podendo assim ser executada tanto por aqueles que se encontram nos grandes centros como pelos que praticam nas localidades mais afastadas.

Tudo isto nos leva a crer de uma certa utilidade a divulgação da prova de Queckenstedt, que sendo correntemente executada na Alemanha e principalmente na América do Norte, não alcançou nos países latinos a generalização que nos parece merecer pela sua fácil execução e valor diagnóstico.

Em 1916, Queckenstedt, indicava pela primeira vez a possibilidade de aplicar à clínica o fenómeno por êle observado de que, no decorrer de uma punção lombar, a compressão digital das veias jugulares têm como consequência a elevação da pressão do líquido céfalo-raquidiano, medida por um monómetro adaptado à agulha durante a punção lombar.

Só porém em 1925, após os trabalhos dos americanos Stookey, Merwarth e Frantz, se reconheceu todo o partido a tirar d'êste fenómeno.

Em França, a primeira comunicação foi feita em 1927 por Sicard à Société Neurologique de Paris, tendo-se Clovis Vincent ocupado também do assunto. Nos últimos dois anos vieram a público vários artigos de divulgação, começando então a entrar na prática diária esta pequena manobra.

A prova de Queckenstedt, também por alguns chamada prova de Stookey, tem a sua principal aplicação no estudo das septações do canal raquidiano.

Outras podem ser as afecções em que esta prova nos possa trazer ensinamentos de valor, nomeadamente nos tumores intracraneeanos, meningites, afecções dos seios da dura-mater, flebites dos jugulares, etc. Só nos ocuparemos, porém, das septações raquidianas para as quais a prova está já completamente regradada.

O princípio em que se funda a prova é extremamente simples e compreensível. Num indivíduo normal a compressão das jugulares provoca uma estase venosa nos vasos suprajacentes, o que tem como consequência evidente o augmentar o volume de sangue contido na caixa craniana. A tensão do líquido céfalo-raquidiano é elevada pelo facto desta estase venosa e êste aumento de pressão é transmitido ao longo de todo o canal, visto todos os espaços que

contêm líquido céfalo-raquidiano serem comunicantes. Um manómetro em comunicação com uma agulha que se introduziu no saco dural no lugar de eleição (entre a 4.^a e 5.^a vert. lombares) regista pois êste aumento de pressão.

Êsse manómetro não mostrará, porém, qualquer variação de pressão, se existir um obstáculo que, septando o saco dural, se oponha à sua livre transmissão.

Para a apreciação da tensão do líquido céfalo-raquidiano emprega-se correntemente na Clínica Neurológica de Santa Marta o manómetro de Stookey. Ê êste um simples manómetro de ar livre constituído por um tubo recto de vidro graduado em centímetros de água. Para comodidade de manejo e de transporte é êsse tubo dividido em dois troços, que se reúnem na ocasião de servir. Um pequeno tubo de borracha, que deve ser de pequeno calibre e

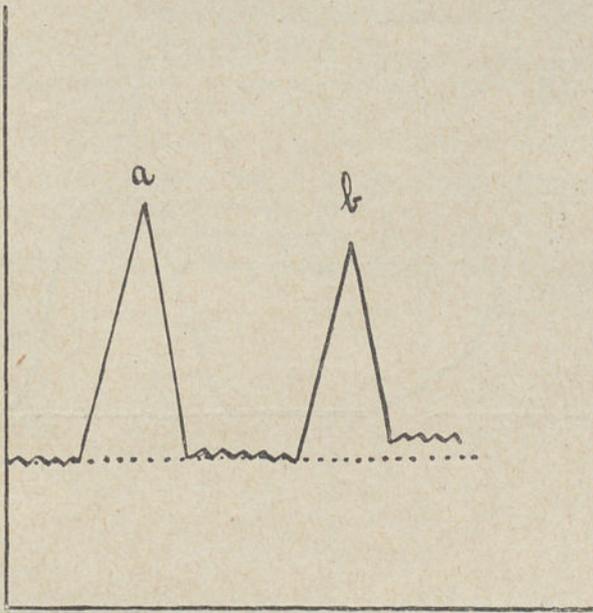


Fig. 1

de paredes grossas, liga a agulha de punção lombar ao tubo manométrico. É cómodo intercalar entre a agulha e o tubo de cauchu uma pequena torneira de três vias, permitindo à vontade pôr em comunicação a agulha com o tubo monométrico ou com o tubo de ensaio, onde se recolha líquido para análises posteriores. Êste acessório é, porém, dispensável. Pode se mesmo, não possuindo o tubo manométrico de Stookey, já graduado e de calibre apropriado, utilizar um tubo de vidro qualquer que seja, de pequeno calibre interno. Não poderemos, assim, evidentemente, ter números absolutos da tensão do líquido céfalo-raquidiano, mas, como veremos, apenas os valores relativos têm importância essencial nesta prova.

Outro qualquer manómetro dos correntemente usados para a medição da tensão do líquido céfalo-raquidiano pode ser usado. Os franceses empregam muito o aneróide de Claude, mas a inércia que estes aparelhos apresentam, principalmente nas pressões descendentes, faz com que prefiramos o de Stookey, embora os aneróides sejam para outros fins muito recomendáveis porque não carecem de esterilização.

Para a execução da prova devemos-nos rodear dos mesmos cuidados usados numa medição correcta da tensão do líquido céfalo-raquidiano.

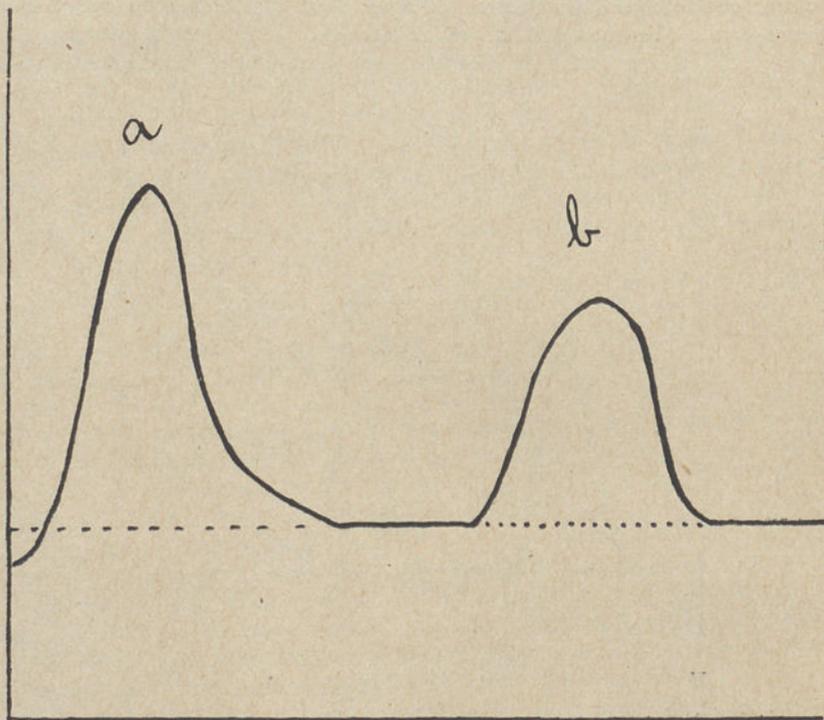


Fig. 2

O doente deve estar o mais calmo possível, em posição cómoda, não ter qualquer vestuário dificultando a respiração que se manterá regular. A sensação de frio, os movimentos e o falar durante a prova alteram os seus resultados. A emoção violenta, os gritos, o choro e a tosse impossibilitam a sua execução. Por isso é muito difícil o seu emprego em crianças, a não ser que se use a anestesia geral.

A posição preferível do doente é o *decubitus* lateral, podendo também ser adoptada a posição sentada.

Tomadas estas precauções preliminares faz-se a punção lombar, adaptando a agulha ao manómetro, de modo que não se perca líquido.

Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina,
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)

DELBIASE

estimulante biologico geral

por hypermineralisação magnesia do organismo.

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet.

Principais Indicações :

**Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares,
Perturbações neuro-musculares,
Asthénia nervosa,
Perturbações cardiacas por Hypervagotonia,
Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso,
Prophylaxio do Cancro.**

dose : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, rue Vivienne, PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

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

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

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

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniodo.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

Uma experiência
de 20 anos na fa-
bricação dos nossos
**preparados
de Salvarsan**

Neosalvarsan
Myosalvarsan



e os perfeitos métodos de
análise, tanto biológicos
como toxicológicos e qui-
micos, cuja finalidade é o
exame oficial, garantem aos
Ex.^{mos} Clínicos o mais am-
plo campo de indicações, o
maior efeito terapeutico e a
melhor tolerância dos
produtos.

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Secção scientifica farmacêutica

Bayer-Meister-Lucius

Representante-depositário: **Augusto S. Natividade**
Rua dos Douradoures, 150, 3.º **LISBOA**

O nível do líquido nos manómetros de tipo Stookey, ou a agulha nos aneroídes como o de Claude, começa, depois de o manómetro colocado em posição, a subir mais ou menos lentamente, até que se estabiliza. É conveniente esperar uns dois minutos antes de fazer a leitura do aparelho. De facto, o nível do líquido ou a agulha não se estabiliza completamente mas apresenta pequenas oscilações, em geral inferiores ao valor de 1 cm., em volta de uma posição de equilíbrio. Estas oscilações são ritmadas pelos movimentos respiratórios, e são devidas às variações de pressão venosa que estas provocam.

Também as contracções cardíacas provocam leves oscilações.

Feita a leitura da tensão, faz-se a compressão das jugulares. Deve-se premir as jugulares com o polegar e indicador da mesma mão com intensidade

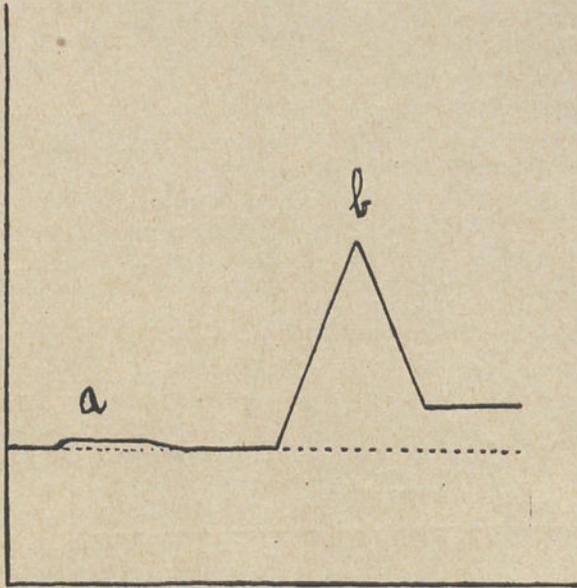


Fig. 3

suficiente para pôr obstáculo à circulação, mas sem grande violência. Evitar os movimentos de defesa provocados pela compressão da traqueia. É também indispensável prevenir o doente das manobras a executar, pois de contrário este infalivelmente faz um movimento de recuo, se inesperadamente sente a compressão do pescoço.

