

Áno IV

N.º 12

Dezembro de 1927



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

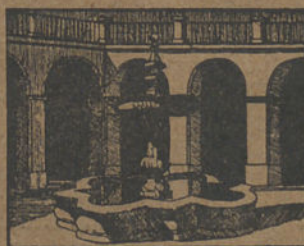
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, 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 Cálcio
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 a Apordia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.
— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções
— nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B _____

Est. 9 _____

Tab. 1 _____

N.º 60 _____

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

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

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 4748
3 Julho 1993

Depositários para Portugal e Colónias :

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

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.º

Ampolas, Esterilizações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

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

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

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

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

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.^{da}-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA "A.B."



Brand

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina "A B.,"

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

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

A' VENDA nas farmácias em frasquinhos de :

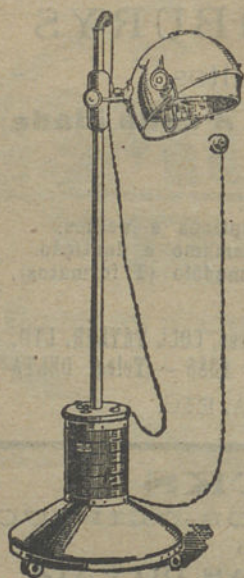
5 c. c.	= 100 unidades (ou 10 doses)
25 c. c.	= 500 » (« 50 »)
5 c. c.	= 200 » (« 20 »)

Á VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela INSULINA

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd.—LONDON

Representante em Portugal:

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



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sellux

Lampadas de arco

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



**APARELHOS E INSTALAÇÕES COMPLETAS DE:
RAIOS X**

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden

Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIEDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.

AMPOLAS para todos os fins.

PELICULAS «Maro» de dupla Emulsão.

EUBARYT para exames do Estômago, etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATOS TAVARES, LIMITADA

R. dos Fanqueiros, 218, 3.º — LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO
DO
CANCRO E OUTROS TUMORES
PELO
RÁDIO
E PELOS

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

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10
(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES



O calor prolongado da Anti-
phlogistine suavisa as
dores reumáticas

É sabido na medicina que o reumatismo não tem cura radical. Osler diz que «aplicações quentes são de um grande alívio» — e quando o reumatismo se torna doloroso, sobretudo nas articulações e nos músculos, o calor *prolongado e próprio* da Antiphlogistine traz um extraordinário alívio.

Aplique-se a Antiphlogistine
quente e espessa

— tão quente quanto o doente possa suportar sem incómodo. Depois de bem aplicada e bem ligado o doente, a Antiphlogistine *produz* um calor que pode durar mais de 24 horas.

A explicação científica d'este fenómeno é que a grande quantidade de glicerina que a Antiphlogistine contém, actuando sobre os tecidos, especialmente quando existe edema nas articulações, estabelece uma natural produção de calor.

Não proclamamos a cura do reumatismo por meio da Antiphlogistine, mas é um facto que ela diminui a dor, o que representa um enorme alívio para o doente.

Enviaremos literatura.

The Denver Chemical Mfg. Company

New York, U. S. A.

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

Antiphlogistine
TRADE MARK

Robinson, Bardsley & C.^ª
Caes do Sodré, 8-1.º - LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registro comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOLC¹⁵ H²⁶ O

Princípio activo da Essência de Sândalo
 Bienorrágia. Cistite. Piéelite. Pístonefrite.
 Catarro vesical

KOLA ASTIER

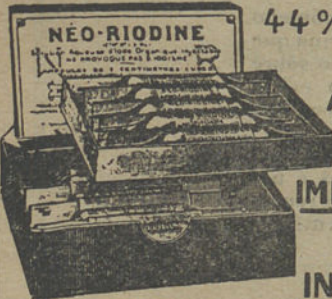
GRANULADA



Antineurasténico. Regu'ador do coração
 Gripe. Astenia. Surmenage.
 Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINEC³ H⁶ O + I⁵ Na.

Solução Aquosa de Iodo
 Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO**IMMEDIATA****INTENSA**

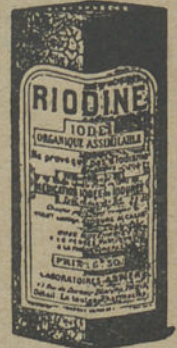
Em injeccões intramusculares e intra-
 venosas.
 Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE(C¹⁸ H³³ O³)³ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
 Ether glycerico
 iodado do acido
 ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal</i> , por Sobral Cid	pág. 549
<i>Estudo do metabolismo basal em alguns casos de Basedow</i> , por Mário Rosa	» 576
<i>A sinusite maxilar em clínica</i> , por Abel Alves	» 580

Notas clínicas

<i>Sobre transfusão do sangue</i>	» 585
---	-------

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 588
<i>Neurologia</i>	» 606
<i>Notícias</i>	» I

REFORMA E ACTUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL (1)

POR

SOBRAL CID

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

RAZÃO DE ORDEM

Compõe-se a Memória que hoje vem a lume nas páginas da *Lisboa Médica*, de quatro capítulos talvez imperfeitamente concatenados, mas que se inspiram todos êles no mesmo pensamento: incitar os poderes públicos a uma reforma radical e moderna da assistência aos psicopatas, que entre nós está na infância, salvo na parte clínica, e a um bom meio século de distância da fase de evolução em que actualmente se encontra nos países cultos.

Abre êste trabalho por uma exposição dolorosa mas necessária das misérias do Manicómio Bombarda no que toca as condições materiais de instalação e extrema acumulação de doentes, por efeito da prolongada carência do Estado neste ramo da assistência pública.

Nesta primeira parte se denunciam também, mais uma vez, os graves inconvenientes do Estatuto legal em que êste estabele-

(1) Memória dirigida a S. Ex.^a o Ministro do Interior.

cimento tem vivido desde 1911 e em consequência do que, a sua direcção, subordinada administrativamente aos Hospitais Civis de Lisboa, se encontra privada tanto de competência como dos necessários meios financeiros, não só para realizar quaisquer reformas, mas até simplesmente para prover à reparação dos edificios. Felizmente, ao que nos consta, o Ex.^{mo} Ministro do Interior e o Ex.^{mo} Director Geral dos Hospitais estão na louvável orientação de pôr termo a êste estado de coisas.

Na segunda parte proporciona-se ao leitor uma rápida vista panorâmica do estado da assistência psiquiátrica em alguns países da Europa e da América nos seus aspectos mais modernos e interessantes.

Grande parte do que diz respeito à Alemanha, Bélgica, França e Suíça, escreveu-o o autor com conhecimento directo de causa, dando conta do que teve ocasião de ver e observar nas suas viagens de estudo e por ocasião dos congressos científicos a que tem assistido. Quanto à Inglaterra e aos Estados Unidos da América do Norte que ainda não teve a fortuna de visitar, cura e discorre sôbre informações colhidas nas obras mais recentemente publicadas sôbre o assunto.

É o autor o primeiro a lamentar-se de não possuir elementos bastantes para se ocupar mais desenvolvidamente do que a êste respeito se passa na Espanha e no Brasil.

O Brasil encontra-se há muito, à altura de dar lições senão neste, pelo menos em outros ramos da assistência pública. Na nação vizinha o problema da reorganização da assistência aos alienados está na ordem do dia e a deputação Provincial de Barcelona projecta justamente neste momento, a fundação de uma *Clínica mental* e de uma Colónia-Asilo.

Dada a medida exacta do nosso profundo atraso pelo confronto verdadeiramente desolador do que se passa entre nós e lá fora, neste importantíssimo ramo da assistência pública, propõe-se no terceiro capítulo, um conjunto sistemático de providências, destinado a remediar desde já os males mais facilmente sanáveis e a inaugurar num futuro próximo, um regime de assistência aos psicopatas, à altura dos progressos da psiquiatria contemporânea e dos créditos de um país civilizado.

Visamos sobretudo a cidade de Lisboa e a sua circunscrição e, como o leitor terá ocasião de ver, os nossos objectivos mais

importantes são — a criação de um *Instituto Neuro-Psiquiátrico e de Prevenção das doenças nervosas e mentais*, no novo estabelecimento do Campo Grande, a fundação de um primeiro *Dispensário Psiquiátrico*, dotado de um *Serviço de Assistência Social*, na cêrca do velho Hospital de Rilhafoles, e de uma *Colónia-Asilo*, possivelmente instalada num dos numerosos domínios rústicos que o Estado possui.

A êste respeito devemos dizer que o facto de nos não referirmos a Coimbra e Pôrto não significa de modo algum menos interêsse pelos progressos do ensino e da assistência psiquiátrica nestes dois centros universitários, a um dos quais nos confessamos grato devedor da nossa formação profissional e científica. Muito embora em nossa opinião o esquema de organização que propomos para Lisboa e sua circunscrição seja útilmente applicável, nas suas linhas gerais, às circunscrições do Centro e do Norte do país, entendemos que nos não devíamos pronunciar sem dar a palavra aos nossos ilustres colegas de Coimbra e Pôrto, que com mais competência e melhor conhecimento de causa dirão de sua justiça.

Remata êste trabalho um capítulo em que tentamos codificar numa série de formulas concisas e metódicamente ordenadas, as normas e princípios fundamentais a que deve obedecer, na hora presente, uma organização científica da assistência psiquiátrica considerada em todos os aspéctos.

Poder-se há dizer — e não sem fundamento — que esta última parte do nosso trabalho é até certo ponto uma superfetação, pois tudo ou quási que nela se diz a respeito dos órgãos de assistência psiquiátrica e suas funções, se encontra mais ou menos largamente explanado nos capítulos anteriores.

Entre nós, o problema da assistência, aos alienados não se cifra apenas no formidável *deficit* numérico da nossa capacidade de hospitalização; e muito embora, esta afirmação tenha o seu quê de paradoxal, pode sustentar-se em boa doutrina, que a pior das soluções seria aquela que fizesse surgir do solo, tantos asilos quantos necessários fôsem para receber e assistir a totalidade dos alienados internáveis existente no país.

O leitor que tiver a paciência de seguir esta exposição virá, com efeito, a aperceber-se de que a assistência psiquiátrica contemporânea, longe de propugnar pelo asilamento sistemático de

todos os alienados, tem antes por objectivo dominante, evitar na medida possível o seu internamento e quando êle se torne necessário, reduzir ao mínimo a sua duração.

Os países mais adiantados procuram senão realizar integralmente, pelo menos aproximar-se dêste ideal, graças ao funcionamento coordenado de um armamento anti-psicopático deveras complexo, que vai desde o dispensário até à assistência familiar, passando pelo hospital psiquiátrico e pela colónia-asilo, devidamente apoiado nos indispensáveis serviços complementares de assistência social.

Assim, e tendo justamente êste trabalho o ambicioso intuito de contribuir para uma verdadeira reforma da assistência psiquiátrica, pareceu-nos que não seria de todo inútil codificar o corpo de doutrina que a inspira, reduzindo-o a um «articulado de princípios» acessíveis e facilmente assimiláveis.

DEFEITOS DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM LISBOA

VÍCIOS ORGANICOS. — O defeito capital de que enferma o Manicómio Bombarda é congénito; pois nasceu com êle e do próprio facto da sua instalação no velho edificio dos congregados da Carreira, cuja indeformável estrutura conventual condenava de antemão ao insucesso todas as obras de adaptação que nele vieram a ser realizadas sob o vigoroso impulso do Prof. Bombarda, nos primeiros anos da sua directoria. Sem duvida muito fez aquele nosso illustre antecessor no louvavel intuito de beneficiar as deploraveis condições de higiene e salubridade do velho hospital de Rilhafoles, cuja direcção lhe tinha sido confiada pelo Presidente do Ministerio e Ministro do Reino, Conselheiro Dias Ferreira; mas por maiores que fossem os seus esforços, não pôde nem lhe era possível operar o prodígio de transformar o antigo casarão dos freires num bom asilo de alienados e muito menos num bom Hospital Psiquiátrico, digno dêsse nome e à altura das exigências da assistência contemporânea.

Para dar uma idea dos vícios orgânicos, aliás bem patentés, da parte velha do Hospital, que ainda hoje é ocupada, além dos serviços administrativos, por tôda a 2.^a divisão sexual e o serviço

NÃO É UMA PANACEA

mas um auxiliar inestimavel na solução dos problemas da alimentação difficil. Aos prematuros, quando se não pode obter o leite materno, nos casos de desnutrição, para evitar transtornos gastro-intestinaes



oferece um leite que é facilmente digerido e assimilado, rico em vitaminas e tendo um alto valôr calorifico. O uso permanente do DRYCO, só, ou associado a outros alimentos, aos quaes DRYCO se adapta como base ideal, tem sempre produzido os melhores resultados clinicos.

The Dry Milk Company - 15, Park Row - New York

(Instituição Internacional para o Estudo e Produção de Produtos de Leite Puro)

— Para amostras e literatura dirigir-se aos representantes para Portugal e Colónias —

GIMENEZ - SALINAS & C.^A

Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico

Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

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

.....

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

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazentische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



de pensionistas de homens (1.^a e 2.^a classe), bastará dizer que as enfermarias que a compõem se encontram sobrepostas em 6 pavimentos, que vão desde a cripta e o andar terreo até à mansarda cimeira, e que nenhuma delas satisfaz às mais elementares exigências de hygiene hospitalar. Toda esta parte do edificio merece mais a picareta demolidora do que o trabalho de reconstrução do architecto e do engenheiro, pois que por mais dispendiosas e radicais que fossem as obras realizadas, o resultado seria sempre imperfecto.

Muito embora instalados nos três pavilhões de moderna construção que se erguem na cêrca, os serviços de homens não oferecem em geral condições muito mais satisfatórias do que a parte antiga do edificio. O pavilhão em duplo E, onde estão as 1.^a, 2.^a, 3.^a, 4.^a e 9.^a enfermarias (cêrca de metade da população masculina), é uma espécie de barracão de construção ordinária, em parte arruinado, mal adaptado às exigências modernas da assistência e que, quando muito, poderá ser conservado provisoriamente enquanto a conclusão dos novos hospitais psiquiátricos de Lisboa e Coimbra e a criação, urgente e indispensável, de asilos rurais ou colónias agrícolas de alienados não vier permitir a desaccumulação do velho Hospital de Rilhafoles.

O chamado pavilhão de segurança que o Prof. Bombarda fez edificar para alienados criminosos e «díficeis», obedece a um tipo de construção e a um sistema de hospitalização desta classe de psicopatas, hoje absolutamente condenado; e, como tal, deve desaparecer o mais cedo possível.

Na verdade, o único edificio que tem algum geito de construção hospitalar é o pavilhão em dois corpos e de dois pavimentos onde actualmente se encontram a 5.^a e 6.^a enfermarias. Está, é certo, muito deteriorado, mas uma vez feitas as indispensáveis reparações e algumas obras de remodelação interior, poder-se-iam corrigir os seus defeitos e instalar nêle, sem grande dispendio, um serviço especialmente destinado ao tratamento das formas agudas da alienação.

Na realidade, a única coisa que o Hospital de Rilhafoles tem de bom é a airosa e desafogada cêrca, que por um lado vai desde as traseiras do edificio antigo até à testa das ruas Gonçalves Crespo, Ferreira Lapa e Bernardo Lima, ocupando o vasto

espaço compreendido entre as ruas Gomes Freire e Luciano Cordeiro.

È graças à existência dèste vasto espaço de terreno livre que nos é possível corrigir os defeitos e temperar até certo ponto os inconvenientes inerentes à hospitalização compacta de um milheiro de alienados em tão miseráveis condições materiais; já porque nos habilita a proporcionar aos doentes, durante o dia, um salutar recreio, que a benignidade do nosso clima lhes permite usufruir durante a maior parte do ano; já porque nos dá a possibilidade de ocupar um certo número deles, em trabalhos agrícolas de cultura e jardinagem, que desempenham um papel tão importante na assistencia dos convalescentes e dos crónicos incuráveis.

MALES ADQUIRIDOS. — Sôbre os vícios de origem indissolavelmente ligados às condições materiais da instalação, o Manicómio veio a enfermar a breve trecho de um novo mal, rapidamente adquirido no decurso da sua existência e não menos grave que o primeiro — o da *superacumulação* dos doentes nele hospitalizados, cujo número sempre excedeu e hoje largamente duplica aquele em que devia ser normalmente fixada a sua capacidade.

Esta formidável *pletora* de alienados, que de ano para ano se vem progressivamente agravando a ponto de atingir proporções monstruosas e jamais atingidas nos estabelecimentos congeneres do mundo civilizado, é a forçosa e necessária consequência da prolongada carência do Estado no domínio da assistência psiquiátrica e revela bem a sua indiferença pela sorte dos alienados.

Com efeito, desde o ano de 1852 em que o nobre Marquês de Saldanha, comovido pela angustiosa situação dos loucos recolhidos nos pátios de S. José decidiu num assômo de benemerente ditadura administrativa a criação do Hospital de Rilhafolles — e não obstante haverem já passado três quartos de século sôbre essa data memorável — nenhum outro instituto de assistência psiquiátrica, pequeno ou grande, rural ou cidadão, foi fundado em Portugal, por iniciativa e a expensas do Estado; pois infelizmente não pode ainda inscrever-se no seu activo o novo Manicómio do Campo Grande, que muito embora começado em 1915 se não encontra ainda hoje em condições de ser utilizado. Tudo o que em terra portuguesa se tem feito de então para cá neste ramo da assistência pública, sistematicamente desprezado — o Manicómio

Conde de Ferreira, administrado pela Misericórdia do Pôrto e os Hospícios da Idanha e do Telhal mantidos pela Congregação dos Irmãos de S. João de Deus — é obra benemerente da caridade e filantropia privada. Ora tudo isto somado dá 1.800 leitos escassos, cifra manifestamente insuficiente para as necessidades do país. E como os três estabelecimentos acima mencionados, que aliás veem prestando os mais relevantes serviços, fecham automaticamente as suas portas desde que a sua lotação se encontra preenchida ou excedidas as suas disponibilidades financeiras, succede que a grande maioria dos alienados indigentes, não só os das províncias do centro e do sul, mas ainda uma grande parte do norte do país, continua a afluir pela fôrça das circunstâncias ao velho Hospital de Rilhafoles — até agora o único Manicómio instituído pelo Estado para fazer face às exigências de uma população de seis milhões de habitantes, onde se podem contar, por baixo, dez a doze mil psicoatas internáveis.

Já o ano passado, numa Memória dirigida a Sua Ex.^a o Ministro da Instrução, tivemos ocasião de pôr em relevo as angustiosas dificuldades que esta situação cria ao Manicómio Bombarda que, como é sabido, funciona simultaneamente como Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina.

O número de pedidos de admissão aumenta todos os anos numa progressão assustadora; e embora nem todos eles possam receber deferimento, certo é que, já em consequência do afluxo constante de doentes, já por efeito da considerável diminuição da mortalidade hospitalar nos últimos trienios, a população média anual que entre 1870 e 1892 andava à roda de 500, rapidamente passou à casa dos 700 sob a directoria do Prof. Bombarda, à dos 800 e 900 no período contemporâneo da Clínica Psiquiátrica, tendo acabado por galgar, em 1927, a baliza do milhar.

