



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

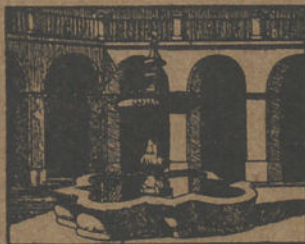
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,  
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**COQUELUCHE E TOSSE REBELDE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA**, **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 0,0004 **STROPHANTINE** CHRYST.

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

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são ineficazes; exigit 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 convalescências —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup> — LISBOA

Sala 3  
Est. 2  
Tab. 1  
N.<sup>o</sup> 73

# GALLOIS & C.<sup>IE</sup>

LYON

CONSTRUCTORES  
de:

Aparelhos de

## Raios Ultra Violeta

a vapor de mercúrio  
de «alumage» auto-  
matica, e de arco  
polimetalico.

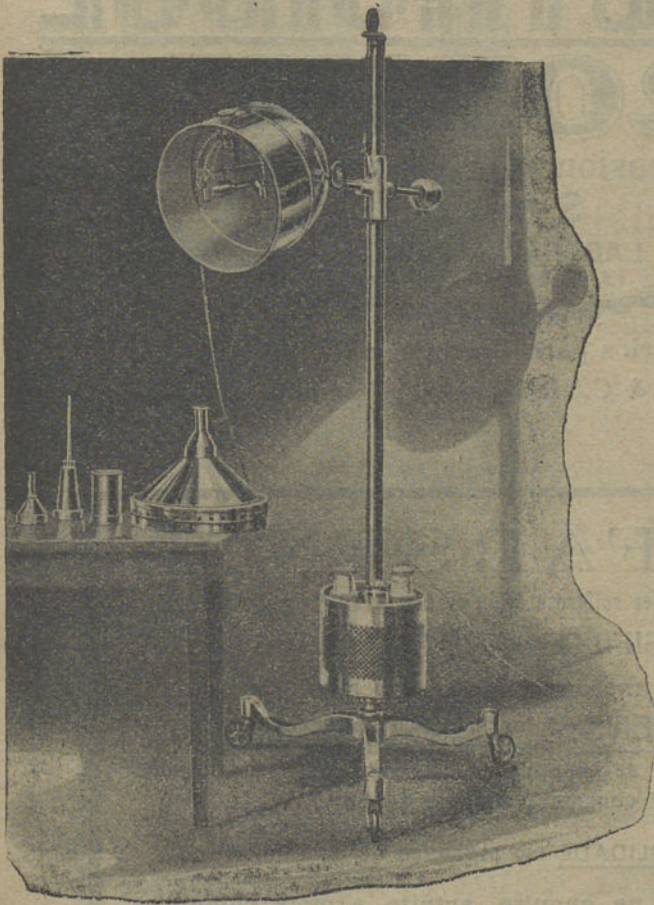
●  
Aparelhos de

## Raios Infra Vermelhos

●  
ELECTRODOS em  
quartzo para radiações  
ULTRA VIOLETA,  
com correntes de alta  
frequência.

●  
\* Não deixe hoje mesmo  
de pedir esclarecimentos e a  
indicação dos possuidores de  
aparelhos «GALLOIS»,  
no país, aos

REPRESENTANTES



# DAVITA, L.<sup>DA</sup>

RUA EUGENIO DOS SANTOS, 81  
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 1748  
3 Julho 1943

Depositários para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>-R Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 506, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

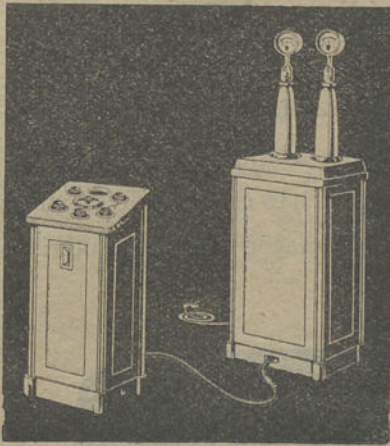
Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

**92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

**Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>** 45, Rua Santa Justa, 2.º

LISBOA



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

Os melhores  
aparelhos de  
**RAIOS X**  
E  
**Electromedicina**

são os da

**SIEMENS REINIGER VEIFA**

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

Material para

**Raios ultravioletas**

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.<sup>da</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

## Opinião de alguns médicos: N.º 6

Quando o útero está esclerosado, inflamado e endurecido e quando existem úlceras acompanhadas de abundante e persistente depuração; nas endometrites agudas e crónicas assim como nas inflamações ovaricas, uterinas e vaginais, o emprego da



produz resultados imediatos.