Mantém-se a pressão das jugulares durante dez segundos, durante os quais, no individuo normal, a tensão se vai elevando rapidamente. Cessada a compressão, a queda da pressão é rápida, atingindo o valor inicial, em geral, ao fim de dez segundos. É preciso notar que por vezes, mesmo em individuos normais, os valores da tensão após as manobras da prova de Queckenstedt, ficam num nível um pouco superior ao inicial.

Nota-se a pressão máxima atingida e o valor em que se restabeleceu a

pressão após a compressão. Temos, assim, três números: pressão inicial, pressão máxima e pressão final, que, expressos gráficamente, nos fornecem um traçado como o representado na fig. 1.

Num indivíduo normal a pressão chega a atingir valores duplos (30 a 40 cm.) durante a compressão das jugulares.

Em seguida diz-se ao doente para fazer um esforço abdominal, como o da evacuação e imediatamente o manómetro acusa um aumento de pressão análogo ao obtido pela manobra das jugulares. Esta nova experiência representada gráficamente dá-nos o aspecto do incidente *b* da fig. 1.

É mais elucidativa a técnica que passamos a descrever:

Faz-se a compressão das jugulares, como já foi indicado, mas mantém-se a pressão manual muito mais tempo, fazendo leituras manométricas de cinco

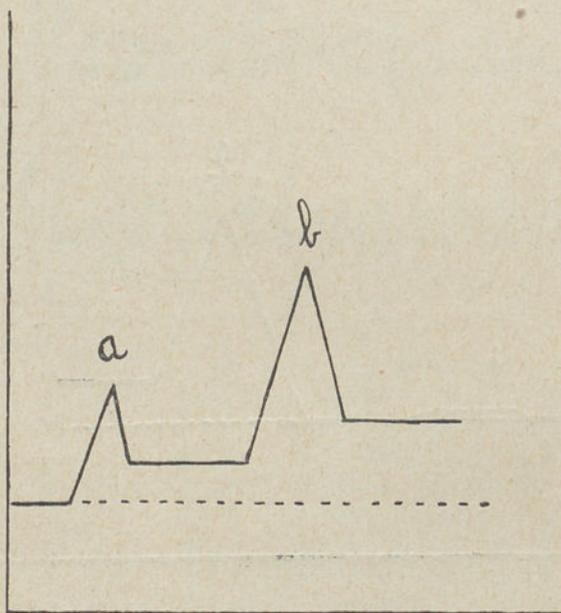


Fig. 4

em cinco segundos. Os valores da tensão vão-se elevando rapidamente nos primeiros segundos de compressão; ao fim de um lapso de tempo bastante variável, mas compreendido no indivíduo normal entre 25 a 30 segundos, a pressão bruscamente afrouxa ou mesmo pára na sua curva ascensional, obtendo-se, então, duas leituras iguais ou de valores muito próximos. Nesse momento cessa-se a compressão e, continuando a fazer leituras de cinco em cinco segundos, estuda-se a curva descensional até a tensão de novo estacionar.

Como para a primeira técnica, deve empregar-se o *contrôle* abdominal. Obtêm-se, assim, gráficos como o da fig. 2.

Este segundo modo de executar a prova dá-nos curvas mais minuciosas,

mas pela demora da compressão das jugulares torna-se mais incômodo para o doente. Para o estudo das compressões medulares não tem porém vantagem sobre a primeira técnica, que deve neste caso ser preferida. Pelo contrário, no estudo das variações de pressão nos portadores de tumores intracranianos é o último método mais recomendável.

Vejamos agora quais os gráficos correspondentes às duas septações do canal raquidiano, a septação completa e o bloqueio parcial.

No primeiro caso, o obstáculo colocado entre o buraco occipital e a agulha lombar divide o canal em duas porções não comunicantes, e assim obtêm-se gráficos como o representado na fig. 3.

O seu aspecto é absolutamente característico, a sua interpretação evidente. A elevação jugular desapareceu, a abdominal mantém-se idêntica ou ligeiramente menor do que no normal. As pequenas oscilações produzidas pelos movimentos respiratórios e do coração desaparecem.

Em regra nestes doentes encontramos um síndrome típico do *liquor* (xantocromia, dissociação, albuminocitológica, hipotensão).

No segundo caso, septação incompleta, a interpretação é mais delicada, os resultados inconstantes. Num grande número de casos obtêm-se, porém, gráficos análogos ao da fig. 4. O esforço abdominal dá em regra um notável aumento da pressão, ao passo que a compressão das jugulares provoca apenas uma elevação de alguns centímetros (10 a 12). Nestes casos, após uma compressão das jugulares ou de um esforço abdominal, a pressão vem em geral estabilizar-se num nível elevado, como se vê no gráfico.

Com o intuito de tornar mais evidentes as modificações das provas manométricas, nos casos de septações incompletas há quem use (Ayer) fazer além da punção lombar uma punção suboccipital, com o fim de estudar comparativamente os resultados obtidos numa e noutra posição.

Este método tem porém o inconveniente de fazer perder à prova as suas mais interessantes características: a grande simplicidade e a inocuidade completa. Só será aconselhável em casos particulares.

O valor clínico da prova de Queckenstedt está na sua grande simplicidade e fácil execução. Certamente não nos pode dar indicações de localização como a prova de lipiodol de Sicard, mas também não tem as exigências de técnica e de aparelhagem a que esta obriga. Será inútil em muitos casos em que o diagnóstico se impõe só pelos sintomas clínicos, mas mesmo nestes não é de desprezar uma confirmação tão fácil de obter.

Ao contrário do que seria de supor, certos tumores medulares produzindo já uma septação do canal, com a prova de Queckenstedt nitidamente positiva, podem apresentar uma sintomatologia neurológica fruste (1 caso do Prof. Egas Moniz). Nestes casos e nos de afecções medulares não compressivas, mas cuja sintomatologia pode fazer pensar no diagnóstico diferencial com tumores medulares, tem a prova de que rapidamente nos ocupamos do seu valor máximo.

A simplicidade e a inocuidade desta prova, que acabamos de pôr em relevo, e o valor incontestável das suas indicações torna-a não só aconselhável mas indispensável em todos os casos, mesmo de leve suspeita de um síndrome de compressão medular.

Revista dos Jornais de Medicina

A concepção moderna do adenoma tóxico da glândula tiroideia e as suas relações com o bócio exoftálmico. (*Conception récente de l'adenome toxique thyroïdien et de ses relations avec le goitre exophtalmique*), por M. P. WEIL e MARC ISELIN. — *Pres. Méd.* 5 de Fevereiro de 1930.

Os autores fazem um artigo de divulgação, em que principalmente insistem sobre os trabalhos recentes de Rienhoff.

São conhecidas as divergências actuais a propósito do adenoma tóxico e do bócio exoftálmico.

Segundo Plummer e seus associados, o bócio exoftálmico é uma distíroïdia, caracterizada clinicamente pela aparição concomitante do exoftalmo e dos demais sintomas que acompanham a doença de Parry-Graves. O seu quadro anátomo-patológico é também de certa maneira característico: aparecem, espalhados pela glândula, sinais de hipertrofia e hiperplasia celular, a substância colóide diminui em quantidade e consistência e a vascularização da glândula aumenta consideravelmente.

O iodo teria a maior indicação no tratamento d'êste síndrome que também é conhecido pelos nomes de bócio tóxico primário ou bócio parenquimatoso difuso.

O bócio nodular, bócio tóxico secundário, adenoma tóxico, seria outra entidade distinta do bócio exoftálmico, com sua fisionomia clínica, sua histologia e terapêutica especiais; seria um quadro de simples hiperactividade da tiroideia, com alterações histológicas irregularmente distribuídas pelo parênquima, mas com zonas de aparência sensivelmente normal quanto a riqueza em substância colóide, com sintomas clínicos pouco pronunciados e sem exoftalmia. Êste tipo de bócio constituiria uma formal contra-indicação ao tratamento pelo iodo. Assim, Plummer considera os dois tipos de bócio a que viemos de fazer referência com duas doenças completamente diferentes, sem analogias anátomo-patológicas ou clínicas.

Outra escola mais moderna, à frente da qual está Rienhoff, encara o problema com um critério diferente. A doença de Parry-Graves e o adenoma tóxico são uma e a mesma doença, observada em fases de actividade diferente e subordinadas ao mesmo grupo de medidas terapêuticas.

Rienhoff, pelos seus trabalhos, baseados na clínica, na anatomia patológica e no campo experimental, tem contribuído em grande escala para os progressos recentes do problema do hipertiroïdismo. Segundo as próprias palavras d'êste autor (in *Lewis System of Surg.* 1929), veja-se a concepção actual da sua escola:

«Em relação com as remissões clínicas do bócio tóxico, tanto as remissões espontâneas como as que são determinadas pela administração do iodo, aparecem alterações involutivas na estrutura histológica da glândula tiroideia que são tão características e fundamentais como as alterações microscópicas que se produzem durante a hipertrofia e a hiperplasia.

Estas alterações regressivas podem classificar-se em três tipos diferentes, que mostram respectivamente:

LISBOA MÉDICA



EPIVOMIN

SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como
el más eficaz de los **ANTIEPILEPTICOS**
(vómitos del embarazo-insomnios-tic-coqueluche)
Fórmula: Sales calc. (clor. calc.)-brom. potas.-ac. feniletilbarb.
Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

Laboratório Sanavida -- Sevilla

Deposítários em Portugal: **Sociedade Industrial Farmacêutica** — 24, Rua do Mundo, 42 — LISBOA