Poder-se-ia dizer que está até certo ponto nas mãos da Direcção, pôr còbro à onda crescente das admissões. Dificil é, porém, pô-lo em prática; e quem quer que seja que ocupe êste lugar, verá que não é possível resistir à pressão que a todos os momentos e de todos os pontos do país exercem sobre a Direcção do Manicómio os constantes pedidos de admissão de todas as autoridades administrativas, e muito em especial do Govêrno Civil e da Polícia de Lisboa; dos Hopitais Civis e Militares da capital, quando entre os seus internados sobrevém ou se declara súbitamente

qualquer caso agudo de alienação mental; dos asilos de velhos e indigentes e das casas de correcção de menores; das autoridades judiciais para o efeito da colocação tanto dos alienados criminosos, como dos criminosos que vieram a cair na alienação mental; isto sem falar nos inumeros requerimentos de admissão officiosa, a título de pensionistas, de doentes da clínica privada — quer os casos agudos que reclamam assistência immediata, quer os crónicos que as famílias difficilmente podem suportar ou se tornam perigosos pelas suas reacções anti-sociais.

As lamentáveis e muitas vezes funestas conseqüências da acumulação de 1 milheiro de doentes num Hospital que, a avaliar pelo alto, terá, quando muito, capacidade para 500 leitos, são de prever e patenteiam-se a cada momento aos olhos da Direcção e do corpo clínico, infelizmente impotentes para debellar radicalmente êste temeroso mal.

A primeira conseqüência da acumulação dos doentes no nosso Manicómio é a diminuição do espaço e da cubagem destinada a cada um, a qual, sobretudo durante a noite quando os doentes se encontram concentrados nos dormitórios, fica reduzida a proporções manifestamente lesivas da mais modesta hygiene individual.

Cada enfermaria contém o número máximo de leitos que materialmente pode receber, e mesmo nos chamados quartos particulares, alguns pensionistas ficam aos 2 e aos 3 no mesmo quarto. Todos os recantos do Hospital onde podia ser instalada uma cama — por vezes os próprios corredores, os antigos quartos fortes, hoje felizmente em desuso, e até outros destinados a habitação de serventes — têm sido sucessivamente aproveitados para ampliação dos dormitórios; e como tudo isto ainda não é o bastante, na maior parte das enfermarias faz-se mister utilizar o detestável recurso das camas no chão. Assim, e sobretudo de noite, o espectáculo de algumas salas, tanto da 1.^a como da 2.^a Divisão sexual, repletas de doentes e onde difficilmente se pode transitar, é verdadeiramente confrangedor. Tem-se a impressão de uma população em exodo, acossada pela guerra ou fugida de uma epidemia, que de um momento para o outro tivesse sido necessário alojar a trouxe-mouxe num albergue improvisado.

Quando em toda parte e ha já muitos anos, prevalece o principio de repartir os doentes — especialmente nos serviços de observação — em pequenas salas não contendo mais de 8 a 10

leitos, de modo a poderem ser fácil e permanentemente vigiados, no nosso Hospital predomina o tipo dos vastos dormitórios; e mesmo naqueles serviços (3.^a enfermaria de mulheres) que se encontram divididos em pequenos salões, cada um destes tem ordinariamente cêrca de 20 doentes durante o dia, e muito mais à noite.

Nestas enfermarias demasiadamente grandes ou, se bem que pequenas, congestionadas, os doentes excitam-se reciprocamente reagindo uns sôbre os outros, sendo verdadeiramente para admirar como em algumas delas se consegue manter durante o dia um certo socego e tranquilidade. As condições necessárias a uma boa vigilância encontram-se necessariamente prejudicadas, e nos casos de uma tentativa de fuga, de suicídio ou de bruscas reacções agressivas ou destruidoras, nem sempre é fácil dominar o doente ou socorrê-lo e proteger os seus vizinhos com a prontidão necessária.

Assim, dadas as deploráveis condições de instalação e acumulação dos doentes, agravadas pela insuficiência numérica do pessoal e a falta de meios adequados à prática de balneação permanente — que é o remédio soberano da agitação — facilmente se compreende que ainda não nos tenha sido possível, até hoje, dispensar de todo o uso dos meios contentivos, completamente banidos dos modernos hospitais psiquiátricos ou, quando muito, empregados em asilos de 2.^a ordem e com a parcimônia que temos tido ocasião de verificar.

Desejosos de nos aproximarmos cada vez mais dêste ideal da moderna assistência psiquiátrica, não nos temos poupado a esforços no intuito de limitar e reduzir cada vez mais o seu emprêgo; e, efectivamente, graças à aplicação oportuna de meios terapêuticos variados, conseguimos muitas vezes evitar a aplicação do colete num grande número de casos de excitação maniaca ou catatónica, paralisia geral agitada ou delírio alucinatório confusional, que outr'ora eram sistematicamente passivos dos meios mecânicos de contenção. Mas ha ainda a considerar na massa da população hospitalar, um grande número de alienados — ansiosos, catatónicos, influenciados e perseguidos — cujos impulsos, automatismos e reacções, por vezes brutais e violentas, se subtraem à influencia benéfica de quaisquer medicações.

O logar de eleição para hospitalização destes alienados seria

um serviço especial de observação, repartido em pequenas salas, não contendo cada uma mais de 8 a 10 doentes, submetidos dia e noite a uma vigilância discreta, mas incessante. Como infelizmente, porém, nas deploráveis condições em que nos encontramos nem sequer é possível pensar na possibilidade de possuir um serviço dessa ordem, vêmo-nos muitas vezes forçados a autorizar o emprêgo da camisola, já para proteger o próprio doente contra as suas tendências suicidas ou auto-mutiladoras, já para defender o pessoal e os doentes vizinhos de possíveis agressões. Assim, embora empregado com muito menos freqüência do que outrora, o colete de fôrças ainda não pôde ser banido de Rilhafoles.

Os doentes lúcidos sociáveis e os dementados tranquilos que têm a regalia do levante, não são menos prejudicados do que os outros pelos perniciosos efeitos do regime da acumulação em que o Manicómio vive, pode dizer-se desde nascença, e que nestes últimos anos tem atingido incomportáveis proporções. Não tenho noticia de que no nosso Manicómio houvessem jamais existido salas de dia e de recreio destinadas a esta categoria de psicopatas, e hoje é absolutamente impossível proporcionar-lhes essa comodidade e desfôgo, mesmo naquelas enfermarias que pela sua repartição a isso se prestavam, pois que todo o espaço disponível tem de ser necessariamente aproveitado para a instalação de camas destinadas a fazer face aos constantes pedidos de admissão.

Do mesmo modo e pela mesma ordem de razões também não existem no Manicómio *ateliers* ou salas de trabalho anexos ás enfermarias ou, pelo menos, a cada divisão, onde os crónicos e os convalescentes se possam ocupar durante o dia em labores manuais adequados ao seu estado físico e mental e às suas aptidões. Na 1.^a divisão sexual é possível ocupar algumas dezenas de doentes, não só nos serviços internos e na cultura e jardinagem da cêrca, mas ainda nas 3 pequenas oficinas de sapataria, pintura e carpintaria, de que o Manicómio dispõe. Na divisão de mulheres, à parte os serviços internos das enfermarias, a falta de meios de trabalho é completa e obriga-nos a condenar à ociosidade algumas dezenas de doentes que poderiam ser útilmente empregadas em *ateliers* de costura e outros labores — entrançados, cartonagens, tapeçaria barata, flores artificiais, etc. — como hoje correntemente se pratica em todos os asilos de alienados, com

reconhecida vantagem tanto para os doentes como para a economia dos estabelecimentos respectivos. Em suma, o Manicómio não passa, em última análise, de um vasto albergue, onde tudo é sacrificado à necessidade primordial de arranjar espaço para os dormitórios.

Finalmente, a superacumulação dos doentes — e esta é uma das suas mais funestas conseqüências — não só cria condições propícias ao desenvolvimento de certas endemias nosocomiais, v. g. a *enterite*, mas facilita sobremaneira a difusão no seio da população hospitalar de tôda a sorte de moléstias contagiosas, que a cada passo podem ser importadas de fora pelos próprios doentes ou pelas centenas de pessoas que bi-hebdomadariamente os vêm visitar.

Contra a enterite, que ainda há alguns anos atrás era um dos principais factores da mortalidade hospitalar, temos conseguido lutar eficazmente, já beneficiando na medida do possível as condições de salubridade das salas, já despistando precocemente todos os casos que se manifestam e pondo em prática, acto contínuo, as necessárias medidas profiláticas. Assim a mortalidade enterítica é hoje quasi nula nos serviços de homens, e no de mulheres, que é o mais insalubre e acumulado, se não desapareceu completamente, encontra-se pelo menos reduzida a proporções consideravelmente inferiores às dos anos transactos. Num trabalho que o ano passado publicámos, ficou isto sobejamente demonstrado.

As epidemias de sarna — outro cancro do velho Rilhafóles — são hoje também muito menos extensas e freqüentes do que outrora; a varíola nunca se manifestou entre nós, por termos tido sempre o cuidado de fazer vacinar periodicamente os doentes e o pessoal; mas já não podemos dizer o mesmo com respeito a outras doenças contagiosas, designadamente a tuberculose, que faz todos os anos consideráveis estragos na população hospitalar, embora um grande número de casos de morte atinja os doentes que já entraram no hospital tuberculizados (alcoólicos crónicos, melancólicos sitofóbicos, dementes precoces, etc.).

DEFEITOS DO ESTATUTO GERAL. — Não menos importantes, embora mais fáceis de remediar que os defeitos e inconvenientes que acabamos de referir, procedentes das condições materiais de

instalação e da acumulação dos alienados no hospital, são aqueles que dimanam da própria situação legal do Manicómio Bombarda, tal como lhe foi criada pelo Decreto de 11 de Maio de 1911, que o anexou pedagogicamente à Faculdade de Medicina, deixando-o, porém, administrativamente sob a dependência e a tutela dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Esta semi-autonomia, parcial e incompleta, saudada como um triunfo e considerada como uma conquista, por isso que, à primeira vista, parecia que vinha assegurar à Faculdade de Medicina as necessárias condições para o ensino da psiquiatria, teve de facto as mais deploráveis consequências.

Por um lado, a Faculdade, mera usufrutuária do Manicómio para os efeitos do ensino, não dispunha de recursos, nem sequer de competência legal, para o administrar e aperfeiçoar a sua organização, visto que administrativamente elle continuava na dependência de S. José, como durante tanto tempo succedeu, com manifesta desvantagem, ao próprio Hospital Escolar. Por outro lado os Hospitais Cívicos, partindo do princípio inexacto de que o Manicómio era na verdade um estabelecimento da Faculdade de Medicina, passaram a considerá-lo senão como um estranho pelo menos como um filho indesejável, relegando-o na escala das suas preferências e na ordem das suas preocupações abaixo de todos os hospitais de Lisboa. Assim, desde a data da anexação pedagógica do Manicómio Bombarda, só em pequena parte e à fôrça de muitas instancias, têm sido effectuadas as grandes reparações de que os edificios do Hospital tanto carecem; enquanto que no mesmo espaço de tempo eram dispendidos milhares de contos nas obras dos outros Hospitais. Por demais e muito embora o Manicómio Bombarda se encontre como nenhum hospital de Lisboa em condições particularmente favoráveis para realizar as pequenas obras de reparação ou adaptação que os estragos do tempo ou as exigências do serviço tornam necessárias — visto encontrar facilmente nos seus internados a mão de obra indispensável —, a verdade é que, em geral, esses trabalhos não podem ser feitos oportunamente e com a devida rapidez, por falta de materiais de construção, que a Direcção não pode adquirir por si e que os Hospitais Cívicos nem sempre ou só muito tarde lhe vêm a fornecer.

De tudo isto resulta o estado de deterioração, e até de ruína,

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex^a, que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receber

Urotropina - Schering.

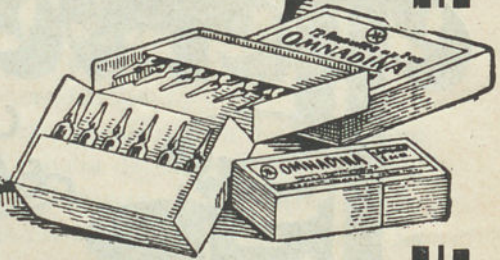
N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.), Berlin.

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante scientifico:

C A. GLADE, LISBOA, Rua Victor Cordón, 71

Omnadina



Vacina total imunizante "Much,,

Para a terapêutica não específica
em tôdas as

moléstias infecciosas e padecimentos
reumáticos e neurálgicos.

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente
tôdas as forças defensivas do orga-
nismo, assim como encurta conside-
ravelmente a duração da moléstia.

Forma comercial:

Caixas com 1 e 12 ampolas de 2 c. c.
Empacotamento original «KALLE».

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Sero-bacteriologische Abteilung

«Bayer-Meister Lucius,, Hoechst s/M.

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



em que parcialmente se encontram não só o edifício antigo, mas até as novas construções da cêrca.

Os embaraços resultantes dêste regime de estrita dependência administrativa de um hospital geral, reflectem-se quotidianamente na gestão dos assuntos mais comezinhos da vida do Asilo, além de que a falta de recursos próprios nos impede sistematicamente de realizar as melhorias e pôr em prática as reformas que o Hospital reclama.

Da alimentação dos doentes não nos queixamos, porque ela não é melhor nem pior que a dos outros hospitais; mas já no que respeita a medicamentos tem sucedido faltarem durante dias seguidos alguns e dos mais indispensáveis, como por exemplo o Luminal, cujo emprêgo substitui com vantagem e até com economia o brometo no tratamento sintomático da epilepsia; isto certamente por razões de fôrça maior, independentes da vontade da Farmácia Central.

Conhecedores das dificuldades financeiras dos Hospitais Civis, propositadamente nos abstemos muitas vezes de formular especialidades medicamentosas de maior preço e que, todavia, em certos casos têm indicações formais. Para conseguirmos a introdução do «Somnifene» na terapêutica do Manicómio — farmaco êste hoje largamente e vantajosamente empregado em tôdas as Clínicas Psiquiátricas — foi necessário dirigir previamente à Administração Central uma proposta justificativa largamente fundamentada. Tendo-se iniciado com sucesso, em 1925, após algumas tentativas frustradas, a cura malárica da paralisia geral, só ao fim de ano e meio lográmos montar, num dos pavilhões da cêrca, um serviço devidamente isolado e especialmente adaptado a êsse fim; e para o conseguirmos foi necessário custear a maior parte das despesas pela fôrça da verba produzida pelas taxas pagas pelos visitantes, única verba que nós podemos administrar. Diremos ainda, para terminar, que são constantes as dificuldades com que tropeçamos, já por falta de verba, já por falta de pessoal habilitado para conservar e manter em condições de bom funcionamento a maquinaria dos serviços industriais do Hospital — cozinha, instalação eléctrica e estabelecimento banhear.

A melhor maneira de remediar todos estes inconvenientes é a concessão ao Manicómio Bombarda de uma larga autonomia, colocando-o num regime de administração por conta própria.

que lhe permita administrar livremente a dotação que o Estado lhe consignar e as receitas que êle por si mesmo produza, muito embora, é claro, sob a mais rigorosa fiscalização das instâncias tutelares.

Já no ano passado e numa Memória dirigida a S. Ex.^a o Ministro da Instrução — para a qual nos permitimos chamar neste momento a atenção de V. Ex.^a — pusemos nitidamente o problema, reclamando e justificando simultâneamente, por um lado a reorganização da Clínica Psiquiátrica segundo as necessidades modernas de assistência e do ensino, por outro, a concessão da autonomia administrativa ao Manicómio Bombarda, em que ela está instalada.

Em tôda a parte os asilos de alienados têm a sua administração própria e independente dos outros estabelecimentos hospitalares; só em Portugal se verifica a situação verdadeiramente extraordinária do único Manicómio do Estado viver sob a tutela dos Hospitais Civis da capital.

Conceda-se, pois, ao Manicómio Bombarda a autonomia administrativa de que êle carece, já porque a sua função especial no campo da assistência pública lhe cria necessidades privativas que os outros hospitais ignoram, já e ainda porque a necessidade terapêutica de utilizar a capacidade de trabalho dos seus internados lhe permite produzir receitas próprias que poderiam ser largamente desenvolvidas e deveriam ser exclusivamente empregadas no interêsse do estabelecimento e para efeito de melhorar a sorte dos alienados.

MODERNAS ORIENTAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

NA EUROPA E NA AMÉRICA DO NORTE

Durante muico tempo, pode dizer-se até ao terceiro quartel do século findo, o *Manicómio ou Asilo de alienados* foi o único instrumento de assistência de que o Estado e a Sociedade dispunham para receber e possivelmente tratar os psicopatas.

Rico ou pobre, modesto ou grandioso, expressamente edificado para êsse fim ou melhor ou pior instalado em qualquer velho

edifício em desuso, o Asilo obedecia invariavelmente aos mesmos princípios gerais, distinguindo-se indistintamente a tôdas as formas de alienação mental — tanto as crônicas como as agudas, as orgânicas como as funcionais, as constitucionais como as adquiridas — uma vez que o interesse conjugado do doente e da Sociedade impusessem a necessidade de o sequestrar, a título provisório ou definitivo, da vida social.

Não existiam serviços ou institutos de assistência especialmente adaptados a certos fins terapêuticos ou adrede organizados para esta ou aquela categoria de doentes. Todos os alienados eram enviados indistintamente para o Asilo e distribuídos segundo o carácter geral das suas reacções, num certo número de secções — agitados, tranquilos, imundos, lúcidos e sociáveis — sem que esta classificação, imposta pelas próprias conveniências de organização interna do estabelecimento e ainda hoje tradicionais, correspondesse na realidade a qualquer sistematização nosográfica ou terapêutica.

Esta concepção unicista da assistência psiquiátrica onde é fácil reconhecer o cunho de um conceito tradicional e igualmente unitário da loucura, cometia ao mesmo estabelecimento funções extremamente complexas e variadas.

Assim, em relação aos doentes afectados de psicoses agudas ou de formas periódicas da loucura em actividade, o Manicómio deveria funcionar como uma espécie de *Sanatório ou Hospital psiquiátrico*, apto a proporcionar-lhes além do isolamento, a possível terapêutica sintomática ou causal adequada a cada caso. Pelo contrário, em face dos psicopatas incuráveis e inválidos — idiotas profundos ou dementes avançados — a sua função já era simplesmente a do *Hospício*, sem outra finalidade que não fôsse a de conservar-lhes a existência, assegurando-lhes, quotidianamente, a satisfação das suas necessidades mais elementares. Além disso o Manicómio era a *casa de guarda e reclusão* dos psicopatas anti-sociais e particularmente temíveis pelos seus impulsos e tendências malignas; e ainda e finalmente o *janllestério* onde devia viver em comum a grande massa dos crônicos válidos, lúcidos e semi-sociáveis, susceptíveis de gozar de uma certa liberdade e de ocupar útilmente a sua actividade num trabalho mais ou menos regular.

Em suma, o Asilo, por isso que era a única instituição de que

o Estado dispunha para a assistência aos alineados, concentrava em si tôdas as modalidades que essa assistência tem de revestir consoante a diferente natureza das doenças mentais, vendo-se assim na situação de se desobrigar de um complexo de funções heterogéneas, senão incompatíveis pelo menos difficilmente conciliáveis, por isso que cada uma delas requiere não só condições materiais de instalação e localização próprias, mas até uma orientação médica e administrativa especial.