No tratamento do útero e da vagina, sirvo-me de um tampão de algodão de Antiphlogistine quente. Este é colocado bem junto das partes afectadas e seguro com gase. A gase e o tampão podem ser retirados pelo doente a quem tenham sido dadas as necessarias instruções, depois de ter conservado o penso durante 12 a 14 horas.

**The Denver Chemical MFG, Co., New-York**

LABORATORIOS :

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

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.**

**8, Caes de Sodré — LISBOA**

## 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.ºa-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

# INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

## Brand

### SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR

**ESTA** 1 — Rápidez e exactidão na dose.  
**MARCA** 2 — Completa actividade e estabilidade.  
**ASSEGURA:** 3 — Ausencia de reacção e dôr na injecção.

20 unidades por c. c. em frasquinhos de:

**EM DUAS** 5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

**FORÇAS:** 25 c. c. = 500 » (» 50 » )

40 unidades por c. c. em frasquinhos de:

5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

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

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

Representante em Portugal:

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

# Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## ARHÉOL

 $C^{15} H^{26} O$ 


Princípio activo da Essência de Sândalo  
Blenorragia. Cistite. Piéllite. Pielonefrite.  
Catarrho vesical

## KOLA ASTIER

GRANULADA



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

## NÊO-RIODINE

 $C^3 H^6 O^4 I^5 Na$ 

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 cm<sup>3</sup> segundo os casos

### NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

## RIODINE

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

Derivado organico iodado  
Ether glicericico  
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.<sup>a</sup> — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA





## SUMARIO

Artigos originaes	
<i>Endocardite maligna</i> , por Thiago d'Almeida.....	pág. 1
<i>Lipoma herniário epigástrico</i> , por Amândio Pinto.....	» 20
Notas clínicas	
<i>A colite ulcerosa e o seu tratamento</i> , por Mário Rosa.....	» 27
Sessões científicas do Hospital Escolar	
<i>Sessão de 30 de Novembro de 1928</i> .....	» 31
<i>Sessão de 15 de Dezembro de 1928</i> .....	» 30
Bibliografia	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 46
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	» 64
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	» 1

## ENDOCARDITE MALIGNA

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. DISCUSSÃO DO DIAGNÓSTICO. AUTÓPSIA.  
PROBLEMAS DE SEMIÓTICA E ANOMALIAS ANATÓMICAS.  
(NOTAS DUMA LIÇÃO CLÍNICA)

POR

THIAGO D'ALMEIDA

Prof. de Clínica Médica na Fac. de Med. do Pôrto

O diagnóstico duma endocardite maligna nem sempre é possível. A sintomatologia cárdio-vascular, que pode elucidar o clínico e garantir o acêrto, perde-se por vezes no complexo da infecção geral, e a localização endocárdica da doença não é fácil.

Sob êste ponto de vista são impressionantes, entre outros casos, que têm acudido às salas do nosso serviço hospitalar, os referidos já nos *Arquivos de Clínica Médica* e no *Portugal Médico* (1).

Êste ano lectivo (1927-28) entrou para a sala da Senhora da Conceição um doente, que veio a falecer dois meses depois. Entrou a 6 de Janeiro e faleceu a 3 de Março.

Foi possível e até fácil o diagnóstico de *endocardite maligna*; mas não pôde ser determinada com precisão a etiologia do processo endocárdico, e, na evolução do caso, o doente apresentou

(1) *Arquivos de Clínica Médica*. — Pôrto. — Tômoo 1, n.º 2, e tômoo 11, n.º 1.  
*Portugal Médico* — Pôrto. — N.º 8. 1924.

particularidades que envolviam problemas de semiótica de resolução difícil, e que só a autópsia permitiu esclarecer.

As lesões encontradas no coração são interessantes para o estudo das endocardites malignas, e se a peça mereceu ser arquivada no *Museu*, a história clínica da doença, com as hipóteses sugeridas para a interpretação dos fenómenos observados, não deve ficar no silêncio do registo hospitalar.