MAGNESIA

S. PELLEGRINO

Purga,
refresca,
desinfecta



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

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

LISBOA MÉDICA

AMPOLA COOLIDGE GAIFFE-GALLOT ET PILON

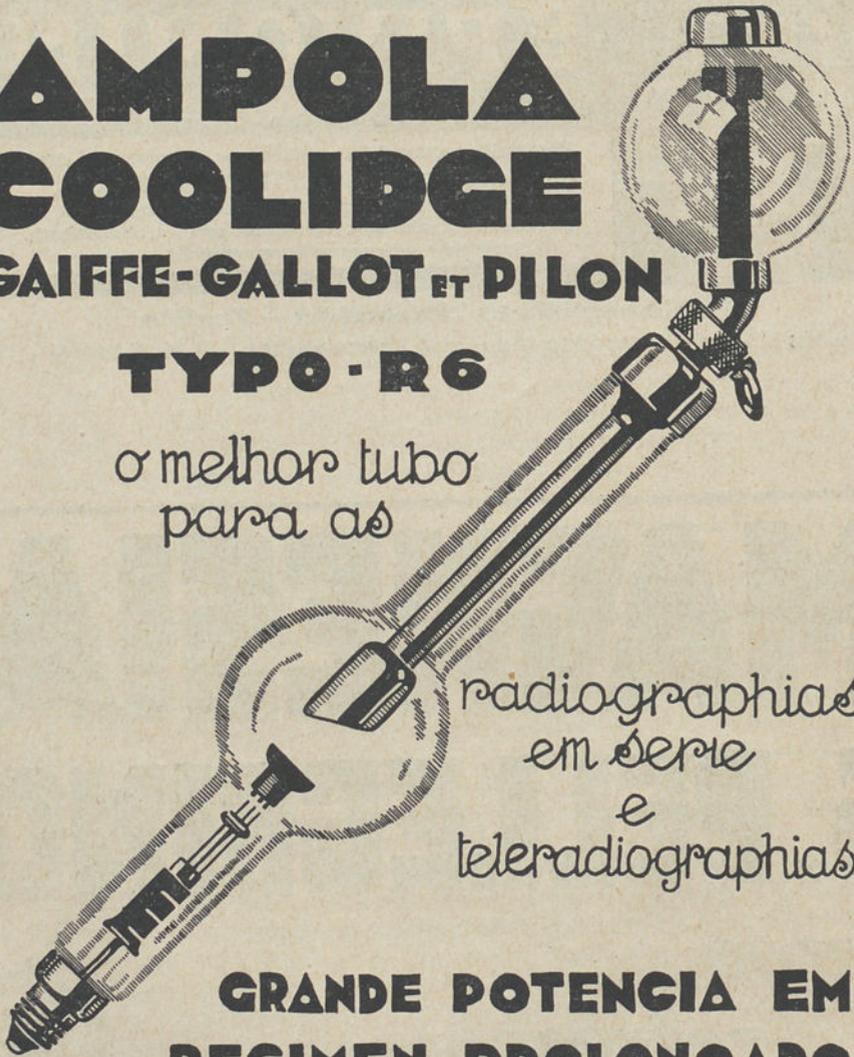
TYP0-R6

*o melhor tubo
para as*

*radiographias
em serie
e
teleradiographias*

**GRANDE POTENCIA EM
REGIMEN PROLONGADO**

REPRESENTANTES: LISBOA
SOCIEDADE IBERICA DE CONSTRUÇÕES ELECTRICAS
PRAÇA LUIZ DE CAMÕES, 36-2º - T.1722



1) Um t rmo médio, habitual, de altera o microscópica, aparecendo difusamente, por toda a glândula.

2)  reas de hiperinvolu o.

3)  reas de hipoinvolu o.

No bócio tóxico a involu o habitual da glândula, durante uma remissão clínica, representa sensivelmente o regresso da tiroideia a uma estrutura histológica bastante semelhante   da glândula normal.

As áreas de hiperinvolu o correspondem, clínica e histol gicamente, ao chamado adenoma colóide, adenoma quístico, adenoma fetal, ou quistos colóides.

Por outro lado, as áreas de hipoinvolu o são zonas limitadas de hiperplasia persistente, correspondendo ao adenoma miliar de Ewing ou ao adenoma difuso e fetal de outros autores.

A involu o da glândula tiroideia aparece depois da hipertrofia e da hiperplasia, quer esta seja fisiológica ou patológica, abrangendo de uma maneira difusa a totalidade da glândula ou apenas limitada a zonas ou porões restritas desta.

Tais áreas de hiper e de hipoinvolu o não podem tomar-se como autênticos tumores benígnos da glândula ou adenomas, no sentido verdadeiro da palavra, mas simplesmente devem considerar-se como altera es histológicas residuais, produzidas durante a involu o que se seguiu a uma hipertrofia e hiperplasia da glândula.

As áreas de hiperinvolu o ou corpos involutivos podem de novo sofrer altera es de hiperplasia e hipertrofia que, ou se limitam depois exclusivamente a estas zonas, ou se propagam a todo o corpo tiroideo.

O volume dêstes tumores aparentes aumenta por vezes, progressivamente, em rela o com as fases de recrudescência e remissão, comuns na evolu o do hiperitirodismo.

O verdadeiro adenoma parenquimatoso aparece por certo, mas em uma percentagem reduzida de casos e não deve confundir-se com os corpos involutivos. De resto a terapêutica   a mesma para uma e outra categoria de lesões. Uma vez que os sinais clínicos se manifestam as normas-médico-cirúrgicas aplicam-se indistintamente, quer tenhamos de cuidar um bócio difuso-hiperplasia e hipertrofia simples como diz Rienhoff, bócio primitivo como diz Plummer,, quer estejamos em presença de um bócio nodular — bócio secundário ou adenoma tóxico de Plummer —. As normas médicas compreendem o repouso, a dieta, a observa o clínica repetida, etc., e o tratamento i dico por meio do soluto de lugol a 5 % (V a X gotas por dose). O tratamento cirúrgico, que só se deve executar depois de prepara o suficiente dos doentes por intermédio das medidas terapêuticas enunciadas, deve englobar em uma única sessão operatória a laquea o das tiroideias e a lobectomia subtotal (extirpa o de cêrca de 9/10 da glândula tiroideia).

Com esta técnica conseguiu-se uma baixa acentuada na mortalidade operatória, e a quási desapareço das rec divas do hiperitirodismo.

Algumas micro-fotografias ilustram o artigo dos autores.

Tratamento das fendas de ânus pelas injeções locais de quinina e ureia. (*Traitement des fissures anales par les injections locales de quinine et urée*), por BENSUADE, GAIN e LIÈVRE. — *Bul. et Mém. Soc. Méd. des Hop. de Paris*. 10 de Janeiro de 1930.

As injeções locais de soluto aquoso de quinina e ureia a 5 % foram experimentadas com sucesso no tratamento da fenda de ânus.

A técnica que os autores seguem e que aconselham é a seguinte :

O doente coloca-se na posição genu-peitoral, as nádegas afastadas por um ajudante; todas as manobras impostas pelo tratamento são executadas com a maior cautela. Um exame brutal é susceptível de provocar uma exacerbação das crises dolorosas.

Com uma seringa de 2 c. c. munida de agulha muito fina e de bisel curto procede-se à injeção, introduzindo a agulha em um ponto imediatamente acima da extremidade externa da fenda e fazendo a injeção do líquido rapidamente, à medida que a agulha vai deslizando por debaixo da fenda, ao longo do seu trajecto, em um percurso de 4 a 5 mm. aproximadamente.

A quantidade de líquido a introduzir é apenas de $\frac{1}{4}$ de c. c.

Por via de regra a injeção é extraordinariamente dolorosa nos momentos que se seguem à introdução do líquido mas a dor cessa a breve trecho.

A injeção pode repetir-se a 2 ou 3 dias de intervalo.

Três injeções são geralmente necessárias para executar o tratamento completo.

A par do tratamento pelas injeções podem fazer-se também as aplicações locais de pomada de ictiol e de soluto de nitrato de prata.

O tratamento, na experimentação dos autores, determina uma melhoria manifesta e quasi sempre a desapareção dos sintomas da fenda de ânus.

MORAIS DAVID.

O tratamento da anemia perniciosa com estômago de porco. (*The treatment of pernicious anemia with swine stomach*), por M. CONNER. — *Jour. Am. Med. Ass.* 8 de Fevereiro de 1930.

Os produtos da digestão normal da carne, obtidos por meio do vômito e administrados aos doentes com anemia perniciosa, parece revelarem as mesmas propriedades terapêuticas que Minor e Murphy atribuíram à opoterapia hepática. Esta foi uma das principais razões porque o autor foi levado a experimentar a acção do estômago de porco, cru ou cozido, no tratamento da doença de Biermer.

O estômago de porco contém, provavelmente, uma substância que produz um aumento no número dos eritrócitos e na proporção dos eritrócitos reticulados, semelhante também ao que se encontra após a medicação com a opoterapia hepática.

MORAIS DAVID.

O edema post-operatório. (*Post-operative edema*), por O. J. MENARD. — *The Surg. Clin. North. Am.* Dezembro de 1930.

O edema post-operatório aparece frequentemente mas só em raros casos está relacionado com uma franca insuficiência miocárdica ou renal, a menos que tenha havido qualquer complicação séptica.

Quando a insuficiência cardíaca se declara, o tratamento tonicardíaco e a medicação diurética dão muitas vezes os melhores resultados.

Em um grande número de casos a patogenia do edema não é clara. Vários factores parecem concorrer, simultâneamente, para a sua aparição.

A excessiva ingestão de líquidos ou de solutos salinos pode estar associada com os edemas. A quantidade de fluidos deve ser reduzida em tais circunstâncias e os diuréticos têm, então, as maiores indicações.

A anemia acompanha por vezes os edemas e pode mesmo apresentar com estes certas relações patogénicas, em especial nos casos sujeitos a dietas pobres em proteínas ou com inanição post-operatória. Este grupo de doentes tira vantagens do uso de dietas variadas em que entra também o fígado e do emprêgo do ferro. O edema maciço de um ou dos dois membros inferiores, que aparece por vezes, pode depender de flebites, trombose ou compressões das veias.

MORAIS DAVID.

O tratamento das úlceras varicosas pelas injeções esclerogéneas. (*The injection treatment in varicose ulcers*), por W. M. WHITE. — *New. Eng. Jour. of Med.* 6 de Fevereiro de 1930.

Os resultados do tratamento das varizes com as injeções esclerogéneas são, actualmente, bem conhecidos e devidamente apreciados. Este tratamento deve também aconselhar-se nos casos de úlceras varicosas.

Os principais factores determinantes das úlceras consistem na inversão no sentido da corrente sanguínea dentro dos vasos varicosos, e na estase que condiciona as perturbações tróficas.

No tratamento é urgente e indispensável a obliteração da veia ou do plexóvenoso, satélite da lesão ulcerativa.

Quando esta veia ou grupo de veias não são visíveis (casos de edema, úlceras, etc.), a palpação pode revelá-las.

A recidiva das varizes não é rara depois do tratamento. Por isto mesmo o médico deve vigiar os doentes de tempos a tempos e repetir o tratamento nos casos em que as veias se tenham de novo tornado permeáveis.

A técnica do tratamento que se descreve em nada diverge da que é corrente. O autor emprega de preferência como solutos esclerogéneos a quinina e ureia a 13 % e o cloreto de sódio a 20 %.

MORAIS DAVID.

Quando devemos ter esperança no tratamento da queda do cabelo?
 (*Wann ist eine aussichtsreiche Behandlung des Haarausfalls zu erwarten?*), por FELIX MOSES. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 2. 1930.

As possibilidades de cura de uma alopecia são diferentes consoante:

- 1) — A etiologia;
- 2) — A terapêutica empregada;
- 3) — O grau e a duração da doença.