Eis, nitidamente marcado o ponto de partida da prodigiosa evolução que em 50 anos transformou por completo a assistência psiquiátrica tanto na Europa como na América do Norte. De um modo geral, poderemos dizer desde já que a nota dominante dêste movimento evolutivo é a tendência, comum a todos os países cultos, a *resolver* o antigo complexo asilar num conjunto de organismos ou institutos de assistência nitidamente diferenciados e tendo em vista respectivamente a terapêutica, a profilaxia e a revalorização social do alineado.

ALEMANHA

O Prof. Griesinger, cuja influência se fez sentir ainda entre nós, na formação psiquiátrica da antepassada geração de alienistas portugueses, foi o primeiro que na Alemanha, e já em 1867, advogou a criação, nas cidades de maior importância, de pequenos hospitais urbanos — *Stadasil* — inteiramente distintos pela sua organização dos grandes asilos rurais e exclusivamente destinados a psicopatas agudos. Estes hospitais psiquiátricos, abertos como os hospitais comuns e como êles isentos de todos os processos violentos e coercitivos, deveriam ser instalados de preferência nas sedes universitárias, por forma a serem utilizados para o ensino clínico da psiquiatria.

A clínica psiquiátrica de *Heidelberg*, inaugurada em 1878, com a capacidade de 150 leitos e situada dentro da cidade, ao lado das outras clínicas universitárias, foi o primeiro estabelecimento psiquiátrico de character exclusivamente hospitalar que na Alemanha se concluiu, segundo os preceitos estabelecidos por Griesinger.

A segunda foi a clínica universitária de *Halle*, aberta em

1891, sob a direcção do Prof. Hitzig; e tais foram as vantagens, quer para o tratamento dos alienados quer para o ensino, resultante das primeiras realizações dêste novo tipo de assistência, que a breve trecho êle se generalizou, de sorte que actualmente nos países de língua alemã não há cidade universitária que não possua a sua clínica psiquiátrica, ao lado ou nas proximidades das outras clínicas da Faculdade de Medicina, e das quais as mais notáveis, tanto pelas suas instalações como pela sua organização, são sem dúvida as de Giessen, Munich e Berlim.

As *clínicas psiquiátricas* alemãs, algumas delas instaladas em magníficos edificios e todas generosamente dotadas pelo Estado com um pessoal numeroso e o instrumental necessário para o exame dos doentes, a terapêutica e as pesquisas de ordem puramente científica, têm prestado os mais relevantes serviços e contribuído poderosamente para os progressos da psiquiatria.

Emquanto que o Asilo se destina ao isolamento prolongado ou definitivo, a clínica psiquiátrica, exclusivamente reservada às formas agudas e às psicoses é, como os outros hospitais gerais, um lugar de passagem por onde o doente rapidamente transita. Quando a evolução se opera ou pronuncia num sentido desfavorável que reclama um internamento demorado, o doente é transferido oportunamente para o asilo da circunscrição. Se, pelo contrário, a psicose termina pela cura, o portador encontra-se em breve restituído à vida social, tendo-lhe sido poupada a convivência dos alienados crónicos e sem a mácula que estigmatiza os infelizes que houveram de passar pelo manicómio.

Assim, facilmente se comprehende que estes pequenos estabelecimentos, que em regra não dispõem mais de 150 a 250 leitos, possam receber em cada ano — graças a êsse rápido *roulement* — 2.000 a 3.000 doentes novos, que na sua grande parte — mais de metade — saem curados ou com melhoras sensíveis.

No campo propriamente manicomial, a assistência germânica caracteriza-se sobretudo pela sua marcada preferência pelos asilos gigantescos — *Mammutanstalt* — habilitados a alojar 1.000 a 2.000 alienados e de que nos dão exemplo o estabelecimento de *All-Scherbitz* (Saxónia) — o primeiro em antiguidade neste género — e os mais recentes de *Eglfing* e *Haar* (Baviera), de *Viesloch* (Bade) e o de Reichenau, nas margens do lago de Constança.

Construídos todos êles pelo sistema de pequenos pavilhões

disseminados, de modo a dar no seu conjunto a ridente impressão de uma aldeia próspera e sadia, entremeados de jardins e rodeados de prados e terras de cultura onde se ocupa durante o dia uma boa parte dos internados, são estes estabelecimentos o verdadeiro prototipo da *colônia agrícola*, hoje unanimemente considerada como a forma de assistência aos alineados crónicos, mais económica e salutar.

Desnecessário será dizer que todos estes estabelecimentos dispõem de um pavilhão de observação e vigilância, no género do hospital psiquiátrico, onde são recebidos e tratados os doentes recém-chegados e os que apresentam transitòriamente estados de agitação.

Em consequência da angustiosa situação financeira creada pela grande guerra, que naturalmente veio dificultar a fundação de novas colónias-asilos, e em parte também por efeitos de um movimento de reacção contra o excessivo desenvolvimento do internamento asilar, a assistência aos psicopatas na Alemanha tomou recentemente uma nova orientação, caracterizada pela organização de instituições de carácter médico-social, destinadas a promover o tratamento do alienado no domicílio — *Psychiatrische offene Fürsorge*.

O *Offene Fürsorge* pode ser considerado, em última análise, como uma obra de expansão extra-mural dos serviços de assistência psiquiátrica asilar. Pressupõe sempre a existência de um asilo, ou mesmo de uma simples policlínica psiquiátrica, a cujo corpo médico secundado por um certo número de enfermeiros-visitadores, fica entregue a vigilância e o tratamento domiciliar dos alienados da circunscrição, sempre que possam ser mantidos sem inconveniente no seio da família.

A assistência extra-mural dos alienados, que aliás já tinha começado a ser posta em prática pelo Dr. Kolb de Erlangen em 1908, tomou, como já dissemos, um grande incremento no período que se seguiu à grande guerra — e, actualmente, funciona na Alemanha um grande número de instituições d'êste género — Erlangen, Leipzig, Mannheim, Colónia, Francfort e Berlim — sendo cada vez mais elevada a percentagem dos doentes necessitados que são tratados na sua própria residência. Voltaremos a êste assunto a propósito dos Estados Unidos da América do Norte, onde êste sistema de assistência psiquiátrica se vem desenvolvendo desde

1910, de um modo verdadeiramente assombroso sob o poderoso impulso das Associações de «Higiene Mental».

FRANÇA

Em França a evolução da assistência psiquiátrica fêz-se sensivelmente no mesmo sentido e segundo as mesmas linhas gerais, muito embora a diferenciação dos serviços asilares e hospitalares se não tenha até hoje operado em tão alto grau e com aquele carácter absoluto e radical que se verifica nos países de língua alemã.

Assim, ao mesmo tempo em que na Alemanha se criavam nas cidades universitárias os hospitais psiquiátricos, os franceses reconhecendo igualmente a conveniência de tratar fora do asilo as formas de evolução rápida, instituíram em alguns hospitais gerais pequenos serviços especialmente destinados aos delirantes agudos. Em Paris funciona há muitos anos, no velho Hotel Dieu, um serviço desta natureza, que foi sucessivamente dirigido pelos Profs. Brissaud, Ballet e Roger. Serviços análogos existem também em algumas das grandes cidades da província, pelo menos em Lyon e Bordeaux, respectivamente instalados, o primeiro no Hotel Dieu, o segundo no Hospital de Santo André e funcionando sob a direcção dos Profs. de psiquiatria das respectivas Faculdades de Medicina.

Em Paris, a *Clínica de doenças mentais e do encéfalo da Faculdade de Medicina* — é essa a sua designação oficial — muito embora instalada num pavilhão do velho Asilo de Santa Ana, em nada se distingue, no que respeita a organização e condições de trabalho, das clínicas universitárias alemãs. Compõe-se de um serviço fechado para os alienados propriamente ditos; de um serviço aberto para os simples psicopatas, inaugurado recentemente; e de uma consulta externa, deveras concorrida. O Prof. titular Dr. Henri Claude — assistido por um agregado e um luzido estado maior de chefes de clínica e internos — ao todo 9 alienistas para 180 leitos — tem à sua disposição 3 laboratórios — análises clínicas, anatomia-patológica e psico-fisiologia — para os exames semeioticos e investigações de ordem científica.

No mesmo Asilo de Santa Ana funciona desde 1921 um *Dispensário* criado sob a inspiração do Dr. Toulouse, cujo nome está indissolúvelmente ligado ao movimento da *Higiene mental*

em França, de que foi o primeiro e um dos mais entusiásticas propugnadores. Em 1925, por decisão do Conselho geral do departamento do Sena, foi anexado a êste serviço o Pavilhão Magnan e convertido, graças ao generoso concurso de um filantropo — Henri Rousselle — num *Hospital aberto com serviço de assistência social*, que ostenta o nome do seu benemerente doador.

Instalado ao lado da Clínica da Faculdade, a dentro dos muros de Santa Ana, mas com as prerrogativas de um instituto autónomo, o *Hospital H. Rousselle* encontra-se disposto internamente — mobiliário, decoração mural, efeitos de luz — de modo a proporcionar aos doentes, consoante o seu estado, um ambiente euforizante ou sedativo, em todos os casos aprazível e acolhedor e tendente a afastar do seu espírito a sombria imagem do Asilo.

Para fazer uma idea da importância dêste estabelecimento, que visa não só o tratamento mas também a profilaxia das doenças mentais, bastará dizer que além de possuir um serviço de hospitalização livre, com cêrca de 100 leitos, dá quotidianamente consultas de psiquiatria geral e especial para crianças anormais, epilêpticos, toxicomanos, etc.; dispõe de todos os laboratórios que a clínica psiquiátrica a mais exigente poderia desejar; de secções de orientação profissional, psicoterapia, electroterapia e radiologia; e, finalmente, de um serviço de assistência social, no estilo americano, destinado a vigiar o tratamento dos doentes externos e assistir moral e materialmente a sua família. É no seu género um dos estabelecimentos mais interessantes e certamente o mais *raffiné* que o alienista pode visitar, e forma com a Clínica de doenças mentais, que funciona a seu lado, um soberbo dístico psiquiátrico que honra sobremaneira a cidade de Paris.

A profunda transformação que nas últimas décadas se tem operado em Paris, no que respeita à organização da assistência aos psicopatas, verifica-se igualmente, em maior ou menor escala, num grande número de cidades francesas da provincia. Assim, por exemplo, em Lille, o Prof. Raviart conseguiu criar no Asilo departamental de *Esquernes* um magnífico serviço hospitalar para as psicoses agudas e recentes, com Dispensário anexo, que serve de clínica da Faculdade de Medicina. O Dr. Anglade possui uma organização semelhante, embora sem funções docentes, no Asilo de *Castel-Landort*, e serviços desta ordem, mais ou menos desenvolvidos, funcionam em *Toulouse*, *Greno-*



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

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

Efeitos rapidissimos.

Em todas as idades

**: NENHUMA :
INTOLERANCIA**

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

**Não dá dôr
nem reacção**

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

PODE-SE APLICAR EM
GRANDES QUANTIDADES
E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,
nunca imitada.**

METRANODINA SERONO — *Hidrastris canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.*

IPOTENINA SERONO — A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

CARDIOLO SERONO — Extrato fluido bem titulado de estrofanço, noz vomica, cebola albarrã e lobelia. E' um preparado de titulo constante.

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

UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados.

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

PEPTOPANCRE — **OVAR** — **ORCHIT** — **SURREN** — **TIROID** —
REN — **IPOFIS** — **LIEN** — **EPAT** — **MAST** — **BILE** —

(pituitaria)

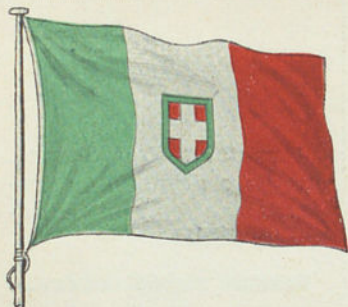
(baço)

(mamaria)

ASI SERONO

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.



Arseniato de Ferro Solúvel Zambelletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado electro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico
Alimentar

Gotas — Injecções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

Iodosan Zambelletti

(IODO SOLÚVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 0/0 de iodo metaloídico colóide, separável, por diluição com água comum ou por contacto com secreções orgânicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

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

PARA

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

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

Lavagens dos ouvidos e do nariz.

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

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

FRASCOS CONTA-GOTAS

RECONSTITUINTE TÔNICO DEPURATIVO

Iodarsone Zambelletti

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

Dotado de acção displástica, trófica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfoarseniaca.

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

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

Ótimo sabor, sem vinho e admirável para crianças.

AMOSTRAS:

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno- Bromo- Tónicas Zambelletti

(INJECCÕES)

FOSFOL--ARSENIATO
DE FERRO
BROMO --VALERIANICO

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

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

ble, Agen, Quimper e Saint-Ló. De um modo geral, pode dizer-se que se acentua cada vez mais em França, a tendência a diferenciar, no corpo dos grandes asilos departamentais, pequenos serviços de hospitalização, de regime aberto ou mixto, no género das clínicas universitárias alemãs.

São também consideráveis os progressos realizados no sentido da assistência extra-mural dos alienados, pelo sistema do *placement familial*, que consiste em confiar os alienados lucidos e trabalhadores aos cuidados de uma família aldeã.

É sobretudo aos esforços e à ardente propaganda do Dr. Marie do Asilo de Ville Juif, que se deve a implantação em França d'este sistema, originário da Bélgica onde é largamente empregado há mais de um século na região de Gheel. Atualmente existem, que eu saiba, na província francesa, três centros de colonização rústica de alienados: *Dun-sur-Auron* (1892), *Ainay le Chateau* (1900) e *Lurcy-Lévy*, especialmente destinado a receber os doentes dos asilos parisienses.

Merecem também uma elogiosa referência as Associações beneficentes de *Patronato familiar e post-asilar* dos alienados, que existem em França há muitos anos, e podem de certo modo ser consideradas como uma feliz antecipação dos serviços sociais de psiquiatria, importados dos Estados Unidos da América. Uma dessas Associações, fundada em 1905 pelos cuidados de M.^e Marie, possui e sustenta em Paris, uma pequena casa destinada a alojar os doentes necessitados que saem dos asilos da capital, emquanto se lhes não proporciona uma ocupação ou modo de vida.

Os asilos franceses na sua maior parte de remota fundação não são, pelo geral, dos melhores da Europa, se bem que mesmo os mais modestos possam hombrear com o que há de melhor entre nós (Conde de Ferreira).

Todavia não podemos deixar de admirar o formidável esforço que o Estado, departamentos e comunas fazem pela assistência aos psicopatas.

Só a cidade de Paris e o departamento do Sena, cuja população não excede a do nosso continente e ilhas, sustenta 5 asilos: *S.^{te} Anne, Bicêtre, Ville-Juif, Maison Blanche e Ville-Evrard* — não falando na *Casa Municipal de Charenton*; e hospitaliza nos seus estabelecimentos e nos asilos da província cerca de 16.000 alienados!

Ao passo que entre nós existe apenas um Manicómio do Estado para os alienados indigentes de todos os distritos do país, em França, como regra geral, cada departamento possui o seu asilo privativo, de modo que a assistência aos alienados que necessitam internamento encontra-se assegurada em todo o território da República.

Entre os asilos departamentais sobresaem tanto pela novidade das instalações como pela sua organização, o *Asilo alsaciano de Roufach*, edificado durante a ocupação alemã (1906-909) e o do *Loiret*, recentemente construído sob a inspiração e os planos do Dr. Raynaud, em Fleury-les-Aubrais a 7 quilómetros de Orleans.

Pela primeira vez em França se pôs de parte a tradicional designação de Asilo de alienados, para dar a êste novo estabelecimento o nome de *Estabelecimento Psicoterápico*, que muito embora não seja o mais adequado — Psicoterapia significa estritamente o tratamento pelos meios psíquicos — marca todavia de uma maneira eloqüente o intento que animou os seus fundadores — dar à assistência uma feição acentuadamente terapêutica e dissipar no espírito público o sentimento de desconfiança que a tradição dos asilos ainda hoje lhe inspira.

Construído, como todos os hospitais modernos, pelo sistema de pavilhões, compõe-se êste estabelecimento verdadeiramente modular, além dos serviços gerais, de um certo número de «formações» ou unidades de assistência, a saber:

1) Um serviço de observação e vigilância (*Hospital psiquiátrico*), para os casos recém-chegados e para as formas psicóticas agudas;

2) Uma *Secção asilar* para os crónicos inválidos, caquéticos ou valetudinários necessitados de cuidados de enfermagem permanente;

3) Uma *Colónia agrícola*, com vastos terrenos anexos, para os crónicos válidos e trabalhadores;

4) Uma *vila* para pensionistas.

5) Um *serviço especial para creanças anormais* (três pavilhões).

6) Um *serviço aberto* para os simples nevropatas, lúcidos e sociáveis — fobicos, obsessivos, anciosos, submelancólicos, psicastênicos.

Em vez de constituir um *todo indivisível* onde os alineados se

encontram reünidos sem outra discriminação que não seja a de agitados, semi-agitados, tranqüilos e imundos, o estabelecimento psicoterápico de Fleury-les-Aubrais, pode ser considerado como um complexo sistematizado de órgãos relativamente independentes, adaptados cada um á sua função, embora subordinados a uma direcção comum.

Tem sala de festas e uma escola para os filhos dos empregados. A maior parte dos doentes ocupam-se nos serviços internos, indústrias domésticas e trabalhos agrícolas; e graças à situação do estabelecimento, à disposição e decoração interior dos seus pavilhões — de construção ligeira e graciosa — e aos jardins e relvados que os rodeiam, o internado encontra em tôda a parte um ambiente alegre e aprazível.

BÈLGICA

A feição caracterísca da assistência psiquiátrica neste país, é a que resulta do enorme desenvolvimento da assistência familiar, que na Bèlgica tradicionalmente se pratica confiando os psicopatas crónicos e trabalhadores, mediante uma pequena renumeração, aos cuidados de famílias aldeãs, em determinados logares que em breve se converteram em verdadeiros centros de colonização rústica dos alienados.

O mais antigo dêste centros é o de *Gheel*, onde esta prática conta já mais de um século de existência, de sorte que a população está sobremaneira habituada a receber confiadamente os alienados e a conviver com êles. Para dar uma idéa da sua importância, bastará dizer que em 1920 havia em *Gheel* 1500 alienados, vivendo em família com os habitantes e participando nas suas lides.

A inspecção e o «controle» da assistência familiar é assegurada pelo corpo clínico e pessoal de enfermagem de um pequeno estabelecimento asilar, situado nas proximidades, e onde são enviados os colonos que, transitòriamente, necessitam de internamento. Os resultados alcançados em *Gheel* levaram a administração da assistência publica, a estabelecer um outro centro de colonização em *Lierneux*.

Na verdade êste sistema oferece consideráveis vantagens, tanto sob o ponto de vista económico como sob o ponto de vista

médico e social. O seu funcionamento exige, porém, condições tais que, infelizmente, o tornam, por enquanto, pouco praticável entre nós.

SUISSA

Se os Asilos suíços não primam pela excelência das suas instalações, demasiado antiquadas — o de Zurich (*Burgholzli*) data de 1870, o de Lauzane (*Cery*) de 1873 e o de Geneve (*Belle-Vue*) de 1876 — todos êles se recomendam e podem ser tomados como modelo no que respeita à organização interior.