### OBSERVAÇÃO CLÍNICA

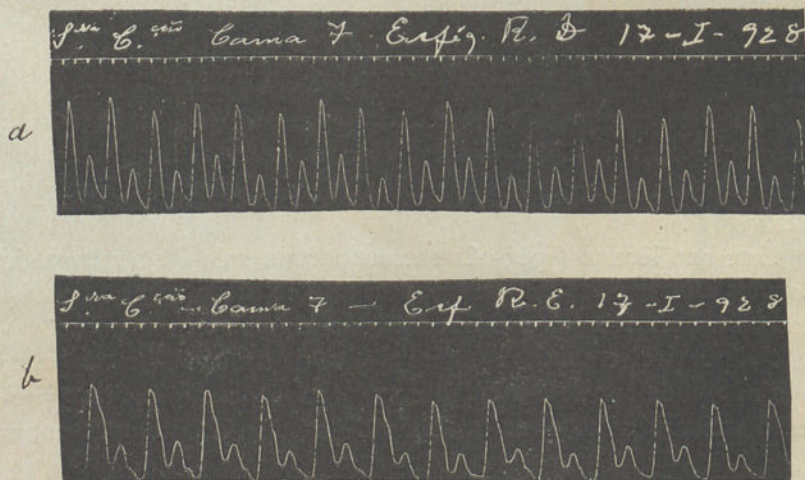
O doente A. A. C., de 26 anos, estucador, desde meado de Novembro do ano findo (1927) começou a sentir-se com febre (calores, arrepios, cefaleias), tendo depois crises de suores, e notou a aparição de edemas dos pés. Assim andou quinze dias, trabalhando sempre, até recolher ao leito, onde se conservou três semanas sem assistência médica. Durante êste tempo não o abandonou a febre, sempre com calores e arrepios, e as crises de suores abundantes, com palpitações, oligúria, sede intensa e anorexia, assinalaram a marcha da doença.

No dia 24 de Dezembro entrou para o Hospital de Santo António, enfermaria 4, e no dia 6 de Janeiro seguinte transitou para a 2.<sup>a</sup> Clínica Médica.

Eis a nota da sua sintomatologia à entrada no serviço escolar:

Palidez da pele e mucosas. Cór sub-ictérica das conjuntivas. Pele seca. Temperatura elevada (39°) e muito irregular; arrepios; crises de suores gerais, abundantes; sede; excitação mental com loquacidade.

Língua húmida e saburrosa. Fezes fétidas e escuras. Ventre timpânico e



A. A. C. — Esfigmogramas da radial direita (a) e radial esquerda (b)

Fig. I

**OPOTERAPIA  
FEMININA**

# **CINECINA** **SEIXAS-PALMA**

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

**DE OPTIMO RESULTADO  
EM TODOS OS CASOS DE:  
IRREGULARIDADES MENSTRUAES  
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA  
NEURASTENIA SEXUAL.  
HISTERISMO.  
ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.  
NEVROSES CARDIACAS.  
ASMA NERVOSA.  
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS  
DE**

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

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

# GÍNECINA

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

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados têm merecido os mais rasgados elogios:

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

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

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

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



ligeiramente abalado. Dores à palpação no epigastro e hipocôndrio direito; gorgolejo no cólon descendente; fígado duro, liso, doloroso, e aumentado de volume. Oligúria, vestígios de albumina, urinas carregadas na çôr, com baixa notável de todos os elementos.

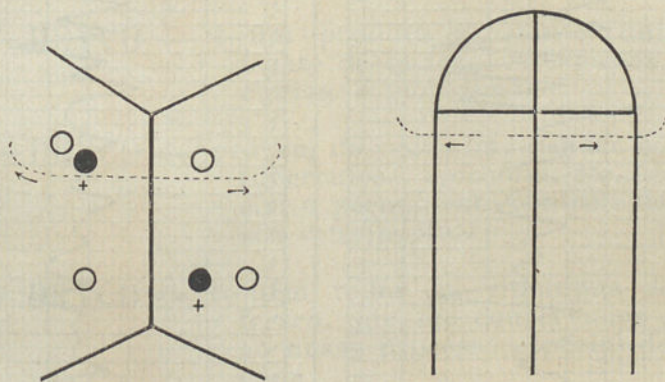
Dispneia com os mais pequenos movimentos no leito; congestão das duas bases pulmonares.

Pulso desigual, freqüente (104) e dicroto.

Tensões:  $TM = 11$ ,  $Tm = 4,5$ , na radial direita. Área da maciez cardíaca aumentada. Choque apexiano enérgico no quarto espaço, para fora da linha mamilar. Palpitações enérgicas.

Sôpro holossistólico rude, em todos os focos.