Grau e duração da doença. — O prognóstico é tanto pior quanto mais antiga for a alopecia. Se desaparecerem os folículos pilosos o tratamento não dá resultado algum. Um elemento de prognóstico é dado pela mobilidade da pele da cabeça. O prognóstico é bom quando a pele do crânio é movel, permite fácil circulação e mesmo hiperemia. Segundo Pinkus o número dos cabelos que caem constitue uma medida da gravidade da doença. É principalmente o número dos cabelos jovens caídos que nos dá uma ideia da maior ou menor tendência à progressão do morbo. Um individuo com uma cabeleira normal perde, em média, por dia, 40 a 50 cabelos. Um cabelo dura, em geral, seis a dez anos. Uma boa cabeleira comporta 80.000 cabelos. No decurso da vida os cabelos são renovados seis a dez vezes. A calvície aparece quando a queda ultrapassa o crescimento de novos cabelos. O prognóstico da cura agrava-se quando caem por dia 100 a 150 cabelos. Mais importante do que o número absoluto de cabelos caídos por dia é o comportamento dos cabelos jovens. Esse comportamento avalia-se contando os cabelos que ainda jovens caem. Esses cabelos conhecem-se ao microscópio e são os chamados cabelos de lanugo. Normalmente entre os quarenta, cabelos caídos apenas alguns são jovens. O prognóstico é já alguma cousa grave quando 25 por cento desses 40 cabelos são cabelos de lanugo.

Sob o ponto de vista etiológico a alopecia *areata* constitui uma doença dos cabelos de etiologia pouco clara. O autor admite uma possível causa nervosa. Aparece muitas vezes em simpaticotônicos e freqüentemente acompanhada de enxaqueca. Cura-se, muitas vezes, espontâneamente, mas a-pesar-de tudo o tratamento é necessário não só como conforto moral, mas ainda para acelerar a cura. O tratamento é o seguinte: aplicações locais irritantes, como tintura de iodo, crisarobina, pelidol, aplicações de raios ultra-violetas (5-10 minutos, distância focal de 50 cm.) e fricção com trilisina.

Uma segunda forma de alopecia é a post-infecciosa-tóxica que sobrevém na convalescença da gripe, febre tifóide, erisipela e lues. A terapêutica deve incidir sobre a doença causal. Na gripe e febre tifóide a alopecia desaparece decorridas algumas semanas ou meses depois de curadas aquelas doenças. Na forma luética de alopecia fazer tratamento anti-sifilítico cuidadoso e tanto nesta como naquelas associar, sendo necessário, o tratamento local irritante.

A forma mais freqüente de alopecia é a seborreica. A etiologia deve procurar-se em causas constitucionais endócrinas. As glândulas sexuais intervêm, seguramente, no crescimento dos pelos da barba, das axilas e do púbis. O crescimento dos cabelos depende mais da tiroidea, mas nêle intervêm igualmente as supra-renais, o timo, a hipófise e a glândula pineal. Na se-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

Gotas Sanguineas ROYEN

PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES

Doses: 8 gótas antes de cada refeição, diluidas em agua ou vinho

Depositarios para Portugal e Colonias: *Gimeuz-Salinas & C.^a* Rua Nova da Trindade, 9, 1.^a Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

Schering

ARCANOL

o novo remédio eficaz contra
a gripe e constipações

INDICAÇÕES:

Todas as afecções gripais especialmente catarros das vias respiratórias superiores e anginas. O ARCANOL reúne o conhecido efeito antiflogístico do ATOPHAN com o antipirético do ácido acetil-salicílico.

SCHERING KAHLBAUM A. G.
BERLIM

Pedir amostras e literatura ao representante:

Schering, Limitada — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

borreia das mulheres actuam, principalmente, as injeções de preparados ováricos.

O autor emprega há dois anos no tratamento da alopecia seborreica uma gordura com colestalina (Trilisina) e afirma obter resultados satisfatórios. O tempo de tratamento pode ser encurtado com a aplicação de lâmpada de quartz.

F. FONSECA.

Sobre a substituição da reacção de Wassermann pela reacção de Kahn em serviços de rotina, por F. SILVEIRA e B. VIEIRA. — *Boletim da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo.* N.º 8 e 9. 1929.

Os autores tiram as seguintes conclusões do seu trabalho :

1) — Em vista da experiência que vimos tendo desde três anos atrás com o uso da técnica mais simples da reacção, sempre controlada pela reacção de Wassermann, concluímos ser a reacção de Kahn de grande simplicidade, alta especificidade, leitura fácil, sendo, que é, mais persistente que o Wassermann em casos de sífilis tratada e na lues secundária.

2) — Justamente pela exequibilidade fácil em laboratórios os mais simplesmente aparelhados aliada à alta especificidade, constitui uma ótima reacção para os serviços de saúde pública.

F. FONSECA.

Paralisia geral atípica e malarioterapia, por AUSTREGESILIO FILHO. — *Boletim da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo.* N.º 8 e 9. 1929.

«Trata-se de um caso de paralisia geral de evolução atípica que com o tratamento pela malária teve os sintomas clínicos agravados, falecendo o doente com um íctus, tendo o exame anatômico verificado extensa hemorragia do *sinus* longitudinal com inflamação da dura-máter, existência de processo paralítico típico do encéfalo ao lado de lesões luéticas terciárias. Concluímos, pois, que a malária foi no caso o motivo principal do incêndio do processo paralítico assim como, concordando com vários autores citados, acreditamos que a terapêutica moderna pelos choques febris, em particular pela malária, seja capaz de transformar o processo maligno da paralisia geral em forma mais benigna da sífilis, dando margem evidente para a indicação do tratamento específico pelo bismuto, mercúrio, iodo e arsénico segundo os casos clínicos após a terapêutica pela malária».

F. FONSECA.

Estudos sobre o câncer, por C. BOTELHO FILHO. — *Boletim da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo.* N.º 8 e 9. 1929.

«Começando por expor os motivos que o levaram a estabelecer a reacção que tem o seu nome, partindo dêste ponto : saber se no sangue dos cancerosos existe alguma cousa diversa do soro normal, que ainda não tivesse sido lobrigada, e que pudesse servir de base para uma reacção de diagnóstico,

homóloga da reacção de Wassermann na sífilis; lembra que tentativas análogas já tinham sido feitas, com resultados insuficientes, em vários países do mundo, tais como a reacção de Abderhalden, Wattermann, Frenud, Kamirner, etc.

O ponto de vista que sempre animou o Dr. Botelho foi o de estabelecer, por meio de reacção serológica, o diagnóstico precoce do câncer, que traria como consequência uma intervenção terapêutica também precoce. É sabido que, quanto antes se intervier num caso de câncer, tanto maiores serão as probabilidades de êxito. Expõe, então, pormenorizadamente, as diversas fases por que passaram as suas pesquisas, orientadas pelas ilações que tirava dos factos observados. É interessante salientar que o Dr. Botelho, partindo de determinado critério científico, que lhe proporcionou os primeiros resultados frutuozos, veio a verificar, com o caminho das suas pesquisas, que a verdade se apresentava de maneira totalmente diversa.

Desenvolve etapa por etapa as fases dos seus estudos e, por fim, como conclusão do que a observação e a experiência lhe vinham dando em longos anos de labor, fixa a sua reacção, que tem rigoroso cunho científico, firmado em *abstractum* químico e físico, entendendo que só com tal base, de verificação físico-química, têm as reacções biológicas apoio rigoroso e indestrutível. Quanto ao valor prático da reacção cita o enorme acervo documental da clínica do professor Hartmann, que, como é sabido, levou à Academia de Medicina a notícia sensacional da alta percentagem de resultados favoráveis da reacção. Derivou daí que, por todo o mundo científico, a reacção de Botelho entrasse na ordem das questões da mais alta actualidade.

O apoio que a reacção teve nos centros mais rigorosos de sciência foi a compensação do seu esforço.

As perspectivas que se abrem à clínica com a reacção de Botelho, além da precocidade do diagnóstico do câncer, é, de outro lado, estabelecer um critério para confirmação do êxito terapêutico.

Impressionado com a massa enorme de feridos da guerra, cujas lesões se cancerizavam, pensou em lhes dar algum alívio. Refere como conseguiu a sua medicação local contra o câncer, que denominou a solução H. B. (histo-bacteriolítica) que dá resultados tão interessantes no tratamento local, salientando a acção electiva sôbre a célula cancerosa que se obtém com a sua aplicação. Animado por estes bons resultados imaginou obter um meio de tratamento geral da moléstia e que fôsse seu processo seroterápico de combate do câncer, que já tem dado resultados dos mais animadores».

F. FONSECA.

O comportamento dos glóbulos do sangue na diabetes mellitus assim como em estados de acidose. (*Das Verhalten der Blutkörperchen bei diabetes mellitus sorvie bei acidotischen Zuständen*), por O. Y. NIELSEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1930.

Todas as investigações feitas até agora em diabéticos revelaram que, durante o cômá, o número de glóbulos brancos aumenta; êste aumento começa

já no estado precomatoso ; o aumento não está em proporção com o grau de acidose (traduzido pela eliminação de amoníaco e reacção da acetona e ácido diacético), mas permite deduções valiosas sobre o grau e gravidade do estado comatoso.

O A. julga que por meio da contagem dos glóbulos brancos em diabéticos e outros doentes é permitido não só avaliar a gravidade de um estado de acidose como ainda tirar indicações sobre o modo como deve ser conduzido o tratamento insulínico e até da dose de insulina a injectar.

Ainda a contagem dos glóbulos brancos facilita o diagnóstico diferencial entre o coma hipoglicémico e o coma diabético (no choque insulínico há deminuição e no coma diabético aumento dos glóbulos brancos).

F. FONSECA.

A velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros como meio de diagnóstico e de medida terapêutica nas doenças de tiroidea. (*Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten als Diagnosticum und therapeutischer Masstab bei Schilddrüsenerkrankungen*), por H. TATFRKA e C. GOLDMANN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1930.

Segundo as observações dos autores a velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros constitui um método mais simples e seguro do que a determinação do metabolismo basal para controlar o efeito da terapêutica empregada na doença de Basedow e especialmente da Röntgenterapia.

O mesmo método serve igualmente para avaliar o efeito terapêutico da substância tiroidea no tratamento do hipotiroidismo.

F. FONSECA.

Sobre anticorpos carcinomatosos nos doentes com cancro. (*Über Krebsantikörper bei Krebskranken*), por L. HIRSZFELD e W. HALBER com a cooperação de M. FLOCKSZTRUNPF e J. KOLSDZIEJSKI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 8. 1930.

Nos carcinomatosos e principalmente nos portadores de cancro do aparelho digestivo, útero e mama, há anticorpos que reagem com suficiente sensibilidade com o antigénio carcinomatoso.

Uma pequena parte destes soros dá uma reacção de Wassermann positiva ; soros sifilíticos positivos reagem com o extracto alcoólico do cancro. Para explicação deste fenómeno servem-se os autores do conceito das doenças destrutivas e a coreacção é atribuída ao aparecimento simultâneo de lipóides específicos e não específicos do tecido carcinomatoso.

Soros de grávidas reagem também com o antigénio carcinomatoso.

Trata-se provavelmente de anticorpos contra as substâncias desenvolvidas durante o crescimento do embrião.

F. FONSECA.

A correção da gibosidade do mal de Pott pelo método de Finck. (*La correccion, etc.*), por ANTÓNIO DE MENEZES. — *La Pediatría Española* N.º 109. Abril, 1929. Págs. 109-114.