O Asilo de *Cery* e o de *Will*, no cantão de S.^{te} Gall, distinguem-se sobretudo pela forma metódica e perfeita como neles se encontra realizado um dos principais «desiderata» da moderna assistência manicomial — a ocupação do alienado num trabalho útil e regular. Ambos dispõem de vastas herdades onde os doentes se ocupam nas fainas agrícolas; e o segundo possui mesmo um «alpe» na alta montanha, para onde são destacados, na estação própria, piquetes de trabalhadores. Além disso cada divisão, salvo os serviços propriamente clinicos, tem salas de trabalho anexas, onde uma boa parte dos doentes se entrega ao exercício de pequenas indústrias caseiras, manufacturando artefactos destinados ao estabelecimento ou facilmente vendáveis. Dotados à larga de terrenos de cultura e intensamente industrializados, êstes estabelecimentos conseguem proporcionar uma ocupação regular a cerca de 86 % do total dos internados.

O pequeno asilo de *Mallevoz-Monthey*, do cantão de Valais, de construção mais recente e em pavilhões separados, oferece ainda hoje ao visitante o aspecto alegre e saudável de um sanatório privado, que foi o seu primeiro destino.

Não existe na pequena república Valaisiana, lei especial sobre os alienados; e o director do estabelecimento, o nosso ilustre collega Dr. Repond, exerce livremente a sua iniciativa e as suas atribuições, dentro das latitudinárias disposições do regulamento interno da casa. O regime do Asilo é mixto — e os doentes são admitidos com um mínimo de formalidades, como em qualquer hospital geral. Os casos agudos e os doentes difíceis sob o ponto de vista do seu *rapport* social, são mantidos nas salas de observação e vigilância (2 a 6 leitos). Os crónicos sociáveis e os convalescentes gosam de uma ampla liberdade. Ante estes doentes

a atitude do médico-director é, para empregar os seus próprios termos, a de um gerente de um grande hotel que a todo o momento se esforça por tornar o mais agradável possível aos hóspedes, a estância no seu estabelecimento.

O Asilo de *Burgholzli*, situado no arrabalde de Zurich, serve de clínica à Faculdade de Medicina e é hoje um dos centros de estudos psiquiátricos mais afamados na Europa. Não contém mais de 400 a 420 internados, e a sua pequena capacidade aliada à sua organização interna — e ainda à circunstância de receber quasi exclusivamente as formas psicóticas agudas, imprimem-lhe as feições características de um verdadeiro hospital psiquiátrico. O número dos doentes curados ou melhorados orça por 60 % das admissões.

Além do Asilo de *Burgholzli*, existem em Zurich um Dispensário, com a designação germânica de *Policlínica Psiquiátrica*, e um serviço especial para crianças psicopatas — *Kinder Station* — dependentes igualmente da Universidade. A *Policlínica*, fundada em 1913 no centro da cidade, é dirigida pelo Prof. extraordinário de Psiquiatria, com a cooperação de assistentes oficiais e voluntários, e dedica-se especialmente à consulta e *tratamento ambulante* dos doentes affectados de perturbações neuro-psicopáticas ligeiras, ou mesmo relativamente graves, mas que todavia podem continuar a viver em sociedade.

Além da sua valiosa acção nos domínios da terapêutica e prevenção das doenças mentais, a *Policlínica Psiquiátrica* de Zurich é um instrumento docente de primeira ordem. Frequentada por um grande número de doentes — cêrca de 5.000 consultas em 1925 — oferece aos alunos ou aos médicos diplomados que desejem especializar-se, a possibilidade de observarem, em pouco tempo, uma enorme variedade de casos que ordinariamente se não encontram dentro dos asilos, e de se treinarem rapidamente nas diversas técnicas psico-terapêuticas.

INGLATERRA

Na Gran-Bretanha, a assistência aos alienados teve sempre características especiais, onde de certo modo se reflecte a mentalidade britânica e o tradicional respeito do povo ingles pela liberdade individual.

Por um lado, foram os inglêses os primeiros a abolir nos asilos o uso dos meios mecânicos repressivos e de contensão — *no restraint* — e isto há mais de três quartos de século, em seguida à campanha do alienista Conolley que, para dar o exemplo, os proscreevou do estabelecimento de Hanwell, em 21 de Setembro de 1839, data memorável na história da psiquiatria. Por outro lado, muito embora a assistência aos alienados se faça como no continente, em estabelecimentos «fechados», certo é que os asilos inglêses sempre se distinguiram dos continentais pela maior liberdade de acção que gosam dentro dêles a maioria dos internados, e que para alguns vai até ao ponto de lhe serem livremente franqueadas durante o dia as portas do estabelecimento — *Open-door*. É curioso vêr como nestas duas formulas se reflecte o tradicional respeito do povo ingles pelas liberdades individuais.

Todavia e apesar dos Asilos britânicos funcionarem, na sua generalidade, nas mais satisfatórias condições no que diz respeito à instalação, alimentação, assistência médica e enfermagem, também na Inglaterra se veio a reconhecer que êles não estão aptos a satisfazer todos os objectivos da moderna assistência psiquiátrica; já porque o sistema asilar não é o mais adequado ao tratamento das formas psicóticas curáveis e de curta evolução; já e ainda porque o desconceito dêsses estabelecimentos na opinião pública e o descrédito social que recai sôbre os individuos que por êles passam, tendem a afastar da sua esfera de acção, os doentes affectados de perturbações mentais ligeiras (neuro-psicoses) ou de psicoses no estado incipiente, isto é justamente aqueles que mais deveriam beneficiar de um tratamento adequado. A experiência mostra, com efeito, que de um modo geral o prognóstico das psicoses é tanto mais favorável quando mais precoce é a intervenção do médico psiquiatra.

Estes e outros problemas conexos decorrentes dos incessantes progressos da psiquiatria e da orientação eminentemente social da moderna assistência psiquiátrica, têm sido largamente debatidos em Inglaterra nos últimos anos, quer pela comissão official de vigilância dos Asilos, quer no seio das numerosas associações — *Comittee for Mental Hygiene, After care Association* — que se interessam pela sorte dos alienados. Os votos formulados no termo dessas interessantes discussões foram essencialmente os seguintes: pedir a revisão da lei que regula a admissão dos alie-

nados nos antigos asilos, num sentido mais liberal e reclamar a criação de serviços abertos, anexos aos actuais estabelecimentos, onde os doentes affectados de psicoses agudas ou no estado incipiente possam ser prontamente socorridos com dispensa do processo legal de internamento.

Conforme as tradições e hábitos sociais da velha Inglaterra, a iniciativa privada tomou sôbre si a primeira realização de tais aspirações.

Um alienista eminente, o Dr. Henry Maudsley, doou ao London Country Concil a bonita soma de 30.000 £ para a fundação de um hospital especialmente consagrado ao estudo e tratamento das psicoses no estado incipiente e curáveis. Iniciado em 1912, o *Hospital Maudsley* funcionou durante a guerra, sob a direcção do War Office, como centro neurológico, até que em 1922 e acrescida a doação inicial com um legado testamentário de 10.000 £, foi restituído às funções que lhe tinha assinalado o seu liberal fundador.

Compõe-se êste pequeno Hospital psiquiátrico de um Dispensário (consulta externa), de um serviço hospitalar com 160 leitos e de laboratórios magnificamente dotados, tanto para análises clínicas como para a investigação. A admissão é livre — regime aberto — e as pensões são proporcionadas aos recursos ou às posses dos doentes. Visa sobretudo, como já dissemos, as doenças mentais e psico-nevroses recentes que como tais oferecem maiores probabilidades de cura, e os cursos que nele se professam, destinados aos médicos postulantes do diploma de «Psychological Medicine», são reconhecidos oficialmente pela Universidade de Londres.

Por sua vez o parlamento britânico, desejoso de satisfazer as reclamações dos meios competentes, votou recentemente uma lei — Mental Treatment Bill — que permite o ingresso nos Asilos, sem formalidades de internamento, aos indivíduos affectados recentemente de perturbações psíquicas, sob a condição de lhes ser dada a alta no período de 24 horas, immediato à recuperação da capacidade mental. Para esta nova classe de doentes têm sido instalados dispensários e serviços especiais abertos num grande número de Asilos e Hospitais citadinos.

(Continúa).

(Serviço do Prof. Pulido Valente)

ESTUDO DO METABOLISMO BASAL EM ALGUNS CASOS DE BASEDOW

(Continuação)

POR

MÁRIO ROSA

(Assistente de Clínica Médica)

No artigo anterior escrevemos que Grafe não apontava um único caso averiguado de doença de Basedow em que se não verificasse um aumento do metabolismo. Todavia sabemos bem que alguns autores haviam apresentado casos desta doença sem hipermetabolismo. Na verdade, em determinações do M. B. tem-se obtido resultados dentro dos limites normais, não bastando no entanto tais resultados para afirmar que não há hipermetabolismo.

Como diz Moller (1), no seu recente estudo sobre o M. B. nas doenças da glândula tiroideia: «We cannot however conclude that the basal metabolism in these patients is not increased because we do not know how high it was before they acquired Graves disease. If it was then 90 % there would be an increase

(1) *Clinical investigations into the basal metabolism in diseases of the thyroid gland.* Acta médica scandinávica. Sup. XXI.

Vacina antipioigenica polivalente Bruschetini

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

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

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

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

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

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

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

É garantida a sua inocuidade.

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

Polivacina antipioigenica Bruschetini

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

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

Sôro-vacina Bruschetini

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

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

Vacina curativa Bruschetini

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

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

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetini

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

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

Vacina antigonococica Bruschetini

(Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

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

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de germens (piogenios), que costumam acompanhar o gonococo. Metodo Prof. Bruschetini.

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

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

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

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

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

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

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

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

Tambem temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Soro pneumo-diférico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

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

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

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

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampôla de 2 cc de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

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

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

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

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — Como curativa: uma injeccão subcutanea de dois em dois dias, começando por $\frac{1}{2}$ cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

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

Atosferin "Ibys"

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

Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha tambem a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

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

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

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

Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidifiterico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

of 10 0/0 to 20 0/0, which is more important than one would expect *a priori*.

Na sua estatística de 70 casos, em 63 o M. B. era superior a 110 0/0. Nos restantes 7 o metabolismo estava abaixo de 110 0/0, sendo o número ínfimo 99 0/0.

Eis a classificação dos casos:

Metabolismo basal (0/0)										
90- 100	100- 110	110- 120	120- 130	130- 140	140- 150	150- 160	160- 170	170- 180	180- 190	190- 200
1	6	6	12	9	16	7	5	3	4	1
1 0/0	9 0/0	9 0/0	17 0/0	13 0/0	23 0/0	10 0/0	7 0/0	4 0/0	6 0/0	1 0/0

Há, pois, uma percentagem de 10 0/0 com metabolismo normal.

Para a compreensão destes resultados, devemos informar que este autor adopta uma notação, talvez mais racional, diferente da habitualmente seguida e em uso neste Serviço. Em vez de acharmos a percentagem da diferença entre o valor obtido e o do indivíduo normal do mesmo sexo e da mesma idade, os resultados são expressos pela percentagem do valor obtido relativamente ao valor normal, tomado como 100.

Para isso basta, é claro, multiplicar o resultado por 100 e dividir pelo valor normal correspondente. Os resultados normais são compreendidos entre 90 0/0 e 110 0/0, correspondendo na notação antiga a -10 0/0 e +10 0/0.

O caso de Basedow que vamos apresentar pertence ao número daqueles em que não há hipermetabolismo.

HISTÓRIA CLÍNICA

L. R., Enf. M. 2 B. Cama 27. 24 anos. Solteira. Doméstica. Entrada a 7-VI-1927.

Vem sofrendo desde há cêrca de um ano. Canseira. Muitos calores. Suores abundantes. Securas. O coração bate apressadamente. Tremor das mãos. Agitação interna, por vezes tendo a impressão que todo o interior treme.

Conserva o apetite.

Não tem emmagrecido.

Em Março disseram-lhe que tinha o pescoço mais grosso, notando-se uma saliência à frente, e que o olhar era diferente, parecendo que tinha os olhos mais saídos.

Nunca esteve doente.
 Estado de nutrição bom.
 Ligeiramente febril (alguns décimos).
 Pele quente e húmida.
Sinais oculares:
 Exoftalmo +
 Dalrymple +
 Graefe +
 Moebius —
 Stellwag —
 Joffroy + (muito nítido).
 Corpo tiroideo volumoso, conservando a sua configuração.
 Eretismo cardíaco.
 Taquicardia (140 pulsações por minuto).
 Pêso de entrada — 46.500 gr.
 Pêso de saída — 48.900 gr.

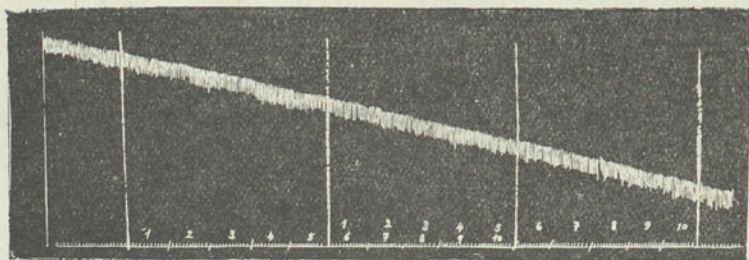


Fig. 1

Determinação do M. B.:

A curva da respiração dá-nos um consumo de oxigénio de 200 c. c. por minuto. Assim, no primeiro tempo (10 minutos), a diferença dos volumes de oxigénio foi de 2 litros (4,400 — 2,400), e no segundo o resultado foi precisamente o mesmo (3,400 — 1,400).

Tanto nesta determinação, como em duas outras, obtivemos resultados dentro dos limites normais.

M. B. = 1.º — 3 0/0; 2.º — 7 0/0; 3.º + 3 0/0 ou = 1.º) 97 0/0; 2.º) 93 0/0; 3.º) 103 0/0.

ANÁLISES

Urina — Nada de anormal.

Sangue — R = 85 0/0. V = 0,83. Glóbulos rubros, 5.120:000. Glóbulos brancos, 8200. Neutrófilos, 56,5. Eosinófilos, 4. Basófilos, 0. Fórmulas de transição, 7. Grandes mononucleares, 0. Linfócitos, 32,5.

Suco gástrico (refeição de Ewald).

Ácido clorídrico livre, 2.

Acidez total, 7.

Prova da glicemia alimentar:

Injeção de 100 gramas de glicose em 300 c. c. de água.

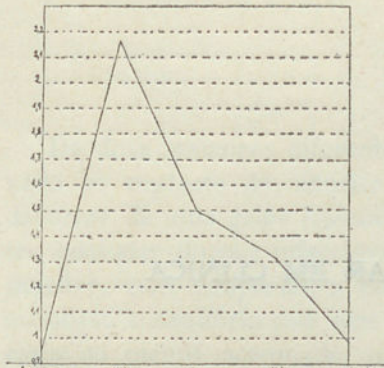


Fig. 2

Doseamento de açúcar no sangue em jejum, $1/2-1-1 1/2-2$ horas após a ingestão.

Os doseamentos foram feitos pelo método de Hagedorn, em prática no nosso Laboratório desde há meses.

Os valores normais médios obtidos por Holsti são 1) em jejum $1 0/00$; 2) $1/2$ hora $1,4 0/00$; 3) 1 hora $1,1 0/00$; 4) $1 1/2$ horas $1 0/00$; 5) 2 horas $0,9 0/00$.

No nosso caso obtivemos, como mostra o gráfico, respectivamente os seguintes resultados: $0,94-2,16-1,51-1,33-0,99$.

Houve, pois, uma forte reacção glicêmica.

Por lapso não foi pesquisado o açúcar na urina.

Como vemos, a história clínica e as provas laboratoriais conduzem ao diagnóstico de doença de Basedow.

Eis pois um caso averiguado desta doença, sem hipermetabolismo. Ao fazermos a história desta doente estranhámos que ela não acusasse uma perda de pêso; ao contrário, lhe parecia, que estava mais nutrida.

A determinação do M. B. dá-nos um valor normal e a curva do pêso durante a estada na enfermaria (23 dias) mostra-nos um aumento de mais de dois quilos.

Queremos chamar a atenção para a existência da aquilia.

Parece não haver relação entre a aquilia e a diarreia, fenómeno que acompanha também a doença; a diarreia é gastrogénea, isto é, secundária à aquilia, ou ambos os fenómenos são devidos à mesma causa (tóxica ou nervosa)?

Moller verificou que a aquilia era comparativamente mais frequente nos doentes que sofriam de diarreia do que nos outros.

Mas não faltam casos de diarreia com normoquilia e de aquilia sem diarreia, como acontece no caso que apresentamos.

A SINUSITE MAXILAR EM CLINICA

POR

ABEL ALVES

A sinusite maxilar é uma doença muito menos vulgar do que se supõe. As estatísticas de Harkes, Grünwald e Killian mencionam aproximadamente uma sinusite maxilar em cada seis indivíduos. Nada menos do que 16 % de toda a humanidade sofreria de sinusite maxilar! Mas não é assim. Estas estatísticas, feitas nas salas de autópsia, devem estar influenciadas por qualquer factor que a nós, neste estudo clínico, não nos interessa esclarecer. Os nossos números são bem menores. Duas estatísticas tínhamos para consultar: a da nossa clínica particular, sobre 4.000 doentes, onde encontrámos 37 sinusites maxilares, seja 0,92 %; e a do Dr. Carlos de Melo (*Dois anos de oto-rino-laringologia*, Lisboa, 1916) sobre 1.528 doentes, onde encontrámos 15 sinusites maxilares, seja 0,98 %. Estes números estão, como se vê, muito longe dos mencionados acima e são bastante concordes.

Pode-se alegar, com razão, que não procurávamos sistemáticamente a sinusite maxilar, de modo que bastantes sinusites — e de algumas sabemos nós — tenham escapado ao nosso diagnóstico. Contudo, esta causa de erro não nos poderia de modo algum levar aos mesmos números das estatísticas em cadáveres. Num outro pequeno trabalho que temos em preparação sobre o assunto e em

que a sinusite maxilar foi sistematicamente procurada, trabalho estatístico que desejaríamos também aqui poder citar, mas que dificuldades independentes da nossa vontade não nos permitiram terminar, ver-se há a razão do que afirmamos: a estatística do vivo é absolutamente diferente da do cadáver.

De duas maneiras diferentes, por via de regra, é o médico levado ao contacto da sinusite maxilar: ou é um doente que no decorrer de uma gripe (também o mesmo pode suceder com outra qualquer doença infecciosa) tem súbitamente dores na região maxilar, com temperatura elevada; ou então é um doente que no nosso consultório nos vem dizer que tem uma supuração nasal mais ou menos acentuada, mais ou menos fétida. No primeiro caso, estamos em presença de uma sinusite maxilar aguda; no segundo, de uma sinusite maxilar crónica. É necessário esclarecer que em muitos, mesmo em muitíssimos casos, o primeiro período — dores e temperatura — é tão ligeiro, ou não existe, que o doente deixa instalar em si uma sinusite maxilar sem quasi dar por ela, e bastantes vezes nos encontramos em face de doença com muitas semanas, meses e até dezenas de anos, que, se não fôra um incidente qualquer, não teria ido ao conhecimento do doente e do médico.