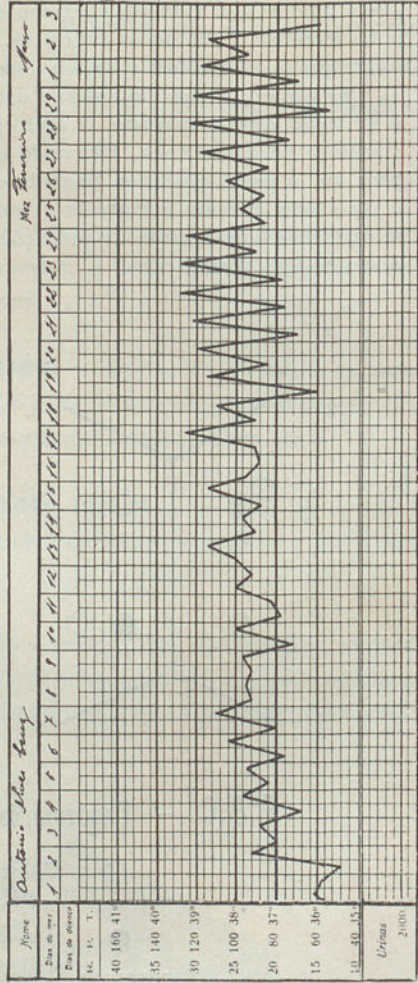
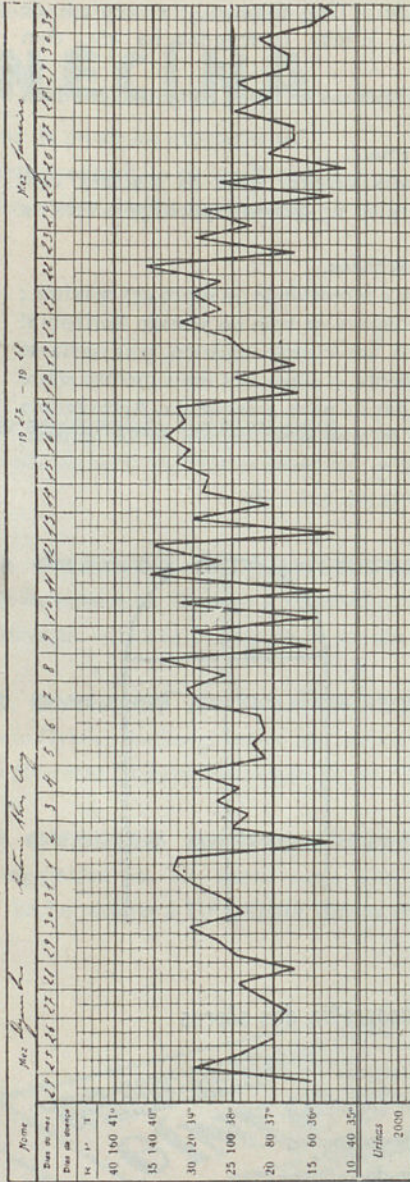
No segundo espaço intercostal direito a intensidade do sôpro era máxima; o 2º ruído estava apagado. O sôpro propagava-se bem no sentido horizontal e melhor para a direita, formando quasi um círculo acústico, pois ouvia-se bem até à parte posterior. Sentado o doente, o sôpro era mais intenso sôbre o manúbrio, e mais acentuada a propagação para a esquerda. Apresentava nitidamente dois centros de pulsações e frémito sistólico, um no foco mitral, outro no foco aórtico.



A.A.C. - Esquema da topografia dos sôpros

- Sôpros sistolicos
- + Centros de fremitos
- Centros de pulsações
- Propagação dos sôpros

Fig. II



A. A. C. Curva das temperaturas  
Fig. III

POR QUE É

# DRYCO

O MELHOR LEITE EM PÓ

- 1.º — DRYCO — não é mais que leite em pó, sem adição de qualquer outra substancia (malte, lactose, etc.).
- 2.º — DRYCO — é feito com leite vindo directamente das feitorias e antes de ser transformado em pó é rigorosamente analisado.
- 3.º — DRYCO — é um produto constante, uniforme, isento de quaesquer especies de bacterias: é purissimo.
- 4.º — DRYCO — provém de vacas imunizadas contra a tuberculose, epizootia, etc., estando sob o permanente contrôle dos nossos veterinarios.
- 5.º — DRYCO — contém todas as vitaminas do leite fresco, que são conservadas graças ao nosso processo especial de secagem.
- 6.º — DRYCO — é o unico leite em pó que, graças à irradiação pelos raios ultra-violeta, tem um forte poder anti-raquitico.