Após umas leves considerações sobre a pediatria e a ortopedia, que podem explicar a oportunidade desta conferência feita no Hospital Infantil do Menino Jesus, em Madrid, a convite do corpo clínico do mesmo, o A. explica em que consiste o método de v. Finck (Dresden) para a correção da gibosidade do mal de Pott. Na sua grande simplicidade, que apenas uns pequenos detalhes tornam exigente duma certa observação prática, consiste na compressão lenta, progressiva e constante da gibosidade por meio duma cruz de algodão laminado. O doente deve estar colocado no leito gessado de Lorenz, que o A. defende como o melhor processo da imobilização dos pötticos, e exemplifica a sua construção num doente do Hospital Infantil.

Numa rápida revista cita os excelentes resultados obtidos com este método, e termina a sua conferência, que antes se deveria chamar demonstração prática.

(Autoref.)

A propósito do tratamento operatório das lesões do menisco da articulação do joelho, por BERNHARD JÜRGENS (Viena). — *Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie*. Vol. L. Fasc. 2. Págs. 337-338.

O A., que reuniu as observações de 50 casos operados de 1922 e 1927 pelo seu mestre o Prof. Spitzzy, no Hospital Ortopédico de Viena, passa em revista a história anátomo-clínica das lesões do menisco do joelho.

Nestas observações os dois sexos estão representados de maneira sensivelmente igual, 28 homens para 22 mulheres; trata-se de indivíduos de 25 a 35 anos, a maior parte jogadores de *foot-ball*.

Por vezes o traumatismo em questão é muito insignificante e pode ter passado despercebido. O menisco interno é mais frequentemente lesado do que o externo.

O A. insiste na dificuldade do diagnóstico, sobretudo nos casos antigos complicados de artrite crónica. Duas radiografias mostram a utilidade da pneumo-serosa articular, que o A. afirma não ter perigo.

Aconselha aplicar de princípio a estas lesões o tratamento conservador, que poderá trazer a cura na maioria dos casos. No caso de insucesso dêste, ou em certos casos especiais, particularmente quando haja argumentos de ordem social, muito precocemente deve-se recorrer ao tratamento operatório. Êste deverá sempre ser uma extirpação total do menisco.

O A. recomenda uma incisão para-rotuliana, e a exeresse do menisco na posição da flexão máxima do joelho. O punho do ajudante colocado no espaço poplíteo repelirá quando fôr necessário os cõndilos tibiais. Para evitar deixar na cavidade corpos estranhos, sutura com pontos em 8, de sêda, a cápsula e os tegumentos. Depois da operação um penso compressivo, deixando livre a rótula, impedirá todo o derrame intra-articular. A massagem, a mobilização

articular, serão executadas precocemente; constituem factores essenciais de cura rápida.

Discutem-se ainda as relações entre as lesões do menisco e a artrite deformante. Parece certo que a rasgadura dum menisco não é condição para criar lesões deformantes, mas pode ser um factor de agravamento num individuo já atingido por artrite deformante do seu joelho.

Este tratamento deu em 72% dos doentes uma restituição funcional completa de articulação. 23% dos lesionados retomaram, sem diminuição de capacidade, a sua profissão. A proporção dos individuos cujo valor para o trabalho diminuir, a maior parte das vezes ligeiramente, é de 4%.

MENESES.

Fracturas da coluna vertebral. (*Fractures of the spine*), por ARTHUR G. DAVIS (Erie, Pa). — *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. XI. N.º 1. Janeiro, 1929. Pág. 133-156.

O A. faz um estudo detalhado da anatomia patológica das fracturas por esmagamento dos corpos vertebraes, que se dão quasi sempre na região dorso-lombar; mostra que quando os arcos posteriores estão conservados, formam, pelo seu apoio recíproco de uns sobre os outros, um excelente apoio móvel sobre o qual se pode actuar por uma hiperextensão forçada do raquis. Esta hiperextensão determina o afastamento dos corpos vertebraes uns dos outros, de modo que o corpo vertebral esmagado pelo mecanismo ordinário da fractura por flexão da coluna encontra-se em excelentes condições anatómicas para se reconstituir em boa forma. Esta hiperextensão tem também a vantagem de provocar o realinhamento da vértebra fracturada, que muitas vezes foge um pouco para trás, como subluxada. As radiografias mostram a verdade destes dados physio-patológicos nos casos de fracturas por esmagamento e mostram o magnífico resultado obtido pelo A. nos seus numerosos doentes. A sua estatística é importante, pois refere-se a 19 casos dos quais 6 foram tratados pelo método ordinário e 13 por este novo método da hiperextensão do raquis.

É preciso empregar este método imediatamente após a fractura, logo que a radiografia de frente e de perfil mostrou que se trata duma fractura por esmagamento do corpo vertebral com relativa integridade dos arcos posteriores.

Então, anestesia-se o doente deitado de barriga para baixo (a menos que haja contra-indicações paralíticas graves) e faz-se a reclinção forçada puxando e levantando as coxas por meio duma extensão com cabresto sobre os dois pés ligados juntos.

Muitas vezes a gibosidade desaparece espontaneamente, mas outras é necessário favorecer a sua desapareição por meio duma pequena pressão sobre a sua superfície, enquanto se aumenta a reclinção. Depois, uma vez obtida até o máximo a reclinção, faz-se um leito gessado posterior que atinge a cabeça e desce até os joelhos, e o doente fica assim immobilizado em opistótonos, sendo então colocado numa cama disposta de propósito para este fim,

durante sete a oito semanas. Nos dias que se seguem faz-se um leito gessado anterior moldado sobre o doente no seu leito gessado posterior, de modo a poder mudar de tempos a tempos o decúbito dorsal para decúbito ventral. Ao sair deste leito gessado, o doente deverá usar ainda dois ou três meses um colete gessado em inclinação, e depois um colete ortopédico durante seis meses, e a cura será conseguida então em excelentes condições. A radiografia mostrará nesse momento a boa reconstrução da vértebra fracturada.

O A. mostra, com efeito, radiografias muito evidentes dos seus casos tratados e curados com este método e dá, em boas gravuras, detalhes da técnica.

MENESES.

Tratamento do lúpus eritematoso com sais de bismuto. (*Le traitement*, etc.), por J. NICOLAS, J. LACASSAGNE e J. ROUSSET (Paris). — *Paris Medical*. Janeiro, 1929. Ref. in *Clin. y Lab.*°

Os AA. trataram dezassete casos desta doença com sais de bismuto. Os resultados obtidos são excelentes; não podem, no entanto, ainda formar uma idea completa sobre o futuro dos doentes, pois que na mais antiga destas observações data o tratamento de um ano.

Os resultados são quasi sempre completos, depois da primeira série de injecções; as lesões que persistiram foram absolutamente mínimas e as pequenas recidivas cederam rapidamente ao tratamento.

A sua acção sobre os sintomas funcionais, como o prurido e a sensação de queimadura, foi rápida, logo depois da primeira injecção. Os resultados apparecem quasi sempre apenas com uma série de doze injecções de hidróxido de bismuto; raramente são necessárias quinze injecções.

Os AA. não têm bases para discutir o mecanismo terapêutico deste agente. Em dois doentes encontraram antecedentes sifilíticos, e pelo contrario em quasi todas as observações encontram dados a favor da tuberculose.

Os AA. apenas põem em relevo a acção benéfica do bismuto sobre o lúpus eritematoso.

MENESES.

Contribuição para o estudo da aparição, da clinica e do tratamento das perfurações de úlceras gástricas e duodenais, com observações sobre os resultados tardios após diversos métodos operatórios. (*Beitrag zur Kenntnis, usw.*), por B. BAGER. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIV. Suplemento, XI, 1929.

Trata-se duma excelente e desenvolvida monografia que contém o estudo de 1.767 casos de perfuração de úlceras gástricas e duodenais, recolhidos em cerca de cinquenta hospitais suecos e operados por uma centena de cirurgiões desde 1911 até 1925. As principais conclusões a que o A. chega são as que vamos resumidamente enunciar.

A frequência das perfurações aumenta de ano para ano. 27, 2% dos casos eram em mulheres. A frequência máxima corresponde a 30 anos no ho-

mem e a 45 na mulher. A mortalidade global dos casos operados é de 32,8%. O resultado operatório depende da idade do doente, do espaço de tempo decorrido entre a perfuração e a operação e da perfeição técnica. Isto explica os melhores resultados obtidos nos últimos anos.

As úlceras duodenais e as juxtapilóricas, em conjunto, representam dois terços da soma total.

Em 1.495 casos do grupo principal, 684 foram operados com a simples sutura da ulceração (36,4% de mortes), 616 foram gastro-enterostomizados (23,4% de mortalidade); as ressecções foram 84, com uma mortalidade de 25%.

Em 111 casos fez-se a tamponagem simples e pura ou a drenagem, com uma mortalidade de 68,6%. Em 31 casos tratava-se de perfuração de úlceras jejunais ou gastro-jejunais.

Evidentemente, nestas estatísticas é necessário ter presente que as operações mais simples foram praticadas nos casos mais graves, o que deve ser levado em conta na sua interpretação.

A lavagem da cavidade abdominal parece não conseguir melhorar a estatística, enquanto que nos doentes em que apenas foi limpa a cavidade abdominal houve 24,4% de mortes, enquanto houve 41,4% de mortes quando se lhe associou a lavagem.

Nas cicatrizações por primeira intenção tiveram-se 21,1% de mortes, nos casos drenados 38%, mas ainda nesta estatística se deve ter em conta que a drenagem foi sobretudo praticada nos casos graves.

Sobre os resultados ulteriores, em 684 operados de menos de um ano, viu-se que a gastro-enterostomia dá os melhores resultados com 80,9% de curas ou melhoras, depois vem a ressecção com 80,5 e depois a sutura simples com 56,3, mas pelo que respeita a esta última operação a estatística melhora de ano para ano.

O A. notou, porém, que as recidivas são muito graves se a operação primitiva foi mais complexa, pelo que se pode dizer que, se é verdade que o método da simples sutura é mais freqüentemente seguido de recidivas que os outros processos, a natureza destas recidivas é diferente, pois são em geral menos graves e oferecem maiores possibilidades de intervir útilmente em favor do doente. Se a perfuração não foi precedida por nenhuma perturbação, o tratamento com a sutura simples dá ainda melhores resultados.

Se passou um certo tempo depois da operação, a possibilidade de recidivas é menos provável. O A. conclui que a sutura simples, feita de preferência depois da excisão da úlcera, e seguida da limpeza da cavidade abdominal, com cicatrização das paredes sem drenagem, deve ser considerado como o método de escolha.

MENESES.

Um caso de espondilose rizomélica. (*Un cas de spondylose rhizomelique*), por SWYNGHEDAUW e ED. GAUDIER (Lille). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. xxx.º ano. N.º 10. Págs. 855-859.