As sinusites traumáticas fogem a esta evolução. A sua história é outra, evidentemente. São, porém, tão raras, que nunca tivemos ocasião de observar nenhuma na nossa clínica.

Tôdas as outras: dentárias, provindo de cavidades vizinhas infectadas (seio frontal as mais das vezes), secundárias a doenças gerais, consecutivas a lavagens, doenças nasais, etc., estão dentro e apresentam-se-nos sempre por uma ou por outra das modalidades que enunciámos primeiramente.

Em face de uma suspeita de sinusite maxilar, e para firmar o seu diagnóstico e, conseqüentemente, fazer o tratamento do seu doente, o médico tem uma única via a seguir: executar a punção do seio suspeito. Preferimos a punção de Lichtwitz a qualquer outra. É a punção o único e absoluto meio de diagnóstico da sinusite maxilar. A transiluminação do seio não é mais do que uma

chinesice, desculpem-me o termo, que aconselhamos todo o clínico a banir. A radiografia é um meio muito mais seguro, porque nos diz o estado dos restantes seios da face. Quási sistemáticamente exigimos dos nossos doentes uma radiografia, não para averiguar do estado do seio suspeito, mas sim para saber dos outros. Achamos preferível, para este estudo de conjunto, a radiografia em que o nariz e o mento ficam encostados à chapa e em que os raios verticais partidos da ampola se venham projectar uns 10 cm. à frente do nariz. A imagem obtida é de uma nitidez perfeita e as cavidades dos seios não sofrem nas suas imagens com a projecção de ossos que prejudiquem o exame.

Diagnosticada a sinusite maxilar, vejamos qual é o caminho a seguir. Passado o período agudo de começo, em que predominam os sintomas dor e temperatura elevada, quando haja, em que o tratamento — como de resto em tôdas as afecções agudas otorino-laringológicas — se resume a aplicações quentes locais, purgante e suadouro, além das inalações de vapores balsâmicos, para este caso especial, desde portanto em que o sinal supuração aparece, o tratamento é único. Este tratamento, que em absoluto domina a sinusite maxilar, e as mais das vezes a cura — 66% na nossa estatística — é a lavagem. Mas lavagem por onde e com quê? Para nós a lavagem deve sempre fazer-se pelo meato inferior (punção), com a agulha de Lichtwitz. Sabemos que para alguns autores a lavagem é facilíma de fazer pelo ostium do seio no meato médio (cateterismo do seio), sem ser necessário recorrer à punção, como nós preconizamos. Garel, por exemplo, afirma-a possível, sem dificuldades de maior, em 60%. A-pesar destas facilidades, achamos preferível a punção de Lichtwitz, com a fina agulha pelo meato inferior, que, quando executada com técnica boa, é indolor. Nunca tivemos uma contrariedade e de alguns colegas que a usam sistemáticamente temos as mesmas referências.

Da mesma forma que consideramos único este tratamento da lavagem, também consideramos único o líquido a empregar: a água fervida. Muitos e variados são os líquidos entre nós em-

pregados e de quasi todos (para não dizer de todos, não nos tivesse escapado algum), fizemos uso, sem resultado melhor do que o obtido com a água fervida e hélas! tantas vezes inferior. Existe, contudo, um soluto que supomos ter sido o primeiro a empregar em Lisboa (desculpem a vaidade se alguém o empregou antes de nós), e com o qual obtivemos os mesmos bons resultados que com a água fervida. É o soluto de Rivanol a 1^o/100.

Trazido para Lisboa por Amândio Pinto, que sobre êle publicou — *Algumas considerações acêrca da drenagem em cirurgia*, Sociedade de Ciências Médicas, 1923 — usado desde há anos na 1.^a Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar (Serviço do Prof. Fr. Gentil), chamou-nos a atenção a sua não irritabilidade sobre os tecidos para o usarmos no tratamento da sinusite maxilar, visto que o mal que achávamos nos solutos antisépticos vulgarmente usados no dito tratamento, provinha, a nosso ver, da irritação que produziam sobre a já alterada mucosa do seio. Os factos deram-nos razão e hoje servimo-nos, com ótimos resultados, quer da água fervida, quer do soluto de Rivanol.

E, coisa curiosa a aumentar êste dogma terapêutico (desculpe-se a heresia, porque se há ciência onde o dogma não é permitido é a ciência médica e muito menos no seu ramo terapêutico), êste processo de cura consideramo-lo infalível.

Cremos firmemente que não há sinusite maxilar que lhe resista, por maiores que sejam as alterações da mucosa do seio e por mais virulento que seja o micro-organismo. É tudo questão de quantidade, dentro das qualidades referidas.

Não se vá pensar que, pelo facto de em nossa opinião tôda e qualquer sinusite maxilar se poder curar com lavagens, nós usemos só êste processo terapêutico e que assim aconselhamos que se faça. Não. Nós fazemos sistematicamente as lavagens, mas se o seio doente, ao fim de 12 ou 15 lavagens, não mostra tendências nítidas para a cura, aconselhamos a operação (cura radical).

Os processos operatórios para a cura da sinusite maxilar são basilarmente os mesmos: abrir no esqueleto da face um orifício por onde se possa observar o interior do seio e possivelmente executar uma extirpação da mucosa, e após deixar drenado largamente o seio para a fossa nasal.

Três processos cirúrgicos dividem neste momento as opiniões do rinologistas: Caldwell-Luc, Denker, Canfield. Somos absolu-

tamente pelo primeiro. Muito elegante, de resultados comprovadamente ótimos e muito menos traumatizante que os outros dois. A sua técnica é de todos conhecida.

Como anestesia, sempre a anestesia local e regional. Novocaína a $\frac{1}{2}$ por cento. Bastante adrenalina. Há 11 anos que operamos, nunca usámos outra. Nem uma só sinusite maxilar operámos que não fôsse por anestesia local.

O prognóstico da doença e da intervenção, são o mais benignos possível. Não conhecemos um caso fatal. Todos os nossos doentes se curaram.

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA, ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM
em combinação nucleínica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsínica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CRÓNICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO

FRACQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES
LIQUIDO
AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^ª — MÁLAGA

Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^ª

Rua Nova da Trindade, 9-1.^ª

LISBOA

TERAPEUTICA DA SIFILIS

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



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

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

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

NOTAS CLINICAS

SÓBRE TRANSFUSÃO DO SANGUE

A transfusão de sangue é hoje um método terapêutico largamente espalhado, em medicina e em cirurgia, e são já muito numerosos os processos indicados para a realizar. Pelas condições de urgência que muitas vezes a impõem, a transfusão deve ser acessível a qualquer clínico e por isso mesmo se deve poder praticar com um material simples e robusto, fácil de encontrar no mercado, não exigindo manobra de difícil execução e que não cause ao receptor ou ao dador incômodo algum, permitindo que a mesma veia do dador possa ser repetidas vezes utilizada.

Por razões de simplicidade também a transfusão deve poder ser executada por uma só pessoa, dispensando auxiliar, e por razões de ordem psicológica, por vezes muito para atender, têm a colheita de sangue e a transfusão de se realizar em quartos separados quando, por exemplo, queremos ocultar ao receptor a natureza do tratamento que se lhe vai aplicar.

Estamos de há muito convencidos da inocuidade da adição de citrato de sódio ao sangue e as centenas de casos em que na 1.^a Clínica Cirúrgica se tem empregado o soluto concentrado de citrato de sódio (30%) em injeções intra-venosas para combater estados hemorrágicos, mais nos incitam a empregar nas nossas transfusões o sangue citratado.

Os processos que empregam o sangue não adicionado de qualquer anticoagulante não obedecem às condições que enunciámos como indispensáveis nas transfusões. Ainda que o processo que utilizamos nada tenha de original, decidimos referi-lo nas páginas da *Lisboa Médica*, jornal de larga difusão pelas nossas províncias, pois com êle temos obtido os melhores resultados, depois de experiências sucessivas, feitas com diferentes aparelhos.

É escusado dizer que *sempre* executamos a prova de Beth-Vincent para a determinação dos grupos sangüíneos (vide *Lisboa Médica*, ano I, out.^o 1924, pág. 534), prova esta de grande segurança, e também da maior simplicidade.

Uma vez verificada a compatibilidade do sêro do dador com os glóbulos do receptor, procede-se à transfusão.

Material e esterilização. — Uma cápsula de ferro esmaltado ou louça, de capacidade superior a 500 centímetros cúbicos, ou um copo graduado das mesmas dimensões. Uma vareta fina, de vidro.

Uma seringa de 2 cent. cúbicos com agulha fina (é ótima a seringa de Fischer, usualmente empregada em cirurgia dentária). Uma agulha grossa (calibre 1 mm.) de bisel curto, dando nós a preferência à agulha de Vernes, mas podendo ser utilizada uma das agulhas dos aspiradores de Potain ou Dieulafoy.

Uma torneira de 3 vias, metálica, que se adapte a uma seringa de vidro de 5 centímetros cúbicos, modelo êste fácil de encontrar à venda em qualquer estabelecimento de instrumentos cirúrgicos.

Uma seringa de vidro de 5 ou 10 c. c. Papéis contendo vinte gramas de citrato de sódio.

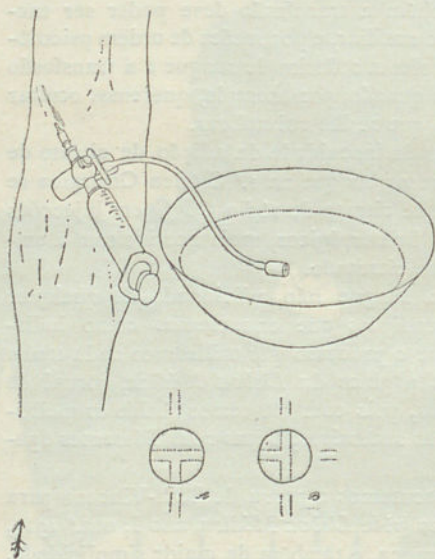
Uma agulha de platina ou níquel das usualmente empregadas para injeções intra-venosas. Um tubo delgado de cauchu (calibre 5-6 mm., comprimento 15 cm.).

Ampolas de 5 c. c. de soluto esterilizado de citrato de sódio a 10 ‰.

Ampolas de 2 c. c. de soluto esterilizado de novocaína a 1 ‰.

Coloca-se em vasilha apropriada a cápsula ou copo graduado, a vareta de vidro, as seringas, as agulhas, a torneira de 3 vias e o tubo de cauchu, cobrindo-se este material com água destilada, à qual se adiciona o citrato de sódio, na proporção de 20:1000 e procede-se à esterilização por ebulição.

Colheita do sangue.—Uma vez escolhido o dador, anestesia-se a pele da região da prega do cotovêlo com algumas gotas de soluto de novocaína e



faz-se a compressão do braço para obter a turgescência das veias. Para este fim servimo-nos habitualmente da braçadeira do aparelho de Pachon, depois de termos determinado qual a pressão máxima e mínima do dador, e conservamos uma pressão levemente superior à tensão mínima. Nestas condições temos a certeza de não dificultar a circulação arterial e oferecemos um obstáculo suficiente à circulação venosa superficial. É evidente que, na falta do esfigmomanômetro de Pachon, um simples laço convenientemente apertado dá resultado semelhante.

Colocamos dentro da cápsula uma quantidade de citrato de sódio contido nas ampolas,

proporcional à quantidade de sangue que nos propomos recolher, na razão de 10 c. c. do soluto de citrato de sódio a 10 ‰ para cada 250 gramas de sangue.

Puncionamos uma veia da prega do cotovêlo com a agulha de Vernes ou semelhante e imediatamente o sangue corre em jacto contínuo, sendo recolhido na cápsula. A vareta de vidro serve para misturar o sangue com o soluto de citrato de sódio. Quando tivermos recolhido a quantidade de sangue necessária, esvaziamos de ar a braçadeira do esfigmomanômetro e retiramos a agulha.

Nunca observámos a coagulação do sangue assim recolhido, mesmo fazendo a transfusão muito lentamente, regra que é de rigor observar.

Transfusão.—Coloca-se o tubo delgado de cauchu no tubo lateral da torneira de 3 vias e no outro extremo adapta-se um canhão metálico dos que

servem para ligar as agulhas às seringas, para que essa extremidade do tubo mergulhe sempre dentro da cápsula que contém o sangue.

A mesma torneira se adaptam a agulha de platina e a seringa de 5 ou 10 centímetros cúbicos.

Crava-se a agulha na veia do receptor, como se se tratasse de fazer uma simples injeção intravenosa, coloca-se a torneira na posição I para encher a seringa do sangue a transfusar e injecta-se lentamente, depois de ter colocado a torneira na posição II, movimentos estes que se repetem até se ter injectado a dose total do sangue recolhido.

Há inconveniente em injectar muito rapidamente o sangue, sobretudo se o doente está em anemia profunda com grande taquicardia; por isso recomendamos o uso de seringa de pequena capacidade (5-10 c. c.), o que exige, é claro, maior número de manobras, mas por isso mesmo torna a transfusão mais lenta.

No intuito de dar maior fixidez à torneira de 3 vias e evitar que a agulha saia da veia do receptor, mandámos adaptar a essa torneira uma pequena lâmina metálica, levemente curva, que repousa sobre a face anterior do antebraço, à qual se pode fixar com adesivo.

Um outro processo simples de obter o mesmo fim consiste em interpor entre a torneira e a agulha um pequeno tubo de cauchu, bastante flexível; desta forma os movimentos involuntários que se imprimem à torneira transmitem-se muito atenuados ao pavilhão da agulha.

VASCO PALMEIRIM.

Revista dos Jornais de Medicina

A dieta hepática de Minot-Murphy na anemia addisoniana. (*Minot-Murphy liver diet in addisonian anaemia*), por ANDERSON e SPRIGS. — *The Lancet*. 5 de Nov. de 1927.

Tão rebelde é a anemia da doença de Addison que qualquer tratamento de molde a modificá-la é para merecer consideração.

O método que Minot e Murphy descreveram na América para o tratamento da anemia perniciosa, e que tão bons resultados tem dado, foi experimentado pelos AA. na anemia da doença de Addison.

Os AA. publicam dois casos com bons resultados.

E. COELHO.

Contribuição clinica sobre a intervenção do fígado congestivo na eliminação da água, nos doentes do coração. (*Klinischer Beitrag zur Rolle der Stauungsleber in der Wasserausscheidung Herzkranker*), por HAYNAL. — *Klin. Wochenschrift*. 12 de Março de 1927.

Sabem todos os práticos que, com vários sintomas de descompensação das doenças cardíacas, existe um certo número de doentes com um fígado congestivo, renitente a qualquer medicação.

O A. obteve bons resultados aplicando sanguessugas e ventosas de Bier na região do rebôrdó costal inferior, isto é, nas zonas de Head correspondentes ao fígado. A aplicação das ventosas ou das sanguessugas noutras regiões do corpo não foi seguida de resultado. Conclui, então, o A. que a perda de sangue não desempenha qualquer papel benéfico; mas o que é provável é que, por meio de uma acção reflexa, se produza uma aceleração da corrente sanguínea nas veias hepáticas.

E. COELHO.

Um caso de regressão de arterite crónica obliterante, não diabética, sob a influência da insulina. (*Un cas de régression d'artérite chronique oblitérante non diabétique sous l'influence de l'insuline*), por YACOEI e BOYER. — *Bull. de l'Acad. de Med.* 27 de Março de 1927.

É relatado um caso de claudicação intermitente da perna direita por arterite obliterante, oferecendo um índice oscilométrico de 2,5, enquanto que na perna esquerda este índice era de 7,5. Embora a R. W. fôsse negativa, este doente foi tratado pelos específicos anti-luéticos, depois pelo lipiodol, pelo citrato de sódio e pela diatermia, sempre sem resultado. Como alguns

dermatologistas têm recomendado o emprêgo da insulina no tratamento das úlceras varicosas, os AA. submetem o doente ao tratamento pela insulina, na dose de 15 unidades por dia. Conseguiram uma acção rápida sobre as dores, sobre as perturbações funcionais, tendo provocado um aumento considerável da amplitude das oscilações.

Os AA. presumem que a arterite obliterante seja a consequência de uma perturbação trófica local, de origem endocrínica, podendo ser modificada pela insulina.

E. COELHO.

Doze casos de linfoma tuberculoso tratados com sanocrisina, por J. BERDEGUÉ.— *Arch. de Cardiologia y Hematologia*. N.º 10. 1927.

O A. publicara já, com Pittaluga, dez casos de tuberculose cutânea e ganglionar tratados com sanocrisina.

Ensaíaram agora a sanocrisina em doze casos de linfoma tuberculoso, porque ficaram desde o primeiro trabalho com a impressão de que era nas localizações ganglionares da tuberculose que o novo produto manifestava uma maior acção terapêutica. O A. empregou pequenas doses de sanocrisina. Nunca aplicou injeções de um grama, nem um total do produto superior a a cinco gramas.

O A. publica a história clínica dos seus casos, com os resultados da evolução hematológica, concluindo que os efeitos obtidos no tratamento dos linfomas tuberculosos devem considerar-se, pela experiência dos seus doze casos, e principalmente pelos resultados que em alguns se obtiveram, como os mais importantes que até agora têm proporcionado todos os demais tratamentos médicos.

Supõe o A. que o linfoma tuberculoso típico constitui uma das indicações mais perentórias para o emprêgo da sanocrisina, e talvez a manifestação tuberculosa em que este medicamento actua com mais eficácia e rapidez.

E. COELHO.

A angina de peito nos novos. (*Angina pectoris in young people*), por WHITE e SECLEY.— *The American Heart Journal*. Outubro, 1927.

Os AA. apresentam oito casos de angina de peito em doentes que não tinham atingido ainda os trinta anos.

As suas observações têm um certo interêsse pelo que respeita à etiologia. Em todos os casos dos AA. existia regurgitação aórtica de origem reumática. O apêrto aórtico e o apêrto mitral não são tão constantes.

A relação entre insuficiência aórtica reumática e angina de peito em pessoas jovens foi já apontada por Steel e Levine

O reumatismo cardíaco com regurgitação aórtica, pela diminuição da circulação coronária associada de baixa tensão diastólica ou de arterite coronária ou aórtica, pode ser responsável pelos acessos de angina de peito.

O prognóstico dêstes doentes é bom.

E. COELHO.

Sobre a acção da tiroxina «Schering» nas perturbações endocrínicas. (*Ueber die Wirksamkeit des Schering «Schering», etc.*), por SHITTENHELM e EISLER. — *Klin. Woch.* N.º 41. 1927.

O aumento do metabolismo em pessoas normais, às quais se injecta a tiroxina alemã atinge o valor de + 15 %. Não há aumento de diurese. Num caso de mixoedema climatérico, os AA. injectam 2 mgr. por dia, num total de 12 mgr. e observaram melhoras acentuadas tanto do estado psíquico como somático. Num caso de mixoedema congénito, a dose empregada foi de 22 mgr. em injeção intravenosa. Na hipofunção ligeira da tiroideia observaram os bons efeitos desta tiroxina em pequenas doses (3 mgr.).

E. COELHO.

Portadores de estreptococcus hemolíticos. (*Hemolytic streptococcus carriers*), por KIRBRIDE e WHEEFLER. — *Journ. A. Med. Ass.* 22 de Out. de 1927.

Estudos recentes sobre a etiologia da escarlatina chamaram a atenção dos bacteriologistas sobre o papel dos convalescentes e dos portadores normais de estreptococcus hemolítico como possível fonte da infecção.