THE DRY MILK COMPANY, 15, PARK ROW—NEW YORK

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

Depositarios para Portugal e Colonias:

**GIMENEZ SALINAS & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9. 1.

**LISBOA**

LISBOA MÉDICA

PRODUTOS

# Serono

**Bioplastina Serono**

(em ampolas de 1 1/2 e 5 c. c.)

a primeira lecitina de gema de ovo introduzida em terapêutica

**Reconstituente por excelencia**

**L. Lepori**

**RUA VICTOR CORDON, 1-A**  
Apartado 214 — LISBOA



*Análises :*

R. Wi.....	Negativa
R. Wa .....	Negativa
Hemocultura .....	Negativa (19 de Janeiro); uma em 6 de Janeiro ti- nha sido positiva para o estafilococo.

*Análise do sangue, em 25-I-928:*

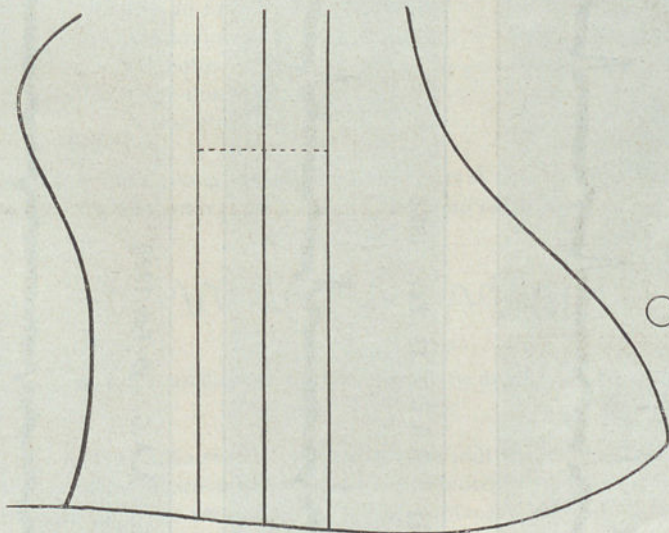
Hemoglobina .....	34,25 %
Glóbulos rubros.....	2.200.000
Glóbulos brancos .....	9.600
Valor globular .....	0,78

*Fórmula leucocitária :*

Neutrófilos .....	78,57 %
Eosinófilos .....	0,00 %
Linfócitos .....	12,85 %
Monócitos .....	8,57 %

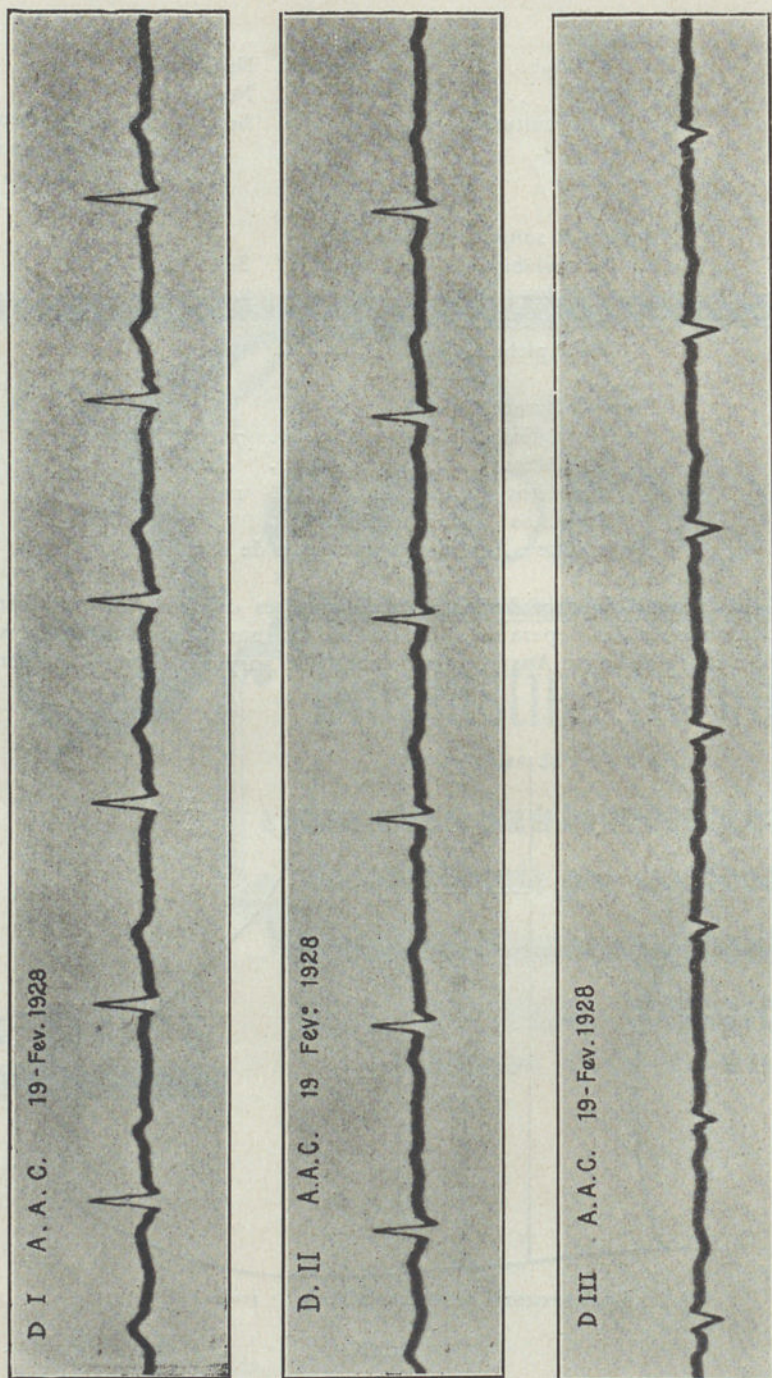
Anisocitose. Ausência de plaquetas de Bizzozero