Indivíduo de 29 anos, carpinteiro, queixando-se de rigidez anormal e dolorosa do tronco. Nada de antecedentes.

Atitude de meia flexão, cabeça e pescoço quasi imóveis, voltando os olhos juntamente com o corpo todo para seguir o que se passa à sua volta. Cifo-escoliose dorso-lombar. Movimentos activos do raquis absolutamente abolidos, e os passivos provocam uma dor extremamente viva.

Apófises espinhosas dolorosas à pressão, sobretudo as da 5.^a e 6.^a cervicais. Atrofia dos músculos das goteiras vertebraes.

Exame ocular negativo. Não há perturbações motrizes dos membros. Restantes aparelhos normais, bem como o *liquor*. W. R. negativa.

O exame radiológico do raquis revela lesões muito importantes. Existe uma espécie de bainha calcificada envolvendo os corpos vertebraes na sua totalidade e cobrindo os como um estôjo. As entrelinhas vertebraes estão bem diferenciadas dos corpos vertebraes, que no entanto estão em parte descalcificados.

As apófises articulares aparecem mais ou menos completamente soldadas umas às outras e não se distinguem mais do que sob a forma de duas colunas densas, quasi ininterruptas, enquadrando a linha das apófises espinhosas ainda distintas umas das outras.

Como se trata de uma identidade que nem sempre é identificada e sobre a qual em geral temos ideas confusas, já de nomes já de quadros clinicos, é conveniente fazer aqui o resumo dalgumas considerações sobre o diagnóstico.

Sabe-se que os processos anquilosantes do raquis foram identificados por Pierre Marie e Léri, que os dividiram em dois grupos: a espondilose rizomélica e a lombartria. Cada uma destas duas variedades tem caracteres clinicos e radiológicos diferentes.

A espondilose rizomélica é caracterizada pelo seu começo na primeira metade da vida, pela idade dos 30 anos. A anquilose é precedida de dores do tipo reumatóide com sede ao nível duma articulação qualquer.

Por vezes nota-se uma dor persistente numa região afastada de qualquer articulação, quasi sempre ao nível da parte média da coxa. A anquilose tem um carácter progressivo, estendendo-se de baixo para cima, da coluna lombar para a coluna dorsal, e depois cervical, e a dor que acompanha a calcificação dos ligamentos cessa quando a sua calcificação está terminada. Esta dor desaparece em virtude da immobilização completa e definitiva do raquis.

O processo anquilosante, rebelde e progressivo, alcança em seguida as raízes dos membros, donde o seu nome de rizomélica, primeiro as ancas, na maior parte das vezes atingidas, depois as espáduas. Daí resultam perturbações funcionais consideráveis. As vezes os doentes arrastam-se em vez de caminharem.

Radiograficamente constata-se a ausência da hiperostose das lesões de osteomalácia, traduzindo-se por uma descalcificação por vezes considerável dos corpos vertebraes, a tal ponto que a sombra destas já se não destaca das dos discos, ligeiramente opacos, e o raquis transforma-se numa coluna ôca, muito permeável aos raios X, cuja periferia apenas é opaca em virtude da ossificação dos ligamentos anteriores. As apófises articulares fundem-se num só bloco, a anquilose do raquis é completa, êste está transformado numa coluna rígida, mais ou menos encurvada para diante, realizando seja o tipo

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

**Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.**

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica).

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).
em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeções.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ie} — PARIS
GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1^o — LISBOA

D. P. 158

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.
Collyrio em amp. conta-gott. de 10 c.c.
Fomada (Tubo de 30 gr.)
Ovulos (Caixa de 6).

ELECTRAUROL (Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTROPLATINOL (Platina)

ELECTROPALLADIOL (Pó)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTRORHODIOL (Rhoia)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 e 6 ampollas).

ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as doencas infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é egua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Oites, Epididymites, Abcessos do Seio, Fleuresia, Cystites, etc.)

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

ELECTROSELENI

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

COLLOTHIOL (Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa) — Pomada.

IOGLYSOL (Complexo Iodo-glycogenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

ELECTROMANGANOL

(Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa).

Cancro, Tuberculose, Doencas Infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

Curas lodada e iodurada.

Affecções estaphylo. coccicas.

Plasmochina

o reputado remédio moderno para tratamento do

Impaludismo

exercendo uma acção específica também sobre os gametos refractários á quinina.

Para a cura

de todos as formas do impaludismo, também nos casos em que os outros remédios falhem ou não possam ser applicados, como na idiosincrasia, contra a quinina, na febre biliosa hemoglobínica, etc.



Para a profilaxia

do impaludismo por pequenas doses todas as semanas (Plasmochina composta).

Para o saneamento

de regiões mais ou menos extensas, isto é para a eliminação definitiva do impaludismo por tratamento sistemático da população. Forma moderna e muito económica para debelar o impaludismo em grande escala (Plasmochina composta).

Formas comerciais : Frasco de 25 comp. a 0. gr. 02
» » 30 drageas a 0. gr. 01

Soluto a 1%

Caixa de 10 emp. de 1 c. c.
» » 10 » » 3 c. c.

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Secção scientifica farmacéutica *Bayer-Meister-Lucius*

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante depositário

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º - LISBOA

em flexão, seja em extensão em que não existe mais do que uma ligeira cifose.

No tipo lombartria as lesões são muito diferentes, muitas vezes localizadas apenas à coluna lombar, traduzem-se por exostoses em bico de papagaio, dando à vértebra uma forma de diaboló muito acentuada. Estes bicos podem reunir-se formando um arco de união entre duas vértebras, mas estas lesões não têm o carácter de regularidade das que observamos na espondilose.

As lesões reumatismas concomitantes, quando existem, têm a sua sede ao nível das pequenas articulações e não na raiz dos membros. A impotência é menos acentuada, as dores menos vivas e a extensão à totalidade do raquis é excepcional. É então do primeiro tipo a lesão de que parece aproximar-se o caso do A.

Estamos ainda hoje pouco documentados sobre a patogenia desta doença. Enquanto a lombartria parece um processo reumatismal, muitas vezes associado a lesões de reumatismo deformante das pequenas articulações, a espondilose é antes uma manifestação de pseudo-reumatismo infeccioso.

Em muitas observações encontra-se uma blenorragia antiga e mal curada. É a infecção que maior número de vezes se encontra como base do processo anquilosante. Foram também incriminadas a sífilis e todas as infecções crónicas desde a tuberculose até as infecções crónicas dentárias.

Sob o ponto de vista terapêutico estamos ainda desarmados contra esta doença que, em geral, evoluciona por *poussées* paroxísticas seguidas de períodos de remissão, ou mesmo de melhora. As indicações operatórias são excepcionais. Houve quem propusesse nos casos extremamente dolorosos o enxerto de Albee, que é um contrassenso, pois não é mais do que uma agravação antecipada da lesão vertebral.

O único método cirúrgico recomendável é o que consiste em dar às articulações coxo-femorais anquilosadas a sua mobilidade, graças a uma artroplastia à maneira de Ettore. É necessário saber-se que a neartrose assim obtida é susceptível de se anquilosar por seu turno.

Os tratamentos anti-reumatismas, baseados no emprêgo do salicilato de sódio ou dos compostos salicilados, do iodo, do enxôfre, ou a cura termal, são ineficazes. A existência freqüente dum factor infeccioso na origem das lesões permite ensaiar agentes terapêuticos específicos: anti-sifilíticos se a W. R. é positiva, anti-gonocócicos, supressão de focos infecciosos crónicos, etc.

A lombartria, bem como as diversas formas de reumatismo vertebral, pode ser favoravelmente influenciada pela diatermia e pela radioterapia, mais ou menos ineficazes na espondilose rizomélica. Pelo contrário, a injeção de substâncias rádio-activas frescas deu a Leri resultados se não constantes pelo menos muitas vezes bastante favoráveis, com a condição de ser esse processo seguido durante muito tempo e em doses elevadas.

Artrite deformante da articulação tibio-társica e das outras articulações do pé. (*Arthritis deformans, usw.*), pelo PROF. G. HOHMANN (Munich). — *Zeitschr. f. orthop. Chirurgie*. Tômoo L. Págs. 499-509.

A artrite deformante da articulação tibio-társica tem sido muito pouco estudada e tem, todavia, uma importância enorme dentro da patologia cirúrgica e, sobretudo, da traumatologia. Entre as suas causas estão as infecções articulares, agudas e crônicas, principalmente as blenorragicas, os traumatismos, e, sobretudo, as fracturas articulares. Dentro destas, as que mais frequentemente entram em causa são as fracturas bimalleolares e as fracturas por compressão do calcâneo, viciosamente consolidadas. O raquitismo infantil e o pé chato por aumento de peso também podem ser incriminados. Todas as deformidades do membro inferior que possam modificar as condições de apoio normais da perna sobre o pé, as fracturas supra-malleolares curadas com angulação, as fracturas dos côndilos tibiais conduzindo ao genu-valgo ou ao genu-varo, e, emfim, o genu-varo, são susceptíveis de conduzir a uma artrite deformante do pé.

A anatomia patológica não difere da das outras artrites deformantes. Cápsula e ligamentos articulares estão espessados. Os rebordos articulares enchem-se de exostoses. A evolução anatómica faz-se lentamente e progressivamente para a anquilose.

Clinicamente, a doença traduz-se por dores muito violentas, acrescidas pela fadiga, e por uma limitação de movimentos devida primeiro à contractura muscular de defesa, mais tarde à presença dos osteófitos. Na fase de anquilose as dores atenuam-se. A radiografia mostra a diminuição de altura da interlinha articular, traduzindo o desgaste da cartilagem de revestimento e a presença de neoformações ósseas.

Estas artrites podem atingir, seja isoladamente, seja simultaneamente, as diversas articulações do pé. O Prof. H. estuda assim, sucessivamente, a artrite deformante tibio-társica, sub-astragálica, astrágalo-escafóidica, calcâneo-cubóidica, inter-cubóidica e, emfim, metatarso-falângica do dedo grande.

O tratamento consistirá, na maior parte das vezes, no uso de uma palmilha ortopédica, não feita a olho, segundo o traçado do pé, mas feita com precisão sobre um molde.

Muitas vezes há-de ser necessário que esta palmilha sustenha a abóbada longitudinal exterior do pé. Em alguns casos é de vantagem fixar a palmilha com uma correia envolvendo em 8 o tornozelo e o pé, ou manter o pé com uma polaina de coiro.

A operação pode ser a artrodese das articulações sub-astragálica e médio-társica. Extirpar-se hão conjuntamente as exostoses. Na artrite metatarso-falângica do dedo grande será necessário, pelo contrário, procurar aumentar a mobilidade.

É sempre indispensável um longo tratamento post-operatório de massagens.

Osteites diafisárias corticais subagudas de estafilococos no adulto.
(*Les osteites diaphysaires corticales subaiguës à staphylocoques de l'adulte*), por R. LERICHE e R. BAUER (Estrasburgo). — *Revue d'Orthopédie*. Tôm. XVI. N.º 5. Setembro de 1929. Págs. 385-396.