Os AA. isolaram estreptococcus hemolíticos em oito doentes com escarlatina, produzindo toxinas, num período de trinta dias a seis meses depois de terminar a doença. E observaram que casos típicos de escarlatina podem aparecer como consequência do contacto com portadores convalescentes ou com portadores normais.

E. COELHO.

O prognóstico e o tratamento da infecção reumática. (*The prognosis and treatment of the rheumatic infection*), por TH. MACKIE. — *The American Heast Journal.* Out. de 1927.

Os AA. concluem, finalmente, após o extenso expositório que:

1—O reumatismo é uma doença crónica e muitas vezes progressiva, caracterizada por períodos alternantes de actividade e de quiescência,

2—A idade parece desempenhar um papel predominante em determinados fenómenos clínicos, no ataque do coração e na incidência das recorrências.

3—Os focos crônicos de infecção eram consideravelmente mais frequentes nos casos de reumatismo do que no grupo de 400 casos de contróle. O tratamento apropriado destes focos parece reduzir, mas não remover a incidência das recorrências.

4—Entre as idades de 5 a 10 anos, 78 % dos casos apresentam sinais de lesões cardíacas provocadas pelo primeiro ataque. Sòmente depois da idade de 25 anos é que a incidência no coração pelo ataque inicial do reumatismo baixa a 50 %.

5—Experiências com convalescentes sugerem a possibilidade de se poder abreviar o decurso da doença por uma modificação do tratamento prolongado em sanatórios.

E. COELHO.

A terapêutica colagoga pelo sulfato de magnésio-peptona. (*La thérapeutique cholagogue par le sulfate de magnésie-peptone*). — *Journal des Praticiens*. N.º 5. 29 de Jan. de 1927. Pág. 76-77.

Tendo como base os resultados das explorações do tubo duodenal, aponta o sulfato de magnésio e a peptona como os mais poderosos colagogos e refere algumas indicações de terapêutica hépato-biliar preconizada por Felix Ramond, de que damos em resumo o que pode interessar mais ao prático.

Dose óptima de sulfato de magnésio: 5 gr. (Nos hépato-biliares diarreicos esta dose pode provocar cólicas. Nestes, prescrever apenas 2 gr. 50).

Dose de peptona: 2 gr.

Por estes produtos serem muito higrométricos, aconselha a junção de um absorvente (kaolino, pó de badiana ou pó de alcaçuz).

Indica a seguinte fórmula:

Sulfato de magnésio des-secado.....	5 gr.
Peptona de Witte des-secada	2 »
Pó de alcaçuz	1 »

para um papel n.º 10.

Tomar em cada mês, durante 10 dias seguidos, a dose contida num papel. Deve ser tomada em água tépida, de manhã, em jejum, 1/2 hora antes da primeira refeição. Recomenda que se aconselhe ao doente o conservar-se durante uns 10 minutos deitado sòbre o lado direito.

Os produtos devem ser *puros*.

A mistura é de sabor e cheiro desagradável, que alguns doentes suportam mal.

ALMEIDA DIAS.

O tratamento das hemorragias com injeções intravenosas de citrato de sódio. (*Le traitement des hémorragies par les injections intra-veineuses de citrate de soude*). — *Journal des Praticiens*. N.º 44 — 29 de Outubro de 1927. Pág. 716.

Menciona os bons resultados que, segundo H. Neuhof e S. Hirschfeld, se podem obter com o citrato de sódio, por via intra-muscular, no tratamento tanto das hemorragias internas (hematemese, hemotorax, hemoptises, etc.), como das hemorragias externas.

Dá a seguinte fórmula para aplicação intra-venosa, que julga preferível à via intra-muscular:

Citrato de sódio	20 gr.
Citrato de magnésio.....	10 »
Água destilada	100 »

Filtrar a solução e esterilizar no autoclave.

O citrato de magnésio entra na fórmula como hipotensor, com o fim de obviar à acção hipertensiva do citrato de sódio.

Aconselha como dose mínima a injectar 20 c. c.

A solução deve ter sido preparada recentemente, porque as soluções antigas de citrato de sódio podem ser tóxicas.

ALMEIDA DIAS.

Tratamento das anemias por uma «dieta de fígado». (*Traitement des anémies par une «diète de foie»*), por G. LOEWY. — *Journal des Praticiens*. N.º 6. 5 de Fevereiro de 1927. Pág. 86-88.

Refere os bons resultados que colheu empregando este método de tratamento, tanto na anemia perniciosa criptogenética, como nas anemias secundárias por hemorragias abundantes.

Descreve os trabalhos experimentais e clínicos de Whipple e de outros autores americanos, de que vamos transcrever as conclusões:

Whipple diz:

1.º — A alimentação com fígado de vaca, na anemia grave, é o mais poderoso agente de regeneração da hemoglobina e dos glóbulos rubros.

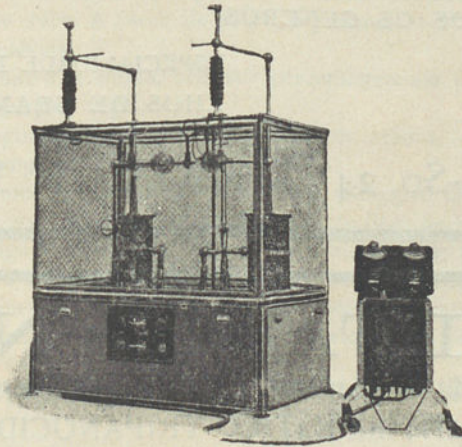
2.º — Os resultados obtidos com coração de vaca e com músculo estriado, se-bem-que sejam também bastante favoráveis, são todavia menos marcados do que com o fígado.

3.º — O arsénico (cacodilato de sódio, licor de Fowler) não tem efeito algum. O ferro, pelo contrário, tem um valor considerável.

4.º — Durante os períodos de dieta favorável (fígado, rins, coração de vaca, carne muscular), o organismo retém substâncias vizinhas da hemoglobina, que serão utilizadas ulteriormente na formação desta última substância

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



GERADOR ESTÁTICO PARA RADIODIAGNÓSTICO
E RADIOTERAPIA PROFUNDA

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849

I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

.....
Sucessor: JÚLIO DE SOUZA
.....

TRABALHOS TIPOGRAFICOS
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-
LHOS DE GRANDE LUXO

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol
ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

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

DEPOSITAR OS
EXC. USIVOS

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

e dos glóbulos vermelhos. Deve ser no fígado que serão retidos aqueles produtos e este órgão deve ter um papel fundamental na produção e na conservação das substâncias que formam a hemoglobina e os glóbulos vermelhos.

Whipple termina, dizendo: *É provável que no tratamento das anemias, no homem, certos alimentos sejam mais eficazes do que os medicamentos.*

Minot e Murphy, que empregaram largamente em clínica o método de Whipple, dão sobre a sua aplicação as indicações seguintes, que vêm referidas neste artigo:

1.^a Cada dia 100 a 200 gr. de fígado de vitela, de vaca ou de galinha, ou igual peso de cordeiro. (A pesagem deve ser feita só depois de terem sido cozinhados). Estes alimentos são cozidos, assados no forno ou grelhados, mas sem manteiga ou qualquer gordura. Partidos em pequenos pedaços e tomados em caldo de legumes ou misturados com legumes vários.

2.^a O regime deve compreender ainda pelo menos 125 gr. por dia de carne de vaca ou de carneiro, a que se tire cuidadosamente a gordura, ou então coração de vaca. A carne de porco, o presunto e as carnes salgadas não são recomendáveis.

3.^a Os legumes e os frutos, pela sua percentagem em ferro, fazem parte da dieta nas proporções seguintes:

300 gr. de legumes verdes (alfaces, espinafres, azêdas, espargos). As saladas devem ser temperadas com óleo de parafina.

400 gr. de frutos (laranjas, damascos, uvas, pêssegos, morangos).

4.^a O doente pode ainda tomar por dia $\frac{1}{4}$ de litro de leite e um ovo. A ração de manteiga nas 24 horas não deve ir além de 70 gr. Os alimentos gordos, os doces e as comidas salgadas não devem ser usados.

Os doentes que não possam seguir esta dieta completa devem alimentar-se de preferência com fígado e frutos. Ulteriormente acrescentar à dieta carne e legumes verdes.

Minot e Murphy aconselham ainda 15 c. c. por dia de ácido clorídrico diluído.

ALMEIDA DIAS.

Tétano e injeções locais de sôro anti-tetânico. (*Tétanos et injections locales de sérum anti-tétanique*), por J. A. SICARD. — *Journal des Praticiens*. N.º 47. 19 de Nov. de 1927. Pág. 753-754.

O Prof. Sicard, a-propósito de recentes artigos do Prof. Chaton e do Dr. Sordina, apontando os bons resultados colhidos no tratamento do tétano por meio de injeções não só em torno da ferida infectada como ainda ao longo dos troncos nervosos tributários da região, faz referência ao método que, com êxito, já há anos emprega e que resume nas precisas indicações que seguem:

Além dos clisteres de cloral em alta dose e de isolamento e repouso, utilizar o sôro anti-tetânico segundo a técnica seguinte:

1.º — 5 a 10 c. c. injectados mais ou menos profundamente em tórno do foco traumatizado.

2.º — 15 a 20 c. c. injectados de forma que o sôro fique em contacto com os troncos nervosos periféricos, médios e grossos. Insistir sôbre os troncos nervosos da região lesada.

3.º — 15 a 20 c. c. injectados lenta e progressivamente no espaço sub-aracnoídeo da região lombar. O sôro deverá ser aquecido em banho-maria até à temperatura de 37º-38.

Decorridas 48 horas pode repetir-se esta mesma série de injeções, em iguais doses. As injeções em tórno do foco e as para-nervosas podem ainda ser feitas mais vezes, a sub-aracnoídea só excepcionalmente será repetida.

ALMEIDA DIAS.

O tratamento das doenças hipertensinas. (*Die Behandlung der Hypertoniekrankheiten*), por E. KYLIN. — *Die Therapie d. Gegenwart.* — N.º 7, 8 e 9. 1927.

O A. foi o primeiro, em 1920, a separar duas formas diferentes de hipertensão e doenças hipertensinas. Uma das formas é a glomérulo-nefrite e a outra a hipertonia essencial. Volhard, em 1923, seguiu esta classificação. A glomérulo-nefrite é originada como consequência duma doença inflamatória. A causa da hipertensão reside nas substâncias tóxicas formadas no organismo durante o tempo da doença inflamatória aguda.

Na hipertonia essencial as coisas são diferentes. É uma doença familiar, como por exemplo a asma, diabetes, etc. Aparece principalmente nas pessoas idosas e a pressão sangüínea nestes doentes hipertensos é particularmente labil.

A forma de reacção dos doentes é sob muitos pontos de vista patológica. A adrenalina reagem em geral de forma vagotónica. Segundo Kaufmann e Lange, reagem paradoxalmente aos estímulos térmicos. O seu metabolismo apresenta várias alterações patológicas. Muitas vezes têm pequena tolerância para os hidratos de carbone. O conteúdo do sangue em cálcio é baixo e em potássio elevado; os valores da colestereina e do ácido úrico no sangue são muitas vezes elevados e o metabolismo basal é por vezes superior ao normal. Por estes motivos devemos considerar a hipertonia essencial como uma doença geral. Atinge todo o organismo e não apenas os rins. Pouco se sabe da etiologia.

Ao tratar da terapêutica da hipertensão, o A. não se limita aos dois grupos mencionados, visto que no decurso da sua evolução aparecem sintomas de insuficiência renal. Por êste motivo o A. apresenta os seguintes três grupos:

a) — tratamento da glomérulo-nefrite aguda.

b) — tratamento da hipertensão essencial.

c) — tratamento da hipertensão permanente com mais ou menos insuficiência renal.

A) — glomérulo-nefrite

O primeiro cuidado terapêutico consiste em afastar a causa da doença, se a conhecemos. Se a causa residiu na nasofaringe ou nas vias aéreas superiores, o doente chega ao hospital a maioria das vezes curado da doença causal. O mesmo não sucede se a causa da doença consiste numa outra infecção, como por exemplo panarícios, caries dentárias, etc. Em tais casos devemos primeiro tratar os processos supurados.

Em segundo lugar, trataremos os sintomas da glomérulo-nefrite. O A. divide os sintomas em dois grupos:

1) — sintomas urinários;

2) — sintomas periféricos.

Por sua vez os sintomas periféricos, compreendem:

a) — aumento de pressão sangüínea;

b) — edemas.

Os sintomas periféricos são os primeiros a aparecer. Kylin demonstrou e Koch confirmou que o aumento da pressão sangüínea se instala primeiro do que os sintomas urinários. É igualmente o primeiro sintoma a desaparecer, persistindo depois os sintomas urinários durante semanas e por vezes meses.

Na terapêutica da glomérulo-nefrite própria dita o A. distingue os seguintes casos:

1) — Casos leves sem insuficiência renal.

2) — Casos graves com insuficiência renal.

3) — Casos graves com eclampsia.

Nos primeiros casos é suficiente o repouso no leito. O A. não julga absolutamente necessário limitar a quantidade de água e proibir o sal. Será suficiente moderar o seu uso.

A mais importante questão no tratamento desta doença é a seguinte: Quando deve o doente abandonar o leito? O melhor seria que o doente estivesse acamado até que todos os sintomas desaparecessem. Como porém os sintomas urinários (vestígios de albumina e gl. rubros) permanecem por vezes durante meses e até anos, o A. é de parecer que o doente se pode levantar uma vez desaparecidos os edemas e um a dois meses depois da pressão sangüínea conservar valores baixos.

Quando há edemas devemos limitar a quantidade de água ingerida. Nos casos leves a quantidade de líquido não deve ultrapassar 1^l,5; nos graves um litro ou menos por dia. Quanto ao sal, nos casos ligeiros daremos aproximadamente 5^{grs}; nos graves 1, 2 e 3 gramas por dia.

B) — Casos com insuficiência renal

Em todos estes casos é necessário diminuir o trabalho do rim lesado. Limitaremos portanto a administração de albumina e sal. Nos casos graves com retenção azotada o A. obteve bons resultados com os dias de açúcar. Então o doente apenas ingere durante um, dois e três dias 300 a 500 grs. de açúcar. Limitaremos os líquidos consoante há ou não edemas, tendo cuidado

de observar se há ou não retenção azotada para evitar os perigos que a limitação excessiva de líquidos traria em tais casos. Nos casos mais graves dêste grupo poderemos lançar mão de outras medidas terapêuticas: diuréticos (purrina), sangria, descapsulação.

C) — Casos com eclampsia ou tendência à eclampsia

Os ataques de eclampsia sobrevêm apenas nos doentes com edemas e hipertensão. Medidas terapêuticas importantes são a limitação de líquidos e sal. Nos casos que ameaçam eclampsia não devemos ir além de 300-500 c. c. de água e 1-2 gramas de sal por dia.

Nos casos em que há retenção azotada a limitação de água não será tão apertada e os dias de açúcar poderão trazer grandes benefícios.

As grandes sangrias ($1/2$ - $3/4$ de litro) são para aconselhar em tais casos. Em pleno ataque de eclampsia procuraremos diminuir o edema cerebral por meio de punções lombares. Em presença de ataques repetidos usaremos calmantes como o luminal, cloral, morfina, etc.

O A. põe de lado, nestes casos, a terapêutica cirúrgica (descapsulação renal).

II — O tratamento da hipertonia essencial.

O A. considera êste estado como uma anomalia constitucional do mecanismo de regulação da pressão sanguínea, a qual se acentua à medida que a idade progride. Análogos desvios das reacções fisiológicas se encontram em outros órgãos e grupos de órgãos e que subjectivamente se traduzem por sintomas nervosos e objectivamente por modificações do metabolismo, alterações da reacção à adrenalina, da reacção hipoglicémica postalimentar, da crise hemoclásica e na tendência do estômago para a hipersecreção com hiperacidez, obstipação, etc., etc.

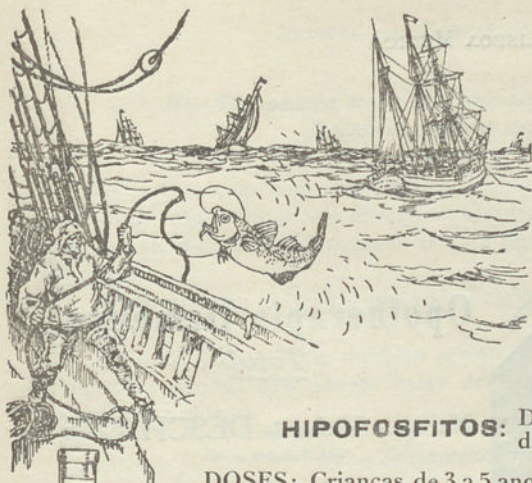
O A., depois de colocar a hipertonia essencial entre as concepções que fazemos de doença e saúde, apresenta casos em que opta pela não instituição de medidas terapêuticas. Estas, quando as emprega, divide-as em três grupos diferentes:

- 1) — Repouso (tratamento higiênico-dietético).
- 2) — Tratamento medicamentoso, tendo em vista o repouso do sistema nervoso vegetativo.
- 3) — Terapêutica hormonal.

A — Tratamento higiênico-dietético

Muitas vezes o simples repouso provoca uma melhoria notável da hipertensão. É mais necessário o repouso do espírito do que o do corpo. Uma estadia no campo, longe de afazeres, traz, por vezes, melhoras importantes, desde que se não abuse de comidas e bebidas, de estimulantes (tabaco, café, alcool), nem dos processos terapêuticos (banhos, sangria, etc.).

Na hipertonia essencial não há diminuição da função renal, mas a-pesar disso é bom não abusar da carne e sal.



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tbidabo 3
BARCELONA

Preparada com:
**EXTRACTO DE OLEO DE
FIGADO DE BACALHAU.
EXTRACTO DE MALTA.**

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina, e de estriçnina.

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 SÁBOR 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: **TÓNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso.
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Deposítários gerais para Portugal: **COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE L.^{DA}**
Rua Primeiro de Dezembro - LISBÔA

H I P O T O N I N A G O L D S C H M I D T

Formula do Prof. Dr. Hans Goldschmidt
de Charlottenburg (BERLIN)

Especialidade farmacêutica alemã. É uma combinação amínica do ácido iso-valerianico. É um reductor da pressão sanguínea. Soberano nas arterio-escleroses e esclerose renal. Tem um efeito diametralmente oposto ao da Adrenalina.

Pedidos ao representante para Portugal: **M. B. B. TEIXEIRA** Telef.: T. 136

230, RUA DE S. BENTO, 236 - LISBOA

Fornecem-se amostras gratis aos Ex.^{mos} Srs. Clinicos que as requisitarem

AGE-VACCIGON

PRATA COLOIDAL COM VACCIGON (Vacina antigonococica)

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

Preparação do INSTITUTO SEROTHERAPICO DE DRESDE

Deposítários gerais: **CORREIA & VALENTE, L.^{DA}**
LISBOA - PORTO



Opothérapie Hématica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

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

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito efficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão
e todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.

35 Annos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

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

E BOAS PHARMACIAS

B—Terapêutica medicamentosa tendo em vista a calma do sistema nervoso vegetativo

Kylin usa, com bom resultado, a atropina e cálcio. Mathes obteve também bons resultados com a mesma terapêutica. Fahrenkamp e Basch empregam a calcio-dúretina. Ruzsmgák trata a hipertonia essencial com injeções de enxôfre.