A doença foi progredindo sempre. As crises de suores continuaram, sendo notáveis das 3 para as 4 da manhã. Os suores, copiosos, molhavam toda a roupa da cama. Apareceram manchas de púrpura, discretas, nos bra-



A.A.C. Figura percussoria da maciszez cardiaca Escala  $\frac{1}{2}$

Fig. IV



A. A. C. — Electrocardiogramas nas três derivações  
Fig. V

ços e antebraços. Aumentou o edema dos membros inferiores, e edemaciaram-se o escroto e o pênis.

Acentua-se a congestão das bases pulmonares. O edema estende-se ao tronco e à face. Nota-se um pouco de ascite. O doente, sempre febril, cai em grande sonolência.

O pulso continua freqüente, variando com a temperatura. A diurese aumentou com o uso do novasurol, diminuindo o edema. As pulsações persistiram, bem como o frêmito e os sopros. A área cardíaca, medida pela percussão, dava a forma da fig. IV. O frêmito no 2.º espaço intercostal direito era duma flagrante nitidez.

Por vezes o 2.º ruído aórtico ouvia-se desdobrado.

A meio do internato hospitalar fiz electrocardiografar o doente pelo Dr. Aureliano Pessegueiro, encarregado do curso de propedêutica (fig. V).

A discussão dos electrocardiogramas mostra as seguintes alterações:

P muito apagado em D I e D III e pouco acentuado em D II; T pouco elevado em D II: — *Diminuição geral do poder de contracção auricular.*

Variações ligeiras na altura dos pontos R e S: — *Ligeira falta de uniformidade das sistoles ventriculares.*

Amplitude franca de R, e enfraquecimento de S em D I; enfraquecimento de R e exagêro de S em D III: — *Hipertrofia do ventriculo esquerdo.*

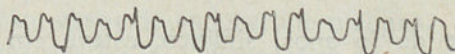
As conclusões autorizadas pela discussão dos electrocardiogramas, e nas três derivações, são concordes com o estado do coração, tanto nos sintomas colhidos durante a vida, como nas lesões encontradas na autópsia.

Uma nova análise do sangue revelou o aumento de leucócitos.

*Análise do sangue, em 24-II-928:*

Hemoglobina .....	34 %
Glóbulos rubros .....	2.360.000
Glóbulos brancos .....	14.000
Valor globular .....	0,72

O oscilograma (Políg. de Boulite) da umeral direita (fig. VI) oferecia uma irregularidade notável no dia do falecimento (3 de Março).



A. A. C. — Oscilograma da umeral direita no dia do falecimento  
Fig. VI

Toda a medicação resultou absolutamente inútil.

Sôro anti-estafilocóccico, sôro anti-estreptocóccico, abcesso de fixação, salicilato de sódio, no sentido de combater a infecção, foi tudo ineficaz.