Existem no adulto osteites de estafilococos, supuradas ou não, de sede diafisária, espontâneas ou no momento de mínimas infecções cutâneas, quasi sempre furunculose, evoluçionando com uma febre mínima e ligeiras dores. As suas imagens radiográficas, difíceis de interpretar, lembram por vezes o sarcoma de Ewing, sendo portanto difíceis de diagnosticar. Nada têm que ver com a osteomielite arrastada nem com as recaídas de antigas osteomielites, pois atingem ossos sãos. Nada têm também com o que se chamou abcesso de Brodie, a que o R., nesta mesma revista, em tempos se referiu.

Os AA. apresentam três observações inéditas destas osteites, aduzindo-lhe algumas considerações altamente interessantes, que passamos a resumir.

As manifestações osteomielíticas dos adultos apresentam-se habitualmente sob a forma da *osteomielite crónica «d'emblée»* ou *osteomielite prolongada*, que tem duas formas anátomo-clínicas principais:

1.º — A *forma hiperostósante*, com sequestro central envolvido por osso novo exuberante;

2.º — Os *abscessos crónicos dos ossos*, ou «abscessos de Brodie», caracterizados pela presença, na zona justa-epifisária, duma cavidade contendo pus.

Ambas são quasi sempre consecutivas a uma antiga osteomielite geralmente atenuada, muitas vezes ignorada.

Ao lado destes casos há então os de abscessos ósseos de estafilococos em indivíduos perfeitamente indemnes de toda a osteomielite anterior.

A sua origem, a sua sede, os seus caracteres radiológicos, permitem distingui-los nitidamente dos abscessos de Brodie, pois não são mais do que a localização secundária duma infecção estafilocócica, habitualmente uma furunculose, em plena diafise e com início na cortical óssea. O termo «osteíte diafisária cortical de estafilococos do adulto» marca os seus caracteres dominantes. Estas osteites são raras. São provocadas pelo estafilococo dourado ou citrino e podem ser observadas ao nível de todos os ossos compridos, parecendo preferirem o fémur. Quando se trata de focos múltiplos, os ossos curtos não são poupados. Assim, viram os AA. juntarem-se às lesões diafisárias, osteítes da órbita, do sacro e das vértebras.

Traduzem-se habitualmente por lesões puramente corticais, que na maior parte das vezes ficam independentes da cavidade medular, mas podendo atingi-la, não tendo porém a tendência invasora que tem, por exemplo, o abcesso de Brodie.

As lesões de comêço são muito limitadas e não são nada comparáveis às da osteomielite aguda dos adolescentes. Quando os fenómenos infecciosos são atenuados, as lesões podem evoluçionar para a formação duma hiperostose ebúrnea, por vezes volumosa, na qual é impossível reconhecer à primeira vista a osteíte inicial.

A sua sintomatologia é muito fruste. Comêço insidioso, sem manifestações brutais como na osteomielite aguda. Sintomas gerais quasi nulos. Por

vezes uma ligeira elevação térmica à volta de 37°,8 a 38°, mas quasi sempre a evolução é apirética.

O primeiro sinal que chama a atenção do doente é uma dor surda nada comparável à que se observa nos abscessos de Brodie. Estes em geral acompanham-se de dores muito violentas, produzindo insónias.

Mais tarde, sente-se à palpação uma tumefacção fusiforme que faz corpo com o osso e que traduz a reacção perióstica.

A evolução bastante tórpida da doença, a fraca intensidade das dores, a aparição duma tumefacção diafisária, levam à hipótese dum sarcoma. Mesmo quando existe febre, não se pode contar com este sintoma para orientar um diagnóstico hesitante, pois o sarcoma de Ewing pode acompanhar-se duma leve hipertermia. Este erro de diagnóstico é quasi constante. A radiografia quasi sempre poderá pôr-nos a caminho do diagnóstico mostrando-nos um geodo cavado na cortical e encerrando um sequestro. No entanto a radiografia pode ser insuficiente quando se trata de casos em comêço ou atenuados.

O diagnóstico entre estas osteites corticais e os sarcomas ósseos, sobretudo o sarcoma de Ewing, pode ser delicado. No entanto, estas lesões estafilocócicas têm uma evolução mais rápida do que os sarcomas, e este carácter pode permitir às vezes rejeitar a hipótese de um tumor, mesmo na presença de uma radiografia suspeita. Estas osteites diafisárias podem ainda fazer pensar em lesões tuberculosas ou sifilíticas, mas, preferivelmente a iniciar um tratamento anti-sifilítico de prova, cujos resultados podem ser difíceis e tardios de obter e de verificar, o falecido Prof. Lecène recomendou uma intervenção exploradora. Esta regra deve ser seguida sempre que os exames clínicos e radiológicos não tenham permitido pôr um diagnóstico preciso.

Estas osteites corticais diafisárias do adulto serão, certamente, de futuro, reconhecidas mais precocemente, não sendo preciso, para fazer o diagnóstico, aparecer uma tumefacção volumosa ou dar-se uma fractura espontânea.

MENESES.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Curso de Roentgenerapia e Curieterapia

Em 22 de Abril de 1930 inaugura-se no Instituto Português para o Estudo do Cancro (Instituto Português de Oncologia) o 3.º Curso de Roentgenerapia e Curieterapia, que terminará em 11 de Junho do mesmo ano.

CONDIÇÕES DO CURSO :

- 1.ª — A inscrição é limitada a 8 alunos.
- 2.ª — A importância da inscrição é de esc. 500,000, a satisfazer na secretaria do Instituto até 20 de Abril.
- 3.ª — O curso compreenderá quatro lições teóricas por semana e exercícios práticos todos os dias.
- 4.ª — Os alunos assistirão às consultas de cancerosos do Instituto.
- 5.ª — No fim do curso será passado um certificado aos alunos que tiverem frequentado mais de nove décimos das lições e dos exercícios práticos, demonstrando conhecimentos e aptidões.

HORÁRIO DO CURSO :

Lições — Terças, quartas, sextas feiras e sábados às 14 1/2 horas.

Consultas de cancerosos — Segundas e quintas feiras às 14 horas.

Exercícios práticos nos mesmos dias às 15 horas.

* * *

Cruzada anual da «Bruxelles-Médical»

A cruzada médica organizada anualmente sob os auspícios da *Bruxelles-Médical* efectuar-se-há em 1930, de harmonia com o seguinte itinerário :

Bordéus, Leixões (Pôrto), Cádiz (Sevilha), Tânger, La Vallete (Malta), Siracusa, Taormina, Estreito de Messine, Palermo, Nápoles, Costa Este da Córsega e Marselha.

O ponto de partida será Bordéus, a 12 de Julho, e o regresso será a 28 do mesmo mês em Marselha.

O navio a bordo do qual se efectuará é o vapor moderno *Cap Varella* (14.000 toneladas), da carreira do Indo-China, a cargo da Chargeurs Réunis, vapor fretado exclusivamente pelo nosso colega.

Previram-se duas classes, ao preço *médico* mínimo de 3.350 francos francezes para a 1.^a classe e 1.450 francos francezes para a 2.^a classe; estes preços, em proporção, são muito inferiores aos do último ano.

Estabeleceram-se duas tarifas por classe: uma para os médicos e suas famílias (mulheres de médicos e filhos menores solteiros), e uma outra para as pessoas que não fazem parte do corpo clínico, *mas que sejam recomendadas pelos seus médicos assistentes.*

Em cada pôrto organizar-se hão excursões que serão facultativas.

O preço será muito moderado, apesar da alta do câmbio em alguns dos países visitados.

Dirigir-se: 62, Rue Froissart à Bruxelles.

Tomar-se há nota da ordem de chegada das inscrições.



Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia e Geologia Médicas

O XIII Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia e Geologia Médicas realizar-se há, como é sabido, a 15 de Outubro do corrente ano, sob o alto patrocínio de S. Ex.^a o Presidente da República e do Governô.

É o 13.^o Congresso duma série brilhante iniciada em 1886 em Biarritz e que desde então, de 3 em 3 anos, alternadamente se realiza em França e noutro país. Coube agora a vez a Portugal, todos os louvores sendo devidos ao nosso Governô que imediatamente lhe deu o melhor acolhimento.

O *comité* português tem por presidente o Prof. Egas Moniz e por secretário geral o Prof. Raposo de Magalhães.

O *bureau* permanente do Congresso, em que tomam parte notabilidades sciêntificas de todos os países, estabelece a ligação entre os sucessivos congressos. Tem a sua sede em Paris, por presidente o Dr. Ray-Durand-Fardel e por secretário geral o Dr. Flurin, ambos clínicos eminentes.

A International Society of Medical Hydrology de Londres, à qual o nosso Governô significou o desejo de que fizesse coincidir a sua reunião anual com a assemblea trienal daquele Congresso, participará nos trabalhos dêste. É presidida êste ano pelo Prof. Barão Koranyi, que sucede a Lord Dawson of Penn, continuando no seu cargo de presidente do Conselho Executivo o Dr. Fortescue Fox, todos personalidades notáveis na clínica.

Quaisquer informações relativas ao Congresso, que já se sabe estar despertando nos meios clínicos portugueses e estrangeiros o maior interêsse, devem ser solicitadas à Secretaria Geral do Congresso, Faculdade de Medicina de Lisboa; ao Prof. Raposo de Magalhães — 3, Rua de Buenos-Aires, Lisboa; Dr. Henri Flurin — 19, Avenue Mac-Mahon, Paris; e Dr. Ferreyrolles — 15, Rue Freycinet, Paris.

II Congresso Internacional de Pediatria

Como noticiámos já, êste Congresso realizar-se há em Estocolmo, tendo sido definitivamente marcada a data: 18 a 21 de Agosto. Em segunda circular, a comissão organizadora, presidida pelo Prof. I. Jundell, dá conta desta alteração da data, e fixa os temas marcados para ordem do dia, que são:

1 — Os efeitos biológicos das irradiações ultravioletas directas e indirectas.

2 — O papel fisiológico e patológico do sistema timo-linfático.

3 — A psicologia e psicopatologia da infância no ensino da pediatria e sua aplicação à medicina social.

Além destes assuntos, para os quais há relatores oficiais, comunicações livres podem ser apresentadas, devendo ser indicadas à comissão organizadora até o dia 1 de Abril próximo. Para a leitura de cada comunicação será dado um quarto de hora; para intervenção na discussão, 5 minutos.

A cota de congressista é de 20 coroas suecas; a de cada pessoa de família de congressista é de 10 coroas suecas.

Viagens de turismo, em condições especiais, serão facilitadas aos congressistas. Programas e todas as informações necessárias serão prestadas; escrever a Deuxième Congrès International de Pédiatrie. — Stockolm, Suède.

A comissão nacional, para coadjuvação em Portugal dos trabalhos do Congresso, é constituída pelos Drs. Salazar de Sousa (presidente), João Pôrto, Júlio Cardoso, Leite Laje e Almeida Garrett (secretário).