A sangria tem indicação nas complicações cardíacas com edema pulmonar, etc.

Uma só sangria pode também aconselhar-se em doentes pletóricos. As sangrias repetidas não trazem baixa definitiva da pressão e podem mesmo prejudicar o doente.

C)—Tratamento hormonal

Kylin, partindo das constatações de Munk, que verificou ser a hipertonia freqüente no climaterio, preparou um extracto de glândulas sexuais com que tratava os doentes hipertônicos.

Num caso a pressão subiu depois da injeção de extracto de parênquima ovárico, para tornar a descer depois da injeção de líquido folicular.

Major e simultaneamente Mc. Donald empregaram extracto hepático em injeções para o tratamento da hipertonia. Müller confirmou os resultados de Major, sem que em todo o caso possa atribuir de certeza o bom efeito ao extracto.

F. FONSECA.

Avertin (E 107) na psiquiatria. (*Avertin (E 107) in der Psychiatrie*), por E. SIOLI e E. NEUSTADT. — *Klin. Woch.* N.º 39. 1927.

A arvetin é um narcótico rectal, tribromoetilalcool.

Os AA. observaram que nos doente mentais excitados ela actua:

- 1) — rápida e regularmente;
- 2) — provoca um sono profundo;
- 3) — determina um sono de horas e ainda acalma no dia seguinte;
- 4) — não causa malefícios na dose de 0,1 gr. por quilo de pêso do corpo;
- 5) — não tem acções accessórias desagradáveis.

F. FONSECA.

Sobre o glukhorment de Von Noordeu contra a diabetes. (*Über «glukhormen» von von Noordeu gegen Diabetes*), por SANDEMEYER. — *Klin. Woch.* N.º 39. 1927.

O A. tratou com o glukhorment 17 casos de diabetes leve, média e grave.

Das suas pesquisas conclui que o glukhorment consegue fazer baixar e desaparecer a glicosúria nos diabéticos de leve e média gravidade.

A glicemia dos doentes tratados não subiu, a-pesar do notável aumento de pão na dieta.

A urina permaneceu sem açúcar, mesmo depois de dois dias sem glukhorment.

Com esta droga podemos substituir parcial ou totalmente a insulina nos casos que com ela eram anteriormente tratados.

A administração durante semanas de glukhorment não provocou malefícios. (O A. não administrou mais de três comprimidos por dia).

F. FONSECA.

Pesquisas terapêuticas com a hipofisina na atonia gástrica das crianças de mama e infância. (*Therapeutische Versuche mit Hypophysin bei Magenatonie im Säuglings-und Kindesalter*), por E. KOENIGSBERGER e W. MANSBACHER. — *Therapie T. Gegenwart*. N.º 9. 1927.

A hipofisina Höchst actua nos casos de atonia gástrica encurtando notavelmente o tempo de esvaziamento do estômago. A hipofisina deve ser injectada 10 minutos depois da refeição, na dose de 0,3 a 0,75 c. c. Nos casos em que se não obtêm resultados com a hipofisina, os AA. aconselhem a associação com a pituitrina ou adrenalina na dose de 0,0003 grs.

F. FONSECA.

Estudos sobre o cálcio nas itericias, com especial referência para o efeito do extracto paratiroideo na distribuição do cálcio. (*Calcium studies in jaundice. With special reference to the effect of parathyroid extract on the distribution of calcium*), por CANTAROW, DODEK e GORDON. — *Arch. Int. Med.* Agosto de 1927.

A influência exercida pela medicação paratiroideia sobre o metabolismo cálcico, não só sobre a sua distribuição no sangue, mas também possivelmente sobre a sua utilização no organismo, e, por outro lado, as alterações constatadas no mecanismo funcional do cálcio em indivíduos itéricos e em virtude das quais se desenvolvem nestes doentes acentuadas tendências para as hemorragias dos tecidos, conduziram o autor ao presente trabalho. O A. compara o que se passa nos casos de iterícia e nos casos de indivíduos sãos, quanto ao tempo de coagulação do sangue, aos valores do cálcio do sangue total do plasma e do soro, após a injeção de extracto paratiroideo e conclui:

Na iterícia é manifesta a deficiência funcional do cálcio, provavelmente sob a dependência do aumento na quantidade dos pigmentos biliares e dos sais biliares no sangue e nos tecidos. Os valores do cálcio do soro variam ligeiramente na iterícia, em contraste com a ampla variação que se observa



nos valores do cálcio do sangue total. 12 horas depois da administração do extracto paratiroideo a variação do cálcio do sangue total é idêntica nos itéricos e nos normais.

A hormona paratiroidea actua como um mobilizador do cálcio; nos casos de itercia tende a restaurar a distribuição normal, assim como a assimilação funcional d'êste elemento. O efeito favorável desta hormona na tendência hemorrágica para dos tecidos do itérico deriva largamente do aumento da coagulabilidade do sangue e talvez da maior impermeabilidade das paredes dos capilares.

MORAIS DAVID.

A linfogranulomatose (Doença de Hodgkin). (*La linfogranulomatosis [Enfermedad de Hodgkin]*), por H. MULLER. — *Rev. Med. Hamb.* Setembro de 1927.

O A. descreve rapidamente a história da doença, os sintomas, a histopatologia, a evolução e finalmente a sua etiologia. A êste propósito diz:

No que se refere à etiologia da linfogranulomatose, considera-se unanimemente como uma enfermidade infecciosa crónica. Na sua primeira comunicação sobre o linfogranuloma, Sternberg designou-o como uma curiosa tuberculose do sistema linfático que evoluciona com o aspecto de uma pseudo-leucémia.

Em abono desta idea concorrem a demonstração de bacilos de Koch, bem como as lesões tuberculosas no tecido linfogranulomatoso. Franskel e Much demonstraram mais tarde grânulos resistentes à antiformina, gram positivos, não ácido resistentes, que sob o ponto de vista morfológico se assemelham à forma granulosa do bacilo de Koch. Estes mesmos AA. infectaram depois cobaias por meio de injeções intra-peritoniais de grandes quantidades de tecido linfogranulomatoso diluído em antiformina e conseguiram provocar nestes animais lesões de aspecto típico da doença de Hodgkin e finalmente de focos tuberculosos isolaram e cultivaram bacilos de Koch, tipo humano.

MORAIS DAVID.

A hérnia estrangulada nas pessoas idosas. (*Strangulated hernia in the aged*), por CARL BEARTE. — *Bost. Med. Surg. Journ.*, 22 de Setembro de 1927.

O artigo abrange 21 doentes, 16 homens e 5 mulheres, com idade superior a 65 anos, operados por estrangulamento herniário. O estrangulamento derivou de bronquite crónica, enfisema, aumento da pressão abdominal, aumento da deposição de gordura na cavidade abdominal ou de esforço violento

à micção ou à defecação a-par do relaxamento dos músculos da parede abdominal.

A duração média destas hérnias, antes do estrangulamento, foi superior a 23 anos: 2 casos apenas eram de hérnia femural, todos os restantes eram de hérnias inguinais. O método de anestesia usado foi o da anestesia local, por infiltração, com soluto de novocaína a $1/2$ ‰.

A raridade da formação da gangrena ou da abcedação é função directa da flacidez do anel herniário e dos músculos da parede. O período post-operatório é da maior importância. Nos casos que dizem respeito a êste artigo o decúbito dorsal foi interrompido ao 3.º ou 4.º dia e substituído pelo repouso em uma cadeira, de forma a evitar a pneumonia hipostática.

Há a registar duas mortes: uma de um doente com uma afecção cardíaca grave, anterior ao estrangulamento, e outra de um homem no qual a redução da hérnia foi executada sob anestesia pelo protóxido de azote e que só voltou a ser observado ao fim de três semanas de repouso absoluto em decúbito dorsal, com uma bronco-pneumonia.

MORAIS DAVID.

Carcinoma do pâncreas. (*Carcinoma of pancreas*), por EVERETT KIEFER.—*Arch. Int. Med.* Junho de 1927.

O quadro clínico da doença que o A. apresenta, é extraído dos sintomas constatados em 33 casos com diagnóstico confirmado por intervenção cirúrgica ou por autópsia.

As histórias clínicas de todos estes casos vêm incluídas no artigo

MORAIS DAVID.

A patologia do metabolismo na obesidade. (*The pathology of metabolism, in obesity*), por ARGEDON, HOLTEN E JOHANSEN.—*Arch. Int. Med.* Julho de 1927.

O estudo do metabolismo basal nos obesos, com preparação de uma dieta particularmente rica em hidratos de carbone, durante dois dias, mostra uma baixa acentuada do valor do metabolismo em confronto dos números normais. Segundo os autores, estes resultados favorecem a hipótese de que a obesidade derive de uma alteração do metabolismo em virtude da qual existe uma particular facilidade na deposição de gordura formada a expensas dos hidratos de carbone da dieta.

Os valores do quociente respiratório affectam também uma certa relação com os pesos dos obesos no sentido de que, quanto maior fôr o pêso, maior tendência há para a baixa do metabolismo basal.

MORAIS DAVID.

Uma revista clinica de 100 nefrectomias consecutivas. (*A clinical review of 100 consecutive nephrectomies*), por H. FISHER. — *Surg. Clin. North Am.* Agosto de 1927.

A nefrectomia praticada em 100 casos clínicos foi indicada 32 vezes por pionefrose, 29 por litíase, 24 por tuberculose, 12 por neoplasia, 1 por hidronefrose, 1 por rim em ferradura, 1 por nefrite unilateral e 1 por enfarte.

Na pionefrose a maior percentagem de casos caiu entre os 40 e 50 anos de idade, 24 mulheres e 8 homens.

Os sintomas manifestados, por ordem decrescente de freqüência, foram: Dor, polaquiúria, piúria, febre, disúria, hematúria, suores nocturnos, náuseas e vômitos. A duração destes sintomas variou entre 2 semanas e 20 anos.

Pelo exame cistoscópico foi encontrada alteração da bexiga em 26 casos. A função do rim afectado, avaliada pelo tempo de excreção da fenolsulfoftaleína intramuscular, foi nula entre os 20 para os 30 minutos em 15 casos, demorada de 12 a 15 minutos em 2, normal em 5. Pus sem urina foi obtido em 5 doentes. No exame radiológico (pielografia) foi demonstrado estriatura ureteral com dilatação acima do apêrto, aumento de volume do rim e ainda cavidades de abscessos.

Pelo exame aos raios X houve confusão na diagnose em alguns casos com a tuberculose e com a neoplasia renais.

Na tuberculose renal, 14 casos em homens e 10 casos em mulheres, o maior número de casos coincidiu entre os 21 e 40 anos. Os sintomas, que vinham de tempo variável entre 2 semanas e 4 anos, foram por ordem de freqüência: hematúria, nictúria, dor lombar, dor supra-púbica, piúria acentuada, ar-repios e febre, enurese, perda de pêso. 7 doentes haviam apresentado outras manifestações de tuberculose no passado. A observação revelou em 3 evidências de lesões pulmonares, em 1 epididimite especificas e em 1 lesões prostáticas. 22 casos apresentavam alterações vesicais. Por exame directo, nas urinas, encontrou-se o bacilo de Koch 15 vezes e por inoculação 2. Em 2 outros casos foi a inoculação negativa. Em 5 casos a observação radiológica levou ao diagnóstico de hidro-nefrose, apêrto de uretero, apêrto de uretero com hidro-uretero, aumento de volume do rim e cálculo ureteral. Em outros a imagem radiológica foi inteiramente normal.

A pionefrose calculosa foi mais freqüente na 4.^a década da vida. Em 27 casos tratava-se de calculose unilateral e em 2 de calculose bilateral. Os sintomas presentes em 27 casos foram: nictúria, polaquiúria, disúria, hematúria, náuseas e vômitos, expulsão de substâncias mucóides nas urinas e piúria, com uma duração entre uma semana e 15 anos.

Em 25 casos o exame cistoscópico revelava alterações vesicais. A função renal, pela sulfofenolftaleína foi normal em 2 casos, ligeiramente retardada em 4, acentuadamente retardada em 4 e não houve eliminação até aos 30 minutos em 4. Em todos o exame radiológico foi positivo.

Nas neoplasias renais, 4 casos no sexo masculino e 3 no feminino, os sintomas predominantes foram a hematúria, a dor e a grande distância destes, pela sua raridade, a retenção por coalho de sangue, a perda de pêso, a freqüência na micção e a nictúria. O indivíduo mais novo tinha 17 anos e o

mais velho 76. As manifestações clínicas variaram em duração entre 2 semanas e 3 anos.

O pielograma revelou imagem lacunar em todos êetes doentes e o tumor abdominal era palpável em 4 casos.

A diagnose anátomo-patológica foi a seguinte :

2 casos de adeno-carcinoma papilar.

2 casos de adeno-carcinoma.

2 casos de carcinoma papilar.

4 casos de hipernefroma.

1 caso de fibro-sarcoma.

2 casos morreram de *shock* operatório; em 1 caso desenvolveu-se um tumor vesical, que foi extirpado, e o doente vivia de boa saúde ao fim de ano. Um outro doente morreu 26 meses depois da operação com metástases pulmonares.

MORAIS DAVID

Tipos da infecção da vesícula biliar. Um estudo sôbre 100 casos operados. (*Types of gall bladder infection. A study of 100 operated cases*), por C. F. ILLINGWORTH. — *The Brit. Jour. Surg.* Outubro de 1927.

A freqüência da infecção da vesícula biliar e o papel importante que desempenha na formação dos calcos são pontos hoje inteiramente assentes. Ao contrário, porém, subsistem grandes dúvidas quanto à natureza do agente causal, bem como quanto às vias por que êste atinge os ductos biliares. Alguns autores consideram o coli bacilo, outros apontam o estafilococo como agente infectivo da maioria dos casos. I. encontrou principalmente a infecção devida ao streptococo. As vias de infecção podem ser a via ascendente, pelos grossos colectores biliares, a via sangüínea ou portal com infecção consecutiva da bÍlis e da vesícula, a hepatite ou infecção visceral vizinha com contaminação através da via linfática e finalmente a infecção directa da vesícula por intermédio da corrente sangüínea, a partir de um foco distante.

Se a contaminação directa da vesícula por metástase sangüínea e por via linfática não pode por completo ser posta de lado, a infecção da bÍlis e a infecção ascendente parecem inaceitaveis e é neste tom, pelo menos, que fala o trabalho do autor.

A calculose biliar é provávelmente derivada não sô da infecção da parede vesicular, mas também da infecção secundária da bÍlis produzida nos períodos de exacerbação inflamatória da vesícula. O poder antiséptico da bÍlis explica sobejamente que esta se demonstre absolutamente estéril fora das *poussées* inflamatórias de vesículas em cujas paredes estão bastantes patentes as manifestações de um processo inflamatório.

A infecção grave das paredes da vesícula, a-par de uma bÍlis estéril, tende a fazer sobressair a insuficiência de todos os tratamentos que visam a desinfecção da bÍlis e, por outro lado, a realçar a necessidade de empreender tratamentos radicais que promovem o desaparecimento de focos sépticos perigosos.

A colecistectomia prevalece implicitamente sôbre os métodos conservadores de simples drenagem.

Em 12 casos de colecistite aguda o agente microbiano foi sempre demonstrado na parede da vesícula e no seu conteúdo, o que não aconteceu nas formas crônicas.

MORAIS DAVID.

Uma nota acêrca do clister glicosado e do seu valor no tratamento post-operatório. (*A note on the glucose enema and its value in post-operative treatment*), por D. LEVI.—*The Brit. Jour. Surg.* Outubro de 1927.

As investigações do A. são orientados no sentido de responder a estas duas perguntas:

¿A glicose absorvida pelo recto é em quantidade suficiente para produzir qualquer efeito terapêutico?

¿Qual o papel do clister de glicose no tratamento do *shock* post-operatório?

Para saber da quantidade de glicose absorvida pela mucosa rectal, o A. procede ao estudo da curva da glicemia em indivíduos normais e em diabéticos, após a administração de um clister com 50 a 80 gr. de glicose dissolvidos em 500 c. c. de sôro fisiológico ou água.

Nos indivíduos normais as experiências, em número de 16, demonstraram um aumento máximo na glicemia de 60 mmgr. % e uma média de aumento de 24 mmgr. %, ao fim de uma 1 hora e meia, em 11 casos; em 5 houve uma baixa na glicemia máxima de 35 mmgr. %, média de 27 mmgr. %.

O valor médio da variação do açúcar no conjunto dêstes 16 casos acusa um aumento de 8 mmgr. %.

Em confronto dos números referidos verificou-se um aumento de 85 mmgr. % na glicemia depois da ingestão de 80 gr. de açúcar de cana.

O grupo dos diabéticos compreende 8 casos, em 5 dos quais a percentagem do açúcar baixou num valor máximo de 65 mmgr. % e médio de 38 mmgr. %.

Em 3 casos a percentagem do açúcar subiu. A média total dos 8 casos revela um abaixamento da glicemia de 2 mmgr. %.

Quanto ao estudo da glicemia no *shock* post-operatório, resulta da observação de 10 casos, que em todos êles se verificou uma elevação no valor da glicemia, elevação máxima de 85 mmgr. % e média de 32 mmgr. %.

O regresso da glicemia aos valores que precederam a intervenção é tanto mais demorado quanto mais demorada foi também a anestesia ou quanto mais grave foi o acto cirurúrgico.

Pode, pois, concluir-se que se a capacidade de absorção da mucosa rectal e do cólon é variável de um indivíduo para outro, é em todos êles lenta e de valor insignificante. Como meio de nutrição, é rigorosamente insuficiente.

No período de *shock* operatório existe um estado de hiperglicemia. O clister glicosado nestas condições é, mais do que desnecessário, prejudicial.

MORAIS DAVID.

Progressos médicos. Progressos em obstetricia. Complicações da gravidez. Toxemias finais. (*Medical progress. Progress in obstetrics. Complications of pregnancy. Late toxemias.*), por JOHN ROCK.—*Bost. Med. Surg. Jour.* 10 de Novembro de 1927.

Stander e os seus cooperadores estabeleceram vários tipos no grupo da eclâmpsia, assim caracterizados:

I. Eclâmpsia: Convulsões, pressão sangüínea bruscamente elevada, albuminúria, hiperglicemia, aumento do ácido láctico do sangue, abaixamento da tensão de CO² do sangue, usualmente azote não proteico do sangue normal, mas algumas vezes aumento da ureia. Aumento do ácido úrico. Descolamento ou edema da retina (nunca retinite albuminúrica). Esta forma não dá repercussão renal e não contra-indica futuras gravidezes.

II. Pre-eclâmpsia: Difere da eclâmpsia apenas na falta de convulsões.

III. Nefrite crônica: Tensão diastólica relativamente alta, albuminúria, percentagem elevada do azote não proteico, retinite albuminúrica, arteriosclerose ou edema e hemorragia retiniana. O aumento da tensão sangüínea mantém-se por semanas, depois do parto. A doença agrava-se com o suceder de gravidezes e a lesão renal progride para o rim atrófico secundário.