Urotropina, adrenalina, óleo canforado, teobromina, esparteina e estricnina, cafeína, sem êxito.

Há apenas a registar a acção diurética do novasurol.

A doença evoluciona fatalmente para a morte.

Os antecedentes pessoais reduzem-se ao sarampo em criança, uma hemorragia há um ano, uma ulceração no prepúcio cicatrizada rapidamente, *palpitações e dispneia de esforço desde pequeno*.

Os antecedentes de família são também reduzidos, e sem valor.

### DISCUSSÃO DO DIAGNÓSTICO

A temperatura elevada e constante, desde a entrada do doente, como se verifica pelo gráfico respectivo, com os arrepios, cefaleias, a anorexia, a prostração, fixaram nitidamente o carácter infeccioso da doença.

Os sopros múltiplos, as palpitações, os caracteres do pulso, o aumento da área da maciez cardíaca, a dispneia, sem relação com alterações pulmonares, marcaram o diagnóstico de endocardite. Se é certo, como quer Danielopolu, que uma endocardite vegetante pode evolucionar sem fenómenos gerais, com pouca febre, não sucedeu o mesmo no nosso doente (1).

A intensa anemia, as crises sudorais, a constância da temperatura febril com exacerbações, a púrpura, os edemas, impunham o carácter de malignidade no processo infeccioso. Tratava-se, pois, duma *endocardite infecciosa maligna*.

Nem sempre é possível o diagnóstico de endocardite maligna, como já referimos, e as dificuldades são registadas por diversos patologistas. É que os sintomas endocardíticos não aparecem sempre com nitidez, e a restante sintomatologia confunde-se com a da infecção geral que domina o doente. Assim o temos verificado através da clínica hospitalar, e algumas observações o testemunham.

Um doente de 30 anos, sifilítico, esteve em tratamento no nosso serviço durante um mês, em 1926. Foi possível o diagnóstico de endocardite maligna, porque, se os sintomas da infecção não eram grandes, em compensação eram acentuados os sintomas cárdio-vasculares.

---

(1) DANIELOPOLU e ENESCO. — «Souffle diastolique mitral par endocardite végétante greffée sur une lésion mitrale complète». *Arch. des Mal. du Cœur*. Paris. 1921.

A autópsia confirmou o diagnóstico.

Em Fevereiro de 1920, e apenas durante três dias, esteve na Clínica Médica uma doente que faleceu vítima duma endocardite maligna. O diagnóstico foi facilitado pela formação duma embolia no membro inferior esquerdo, com cianose e esfriamento da perna e pé, dor no trajecto dos vasos, perda de sensibilidade objectiva. Na autópsia verificou-se, além das vegetações e ulcerações das sigmoideias da aorta, um coágulo na pediosa esquerda até à tibial anterior.

Êste caso aproxima-se dum descrito na *Medicina Contemporânea* em 1916 pelo Prof. Belo Moraes. Tratava-se duma endocardite maligna, com gangrêna do pé esquerdo e embolia da tibial posterior. A história clínica com o relatório da autópsia serviu de texto à tese do Dr. Mira Mendes, defendida na Faculdade de Medicina de Lisboa (1).

Mas nem sempre sucede aparecerem sintomas tão esclarecedores.

Numa doente internada em Clínica Médica em Fevereiro de 1924, o caso mais parecia uma febre tifóide, e êste diagnóstico foi a hipótese que então formulámos, e que se nos afigurava a mais segura. A autópsia mostrou a existência de vegetações nas valvas da mitral sem outras lesões de dotienteria (2).

Outra doente, apenas durou três dias no nosso serviço, em Dezembro de 1925, simulava perfeitamente uma grave infecção tifóide. A autópsia revelou uma endocardite vegetante, distribuídas as lesões pela mitral, endocárdio auricular e sigmoideias da aorta (3).

Na *Medicina Contemporânea* de 1911, o Prof. Carlos Tavares descreve dois casos de septicémia reumatismal, que muito *possivelmente* eram casos de endocardite maligna.

Para o ilustre professor o diagnóstico foi apenas o da possibilidade (4).

Segundo Dieulafoy, embora valorizados os sopros e as embo-

---

(1) *Medicina Contemporânea*. Lisboa. 1916.

(2) *Arquivos de Cl. Méd.* Pôrto. Tômoo 11, n.º 1.