* * *

V Congresso Internacional de Fisioterapia

Êste Congresso, como foi anunciado, reúne em Liège de 14 a 18 de Setembro de 1930, por ocasião da Exposição Internacional do Centenário da Independência Belga.

Em 31 de Dezembro de 1929 estavam constituídos 24 comités, além do belga, a saber: França, Suíça, Itália, Luxemburgo, Holanda, Dinamarca, Portugal, Espanha, Alemanha, Estados Unidos da América, Egipto, Japão, Suécia, Finlândia, Noruega, Austria, Hungria, República Argentina, Inglaterra, Polónia, Bulgária, Brasil, Colónias Francesas, Canadá.

As questões principais a tratar serão o reumatismo e as afecções do sistema nervoso central, susceptíveis de serem tratadas pela fisioterapia.

Estão anunciados quatro relatores: Holanda, França, Dinamarca, Bélgica.

Nas secções de cinesiterapia, de educação física, de radiologia, de electrologia, de hidrologia, de termoterapia, de actinologia já estão inscritos 22 relatórios e 46 comunicações.

A lista das inscrições em 6 de Janeiro já subia a 350 congressistas.

A fim de facilitar a organização d'este importante Congresso, pedimos ao leitor para dirigir sem demora as adesões (bem como o título dos trabalhos a apresentar) a Mr. le Dr. Dubois-Trapagne, Secrétaire Général, 25, Rue Louvrex, Liège.

O Comité organizador deseja que os trabalhos lhe sejam remetidos antes de 15 de Abril, a fim de serem impressos antes do Congresso.

A cotização é de 150 francos belgas a enviar à conta-cheque do Congresso n.º 243.065, Dr. de Keyser, Bruxelas. Todos os pedidos de esclarecimentos devem ser dirigidos ao Secretariado Geral, 25, Rue Louvrex, Liège.

Acrescentamos que uma terceira questão que diz respeito ao ensino da fisioterapia será tratada em sessão plenária. Estão anunciados dois relatores (Alemanha-Bélgica).

O Secretário do Comité Português.

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Foi nomeado secretário da Faculdade de Medicina o Prof. Egidio Aires de Azevedo.

— O Prof. Álvaro de Matos foi autorizado a ausentar-se para o estrangeiro, a fim de estudar oncologia.

Hospitais

Civis de Lisboa

Os Profs. Manuel António Moreira Júnior, Augusto Monjardino e Costa Sacadura e os Drs. Manuel Vasconcelos, Freitas Simões e Brás Nogueira, directores e assistentes clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa, foram autorizados pelo Governô a visitar as clínicas hospitalares de Madrid.

— Realizou-se no dia 18 de Fevereiro, às 12 horas, o acto da posse dos internos do 2.º ano dos serviços gerais de clínica médica e cirúrgica.

Sessões científicas do Hospital Escolar

Sessão de 15 de Fevereiro.

Comunicações :

Dr. Vitor Fontes. — Psicologia sexual dos gagos.

O Prof. Egas Moniz fez algumas considerações sôbre esta comunicação.

Dr. Almeida Lima. — Provas manométricas no diagnóstico dos tumores medulares.

Dr. Mário Moreira. — Escleroses renais secundárias.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 7 de Fevereiro, o Dr. Abel Alves fez uma comunicação sobre o tratamento da tuberculose laringea pela galvano-cauterização. Falaram sobre a comunicação os Profs. Silva Carvalho, Salazar de Sousa, Carlos de Melo e Lopo de Carvalho e o Dr. Belarmino de Almeida.

O Dr. Reinaldo dos Santos apresentou, em seu nome e no dos srs. Drs. A. Lamas e José Caldas, novos dados sobre arteriografia. Fizeram considerações sobre este trabalho o Dr. Artur Ravara e Prof. Silva Carvalho.

— Na sessão de 21 de Fevereiro foi apresentada, pelo Dr. Borges de Sousa, uma comunicação acêrca de «Um novo método em cirurgia ocular». Sobre esta comunicação falaram os Drs. Lopes de Andrade, Mário Moutinho, Alberto Mac-Bride, Tiago Marques, Artur Ravara e Prof. Carlos de Melo.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Sob a presidência do Dr. Tiago Marques, reuniu-se no dia 13 de Fevereiro a Sociedade Portuguesa de Estomatologia.

O Dr. Pereira Varela falou sobre «Litíase das glândulas salivares».

O Dr. Marcelino Martins apresentou vários casos clínicos.

Conferências

O Prof. Alexandre Lipschutz, fisiologista, realizou, na Faculdade de Medicina de Lisboa, duas conferências intituladas «Transplantation des ovaires isolés» e «Facteurs extragonadaux dans la dynamique sexuelle».

— A Dr.^a D. Sara Benoliel tem realizado na sede da Beneficência da Freguezia de S. Mamede uma série de lições sobre puericultura e educação materna.

— O Dr. Hernani Monteiro fez, na Associação Médica Lusitana do Pôrto, uma conferência subordinada ao tema «Simpático e vaso-motricidade».

Associação Médica Lusitana

Esta Associação elegeu para o ano corrente os corpos gerentes seguintes :
Assemblea geral : presidente, Dr. Francisco Morgado ; vice-presidente, Dr. Angelo Neves ; secretários, Drs. Manuel Joaquim Ferreira e Carlos de Sousa Leite. Direcção : presidente, Dr. Hernani Monteiro ; vice-presidente, Dr. Amândio Tavares ; secretários, Drs. Luís Guimarães e Manuel Araújo ; resoureiro, Dr. Vergílio Marques Guedes ; vogais, Drs. Cândido Henrique Gil da Costa, Urgel Horta, José Nunes Prudente e Amândio Augusto da Costa Guimarães. Comissão económica : presidente, Dr. Amândio Pinto Pereira ; vice-presidente, Dr. Mário de Almeida ; secretário, Dr. Urgel Horta ; vogais, Drs. João Ferreira Couto Nobre e António Emílio de Magalhães. Comissão científica : presidente, Dr. Américo Pires de Lima ; vice-presidente, Dr. Jorge de Azevedo Maia ; secretário, Dr. José Nunes Prudente ; vogais, Drs. Fernando dos Santos Fernandes e Alberto Brochado. Comissão deontológica : presidente, Dr. Carlos de Lima ; vice-presidente, Dr. António Teixeira Lopes Júnior ; secretário, Dr. Cândido Henrique da Costa ; vogais, Drs. Amândio Tavares e Eurico Alves.

Serviços médico-legais

Em Coimbra reüniram-se os Profs. Azevedo Neves, Lourenço Gomes e Almeida Ribeiro, directores dos Institutos de Medicina Legal de Lisboa, Pôrto e Coimbra, para tratar da organização dos serviços médico-legais.

Saúde pública

Foram nomeados sub-inspectores de saúde do concelho de Mafra e da Inspeção do Pôrto, respectivamente, os Drs. Artur João da Costa Andrade, médico municipal, e Eduardo da Silva Tôrres, subdelegado de saúde adido.

Saúde naval

Foi exonerado, a seu pedido, de presidente da Junta de Saúde Naval o capitão de fragata médico Dr. Duarte da Silveira e nomeado para o substituir o capitão de fragata médico Dr. Andrade de Sequeira.

O Dr. Duarte da Silveira foi nomeado para o cargo de sub-chefe da Repartição de Saúde Naval, do qual havia sido exonerado o primeiro tenente médico Dr. Garcia da Silva.

Bólsas de estudo

Foram concedidas bólsas de estudo aos Drs. João Avelar Maia Loureiro, do Instituto do Cancro, e Manuel Xavier Morato, assistente da Faculdade de Medicina, para investigação científica no país; ao Prof. Amândio Tavares, da Faculdade de Medicina do Pôrto, para estudar em Paris, e ao Dr. Álvaro Pinheiro Rodrigues, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto, para estudar em Estrasburgo.

Dispensário de Higiene Social

Na Provedoria Central da Assistência foi inaugurado o Dispensário de Higiene Social, cujo inspector-chefe é o Dr. Carlos Santos. O Dispensário compreende uma clínica anti-venérea dirigida pelo Dr. Manuel de Mendonça e outra anti-sifilítica dirigida pelo Dr. Tovar de Lemos.

Ensino superior

Os Profs. Egas Moniz e Azevedo Neves fazem parte da comissão destinada a estudar as instalações mais convenientes de alguns estabelecimentos de ensino universitário, de Lisboa.

Sanatório da Ajuda

No dia 6 de Fevereiro realizou-se a instalação, no Sanatório da Ajuda, dos primeiros vinte e cinco doentes.



Prof. Ricardo Jorge

O Prof. Ricardo Jorge foi a Marselha realizar uma série de conferências sôbre epidemiologia na Escola de Medicina Colonial.

Prof. José Gentil

Foi exonerado do cargo de director do Banco do Hospital de S. José o Prof. José Gentil.

A êste professor foi oferecido um banquete de homenagem no dia 27 de Fevereiro.

Excursão de estudos

Os estudantes do 5.º ano da Faculdade de Medicina de Lisboa foram, em excursão de estudo, visitar Madrid. Acompanharam-nos alguns professores catedráticos que fizeram as seguintes conferências na capital do país vizinho: Prof. Costa Sacadura — Medicação ocitócica; Prof. Moreira Júnior — A observação clínica na interpretação da patogenia e do tratamento da eclâmpsia; Prof. Monjardino — A cirurgia conservadora em ginecologia; Prof. Lopo de Carvalho — A colaboração da cirurgia no tratamento da tuberculose pulmonar.

Necrologia

Faleceram: em Lourenço Marques, o Dr. António Chaves Maia; em Lourçal do Campo, o Dr. Joaquim Homem Rosado; em Sernancelhe, o Dr. Vítor de Carvalho Baptista; e em Mogadouro, o Dr. Alípio Piançoso.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTÉSTINAL,

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



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

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

TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA INSULINA BYLA

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

O contágio de quasi todas as doenças



TODAS as epidemias, desde a angina ao terrível colera são de origem bacilosa. O nosso organismo, graças ás substancias imunisantes de que dispõe, tem muitas vezes defesa aos germes da doença. Noutros casos porém, os meios de defesa são insuficientes e a doença triunfa. É principalmente pelos órgãos respiratórios que se dá a infiltração dos bacilos; é pois principalmente ahí que se deve tratar de os combater.

Um dos medicamentos que se tem revelado mais eficaz para este effeito é o aldeido formico, ou formol, o qual, devido ás suas propriedades poderosamente anti-septicas, produz mesmo em dose minima uma acção desinfectante eficaz.

O formol constitue o principio activo da pastilha de «Formitrol» Deixando derreter uma pastilha na boca preservará o contágio evitando doenças graves.

FORMITROL
evita o contágio



A venda nas farmácias e droguarias
EM TUBOS A ESC. 500

DR. A. WANDER S. A. — BERNE

Unicos concessionarios para Portugal:
ALVES & C. (IRMÃOS)
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º — LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º