IV. Eclâmpsia e nefrite

V. Rim de baixa capacidade funcional: Elevação moderada da pressão vascular até 150. Ligeira albuminúria para os fins da gravidez. Por vezes, edemas e cefaleias. Estes sinais passam no fim do puerpério e o rim não sofre alterações por efeito da gravidez.

O tratamento da doença difere conforme a categoria em que estiver incluída.

Nas doentes que têm uma baixa da capacidade funcional do rim, o tratamento reduz-se a um repouso, a ingestão de água em abundância e a uma dieta fraca em proteínas.

Na nefrite crônica e na pre-eclâmpsia há que atender à mãe e ao feto; a morte intra-uterina é frequente. Se a pressão sangüínea diminui pelo repouso e dieta, deve considerar-se a viabilidade da gravidez. No tratamento destas condições, não se têm notado modificações sensíveis nos últimos anos.

No tratamento da eclâmpsia e da pre-eclâmpsia, Stroganoff aconselha o segneimento da gravidez, bem como o tratamento pela morfina e escopolamina. Stander verificou em animais que a morfina tem uma acção sobre o CO², produzindo a elevação da sua tensão. Por outro lado Davis e Harrar salientam o exagêro com que se tem apreciado a acção da morfina sobre o feto, como se prova com o método conservador actual auxiliado de grandes doses de morfina.

A sangria tem sido usada no tratamento da eclâmpsia e da pre-eclâmpsia. Para Hander a hipertensão destes estados pode bem ser uma condição de defesa do organismo. A sangria com menos de 750 c. c. de sangue pouca modificação produz na toxemia e porções de sangue superiores não são impunemente tiradas ao organismo.

Os dois métodos mais modernos para a terapêutica da eclâmpsia e da pre-eclâmpsia são os do sulfato de magnésio e do sôro glucosado com insulina.

Na opinião de numerosos autores o sulfato de magnésio tem uma acção enérgica, importante e útil na eclâmpsia, reduzindo a pressão arterial, suspendendo ou diminuindo o estado convulsivo, diminuindo os edemas, inclusivê o edema cerebral e baixando a mortalidade de uma maneira sensível. Dorset preconiza a injeccção intramuscular de um soluto a 20 0/0, na dose de 15 c. c. até uma dose total de 100 c. c. por dia. Mc Neile e Vruwink injectam o sulfato de magnésio dentro da veia, 20 c. c. de um soluto a 10 0/0, e repetem a injeccção se a toxemia ou a pressão vascular o exigem.

Além da injeccção, alguns autores argentinos, grandes arautos do processo, fazem a redução da dieta com exclusão de substâncias proteicas e de sal, fazem ingerir grandes doses de líquidos e associam os drásticos.

Mander julga que em face da acidose, que é uma das marca da doença e naturalmente a causa da morte, a insulina com a glucose constituem o método terapêutico mais adequado.

Até há pouco o tratamento que em geral se preconizava consistia na expulsão fetal. Desde há 3 anos que a escola de Straganoff vingou e com ella o método da narcose com a morfina, auxiliado do repouso.

A interrupção da gravidez ficará um meio terapêutico de último recurso.

MORAIS DAVID.

Progressos médicos. Progressos em obstetricia. Diagnóstico de gravidez. (*Medical progress. Progress in obstetrics. Diagnosis of pregnancy*), por JOHN ROCK.—*Bost. Med. Surg. Jour.* 10 de Novembro de 1927.

Dizem Frank e Nothmann que, em mulheres com um metabolismo dos hidratos de carbone normal, é mais fácil provocar a glicosúria alimentar nas grávidas, durante os primeiros meses de gravidez, do que nas que não estão grávidas.

Para esta prova Hirst e Long fazem com que as pessoas em observação absorvam uma dose de açúcar de cana na proporção de 7,5 gr. por cada 4,500 kg. de pêso do corpo, até um máximo de 150 gr. e colhem depois três amostras de urinas a uma hora de intervalo e nelas pesquisam a glicose.

Em 88 grávidas a prova foi positiva 83 vezes. Em 62 não grávidas a prova foi negativa 57.

MORAIS DAVID.

Necrologia

MADAME DEJERINE

Morreu em Paris a grande mestra da neurologia franceza, uma das primeiras figuras da neurologia mundial. De origem americana e da mesma estirpe intelectual que Sofia Kowalevsky, Madame Curie, Cecil Voght, Carolina Michäelis, mulheres que os países do Norte fadaram para a sciência e que a ela se entregaram inteiramente, Madame Dejerine, abandonando o seu país, trabalhou primeiro com Vulpian, do qual foi discípula, e depois com Dejerine, tendo sido a primeira mulher interna nos Hospitais Paris.

Na *Anatomie des centres nerveux*, de Dejerine, obra monumental que honra a sciência franceza, e que ficou sendo o livro padrão para o estudo da anatomia fina do sistema nervoso, encontramos estas palavras: «Cette ouvrage est le fruit d'une collaboration assidue de plusieurs années: ma chère femme, M^{me} Dejerine Klumpke, y a contribué pour une large part; aussi ai-je tenu, et ce n'est que justice, à ce qu'il fut publié sous nos deux noms».

A sua colaboração estendeu-se ainda à *Sémiologie des affections du système nerveux*, e a numerosas memórias de neurologia publicadas na *Revue*. Os dois nomes — Dejerine e Madame Dejerine — andaram sempre juntos em trabalhos científicos.

Quando Dejerine foi rudemente atacado por P. Marie, na célebre polémica sobre a afasia, em plena *Société de Neurologie*, Madame Dejerine veio também à estacada, de colaboração com o marido, expondo a parte anatómica, a que ela dedicou a sua vida.

Sendo uma das figuras mais activas da *Société de Neurologie*, chegou a ser eleita para a presidência.

A *Lisboa Médica* não podia deixar em silêncio tão grande perda da Sciência médica franceza.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Achamos do maior interesse difundir, entre nós, as opiniões do Prof. B. A. Houssay, sábio fisiologista argentino, sobre o papel do professor universitário, expostas na 2.^a Conferência Sul-Americana de Pedagogia Médica:

Dedicação exclusiva dos professores universitários

O problema da dedicação exclusiva à Universidade (*Full time*) apresenta-se diferentemente para os professores, os seus auxiliares, e para os alunos

Dedicação exclusiva dos professores

O ponto nodal do problema do aperfeiçoamento universitário está na implantação do *Full time* para os professores. Os defeitos assacados ao passado não se dirigem tanto às pessoas, sempre seleccionadas, que ocuparam as cátedras, como ao péssimo sistema vigente. Os progressos não dependem apenas de uma superioridade intelectual, mas, em grande parte, de uma boa organização e dos ideais elevados.

O *Full time* impõe-se presentemente para os professores das matérias basilares; todavia, não chegou ainda o momento de o discutirmos para as matérias clínicas.

A Universidade tem por fim descobrir e propagar a verdade. Esta dupla função de investigação e ensino é pertença dos seus professores.

O ideal consiste no equilíbrio das suas funções. O investigador é o único

capaz de educar, isto é, de ensinar a exercer a observação e a crítica no exame dos fenómenos da saúde, da doença e da higiene. Por isso, é ele quem mais ensina; não sendo um mero repetidor que transmite ideias alheias, não se faz rotineiro, nem perde os seus bríos, como se observa fatalmente naquelles que não são investigadores.

A medicina é eminentemente progressiva e está numa época de desenvolvimento intensivo e contínuo.

Só um investigador pode focar os problemas, ensinar os métodos para os estudar, infundir ideias e despertar ou estimular vocações. A investigação eleva o nível intelectual e o sentimento moral das escolas; e é a origem dos progressos que aumentam o bem-estar dos nossos semelhantes. A Universidade não é responsável se os conhecimentos que propaga se empregam para o mal.

As Faculdades nas quais se não investiga têm uma posição infra-universitária, sendo apenas escolas de artes applicadas ou officios; são tributárias das escolas estrangeiras e incapazes de abordar os problemas próprios de cada país. O verdadeiro papel de uma escola universitária consiste em enfrentar todos os problemas, quer sejam scientificos, higiênicos ou sociais, quer sejam ou não de applicação immediata.

A dupla função de ensino e investigação desempenha-se com a máxima efficácia nos institutos, formados por um grupo de pessoas habilitadas que trabalham sob a direcção de um director, com os recursos materiais necessários.

A tarefa de dirigir os institutos ou cátedras é hoje muito complexa. O professor é responsável pelo ensino nos seus diversos graus, pela organização e marcha do seu instituto, pela escolha, habilitação e aptidão do seu pessoal e pelas investigações que aí se realizam. O ensino compreende cursos diferentes: 1.º, gerais (teórico-práticos e individuais) para alumnos; 2.º, complementares para graduados; 3.º, especializados e intensivos; 4.º, de investigação superior para especialistas; 5.º, de divulgação ou de extensão universitária.

Um professor moderno deve conhecer os factos fundamentais, verificar experiências ou métodos novos, para poder ter uma opinião pessoal e não estar à mercê da última leitura. Para estar ao corrente dos livros e revistas, deve dispor de algumas horas diárias. Acrescentemos ainda que a experimentação biológica é duradoira, levando muitas horas, sem possíveis horários fixos.

Por tôdas estas razões, os professores das cadeiras basilares, prèclínicas, devem dedicar-se inteiramente, e só, à investigação e ao ensino.

Assim o compreenderam, primeiro, a Alemanha, a Inglaterra e os Estados-Unidos; a Itália, a França, etc., mais tarde. Dizia-nos o Prof. Abel que foi dos primeiros *Full time* no seu país, e que, hoje, o são todos os professores. Somos já alguns, entre nós, e todos têm que ser fatalmente. Esta tendência poderá demorar, com prejuizo para o país, o que espero não suceda, mas não evitará a sua implantação definitiva num futuro próximo.

A Faculdade de Medicina de Montevideo procurou criar o *Full time* ao fundar os seus institutos. A Faculdade de Medicina de S. Paulo acaba de o estabelecer para todos os professores das cadeiras basilares.

O *Full time* exige uma remuneração adequada para poder custear as despesas próprias e as da família. As Faculdades e os países não têm direito a explorar o heroísmo e não podem expor os seus professores *Full time* à angústia económica ou à fome. Diz Gans que nas universidades alemãs a base económica é indispensável para assegurar a especialização necessária. Nos Estados-Unidos pagam-se 5.000 a 9.000 dólares anuais, tendendo-se para os 10.000, segundo me informa Pearce, director do Departamento de educação médica da Instituição Rockefeller. Em S. Paulo dá-se um sôlido mensal que equivale a 2.000 pesos. Não basta o sôlido: são precisos recursos de trabalho, e, além disso, custear as revistas e pagar as publicações.

Há um *Full time* verdadeiro naquele que se ocupa exclusivamente e com intensidade da investigação e do ensino; há o *Full time* aparente (ou incompleto) no que não exerce a sua profissão, nem investiga, nem ensina bem ou não estimula as vocações; há um *Full time* fictício ou falso no que exerce a direcção de um instituto e tem ao mesmo tempo um consultório ou um laboratório profissionais.

Não discutiremos se o *Full time* convem ou não nas cadeiras de clínica; há razões importantes pró e contra. Na Alemanha e na Suíça, há professores que fazem quasi *Full time*. Nesses países, na Inglaterra e nos Estados-Unidos, há casos de acôrdo cavalheiresco, em que os professores de clínica dão consultas poucas horas na semana, e a-miúdo no próprio hospital; ou, então, em alguns casos, têm um certo número de camas para clientes que lhes pagam bem. Nos Estados-Unidos, Canadá e Inglaterra, há uns trinta professores de clínica *Full time*, mas só são verdadeiros em cinco ou seis escolas norte-americanas, recebendo 10.000, 12.000 e até 15.000 dólares anuais.

É curioso observar que se discuta ainda o *Full time* nas Faculdades, quando é aceito na administração da Justiça, na Defesa Nacional, no Comércio, etc., profissões mais fáceis, menos absorventes, menos úteis e inferiores às do professor universitário.

Dedicação exclusiva dos auxiliares

O êxito das cátedras ou institutos depende mais da idoneidade do seu pessoal do que das suas instalações. É mais difícil e essencial preparar os técnicos do que conseguir recursos. Não basta construir um palácio cheio de aparelhos para se possuir um instituto, como supõem erradamente os nossos compatriotas.

Deve seleccionar-se um número restrito de colaboradores capazes de ajudar no ensino e na investigação. Dar-se-lhes condições de aperfeiçoamento, e, depois, aos melhores, vinculá-los com ordenados e ascensões progressivos. Sem eles não pode haver trabalho importante, nesta época de indispensável colaboração científica de grupos adextrados, de *team work* (trabalho em grupos). É preciso considerar que a aprendizagem é extensa e não permite dispersões; e, por fim, que entre êsses auxiliares se devem formar os professores e investigadores.

É necessário, portanto, designar alguns auxiliares em condições de *Full*

time e dar-lhes ordenados que lhes permitam dedicar-se exclusivamente e contemplar o porvir sem excesso de preocupação.

.....

*

* *

Cursos internacionais para a ampliação dos estudos médicos em Berlim, realizados pela associação dos docentes privados (Privat-Dozent) em pró da ilustração progressiva dos médicos, em colaboração com o Instituto criado pela esposa do imperador Frederico (Kaiserin Friedrich-Haus), com o apoio da Faculdade de Medicina da Universidade de Berlim

Estes cursos realizam-se, em parte, durante todo o ano permanentemente, e, em parte, durante os meses de Março e Abril do próximo ano de 1928.

I. Cursos permanentes:

- a) De 2-4 meses de duração.
- b) Lugares de ajudantes em Clínicas, Hospitais e Laboratórios, durante 2-3 meses, ou por mais tempo, para os alunos que desejem trabalhar praticamente e sob indicações sistemáticas.

II. Cursos durante os meses de Março e Abril de 1928:

- a) Cursos em forma de sumário, durando 14 dias: «Os pontos de vista e os métodos mais interessantes da patologia e da terapêutica clínica». Estes cursos têm por objecto proporcionar aos médicos um resumo dos progressos mais importantes realizados nos diferentes ramos da medicina interna e nas doenças das crianças, cirúrgia, ginecologia, urologia, dermatologia e otorinolaringologia.

Entre outros, figuram, como catedráticos para os respectivos cursos, os Profs. Brugsh, Buschke, Czerny, Benda, Goldscheider, F. Klemperer, Kraus, Munk, Schilling, Schlayer, Strauss.

- b) Cursos em forma de sumário sobre as doenças da nutrição. A duração do curso é de 10 dias, dando-se um resumo dos progressos mais importantes realizados nos diferentes capítulos das doenças da nutrição, e, em primeiro lugar, da diabetes, obesidade, das perturbações endocrínicas, etc.

Entre outros, tomam parte os seguintes professores: Von Bergmann, Boas, Lubarsch, Richter, Umber.

- c) Cursos em forma de sumário, de obstetrícia e ginecologia, feitos por Abel, Bracht, Hammerschlag, Hirsch, Schäfer, Stickel, Strassmann.

- d) Cursos em forma de resumo sobre os progressos obtidos no diagnóstico e terapêutica pelos Raios X em todos os capítulos da medicina (de 17 a 24 de Abril de 1928), feitos por Cohn, Dieck, Levy-Dorn, Lazarus, Pick, Ringleb.

e) Cursos individuais sôbre todos os ramos da medicina com exercícios práticos.

A língua em que se fazem os respectivos cursos é a alemã; todavia, há muitos professores que ensinam nas línguas espanhola, francesa e inglêsa.

A oficina central trata de proporcionar habitações apropriadas, e presta os esclarecimentos necessários sôbre as despesas com a estada em Berlim, servindo, além disso, de intermediária para as visitas às clínicas e na assistência às operações.

A oficina central está em: *Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin N. W. 6, Luitzenplatz 2-4.*

*

* *

Estão abertos os seguintes concursos:

Até 17 do corrente, para dois lugares de assistente do Instituto de Criminologia de Coimbra: um comum à 1.^a e 3.^a secções e outro para a 2.^a secção, em harmonia com o disposto no § 2.^o do artigo 19.^o do decreto n.^o 13.254, de 9 de Março de 1927 (*Diário do Govêrno*, de 16 de Novembro de 1927).

Até 18 do corrente: para segundo assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa (*Diário do Govêrno*, de 17 de Novembro de 1927), e para segundo assistente de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina do Pôrto (*Diário do Govêrno*, de 17 de Novembro de 1927).

*

* *

O Dr. Reinaldo Santos foi nomeado professor livre da Faculdade de Medicina de Lisboa e encarregado da regência do Curso de Propedêutica Cirúrgica.

*

* *

Colectividades científicas

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Inauguraram-se, no dia 3 do corrente, os trabalhos do ano académico de 1927-1928, lendo os secretários, srs. professor Henrique Parreira e dr. Freitas Simões, os seus relatórios, e fazendo o sr. dr. Costa Sacadura a sua alocução sôbre «A importância social da saúde».

No dia 10, realizou-se a 2.^a sessão (ordinária), com a seguinte ordem da noite: «Hospitais portugueses no Rio de Janeiro», pelo sr. dr. Jorge Monjardino, e «Impressões de uma viagem de estudo a algumas clínicas europeias de oto-rino-laringologia», pelo sr. dr. Carlos Larroudé.

Sociedade Portuguesa de Biologia

Na sessão de 7 de Novembro, fizeram-se as seguintes comunicações:

«Sur l'interprétation de la réaction de Manoïloff», par Ferreira de Mira;
«L'infection tuberculeuse pulmonaire par voi digestive», par Mira Filho et Lopo de Carvalho;

«Sur le trajet suivi par le Bacille tuberculeux absorbé par l'intestin», par Lopo de Carvalho et Mira Filho;

«La stratification de l'épithélium pulmonaire chez les Amphibiens», par Cordato Noronha, présentée par Ferreira de Mira;

«Sur la formation de l'axe neural aux dépens de la ligne primitive», par Simões Raposo;

«Le cancer à l'arsenic», par Simões Raposo.

Sociedade Portuguesa de Urologia

Em sessão do dia 14 de Novembro, o sr. dr. Reinaldo dos Santos fez uma comunicação sobre «A prova do carmin índigo na exploração funcional comparada dos dois rins». Na de 14 de Dezembro, o sr. dr. Artur Ravara leu um relatório sobre «A exploração funcional dos rins».

*

* *

«Lisboa Médica». — A partir do presente número, começa esta Revista a publicar regularmente, além dos artigos originais, uma *nota clínica* de patologia ou de terapêutica, e uma nova secção, fora do texto, informando o clínico do movimento médico de Lisboa (com o resumo das comunicações da Sociedade Portuguesa de Biologia e da Sociedade de Ciências Médicas). A necrologia portuguesa e a notícia dos partidos médicos a concurso serão também descritos nesta secção.

A *Lisboa Médica*, que publicava 11 fascículos por ano, passará, no próximo ano, a dar 12 números, saindo, respectivamente, na primeira quinzena de cada mês.

LACTOLAXINA FYDAU

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

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

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

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

OPOTERAPIA VEGETAL

Os Energétènes BYLA

TODO O SUGO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

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

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

Tratamento completo das doenças do figado 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 pilulas por dia

ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INFESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos scientificos

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



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

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves & C.^{ia}*
(Irmãos) pelos productos "Wander".

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves Berne

A. Alves & C.^{ia}

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.

ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;

CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.

MALTOSAN, sopa de malte
Keller;

NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^{ia} (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.^o