(3) *Arquivos de Cl. Méd.* Pôrto. Tômoo 1, n.º 2.

(4) *Medicina Contemporânea*. Lisboa. 1911.

lias para o diagnóstico, os sintomas gerais têm mais importância que os sintomas locais (1).

É categórica a afirmação de Osler: *The diagnosis is by no means easy*. A febre começa insidiosamente, e durante semanas pode ser tratada por uma febre tifóide (2). Foi precisamente o que nos sucedeu em dois dos nossos casos.

«O diagnóstico certo de endocardite maligna é um problema muito difícil, por vezes, e em alguns casos impossível de resolver», escreve Maixner, de Praga (3).

Ramond descreve um caso de septicémia estreptocócica, que o laboratório confirmou. Pensou em vários diagnósticos, e é curioso verificar ter afastado a hipótese de uma endocardite maligna pela ausência de qualquer sinal do coração. Pois na autópsia registou-se a existência de numerosas vegetações de endocardite maligna na face auricular da tricúspida, ao nível das quais formigavam os estreptococos (4).

Entre as formas de endocardite maligna difíceis de reconhecer, refere Robert Debré a anémica e a purpúrica (5).

A forma da endocardite no nosso doente, a-pesar-de anémica e levemente purpúrica, não foi difícil de diagnosticar, pois os sintomas locais e gerais eram dos mais impressionantes. O problema mais difícil de resolver foi o da natureza da infecção, pois os processos analíticos não esclareceram as hesitações da clínica, deixando subsistir as dúvidas. No doente A. A. C. uma primeira hemocultura revelou a existência do estafilococo, que resultou negativa em hemoculturas posteriores, mas as crises sudorais, as exacerbações térmicas, a intensa anemia, e esta principalmente, lembravam uma estreptococcia. E esta podia estar associada, sem que o exame do sangue, colhido nas melhores condições para a hemocultura revelasse o estreptococo, pois há que contar com as suas formas ainda ignoradas dos bacteriologistas. O mesmo

(1) DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*. Tome I. Paris. 1911.

(2) OSLER. — *A system of Medicine*. Vol. IV. London. 1915.

(3) MAIXNER. — *Arch. des Mal. du Cœur*. 1913.

(4) LOUIS RAMOND. — «Septicémie à streptococcus», in *Presse Médical* 1928. N.º 40.

(5) ROBERT DEBRÉ. — *Paris Médical*. 19-IX-1918.

sucede com a endocardite gonocócica, uma das mais graves, e com a endocardite que sucede ao reumatismo articular agudo (1).

A positividade para o estafilococo na primeira hemocultura, dada a negatividade das culturas subseqüentes, bem podia resultar de uma insuficiente assépsia da pele na primeira extracção do sangue.

Ou porque sejam desconhecidos os agentes, ou porque sejam difíceis de investigar no sangue, o problema da natureza da infecção fica uma incógnita, se o doente não apresenta no decorrer da sua sintomatologia elementos clínicos que permitam classificar a forma mórbida que precedeu a eclosão de endocardite. E assim afirmamos porque praticamente não há endocardites primitivas. Os micróbios localizam-se nas válvulas do coração, como se disseminam pelo sangue, após a infecção.

No nosso doente não foi possível determinar como a doença começou, pois quando se internou estava já em franca evolução a endocardite. Também não foi possível determinar a porta de entrada do estafilococo. O que parece é que o seu endocárdio estava já lesado, e por alterações congénitas, como veremos.

A infecção achou aí terreno azado para se instalar.

O doente faleceu após 58 dias de tratamento na clínica escolar. Com mês e meio que passou em casa desde que sentiu as primeiras manifestações da doença, andou cêrca de três meses e meio com a sua endocardite. Dela veio a falecer, a despeito da terapêutica instituída. Cumpriu-se, mais uma vez, a lei da fatalidade no prognóstico, em que são concordes os patologistas.

Achard, numa lição sôbre endocardites malignas, tem esta afirmação: *O interêsse dum diagnóstico preciso reside no carácter fatal do prognóstico que permite fazer* (2).

O mesmo conceito se encontra exarado em lições de outros professores. Pela nossa parte a confirmação é completa. Todas as endocardites malignas tratadas no nosso serviço terminaram pela morte.

---

(1) LANGERON et DELCOUR. — «Sur l'endocardite rhumatismale maligne», in *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. N.º 7. 1928.

(2) ACHARD. *Journal des Praticiens*. 1920. Pág. 177.

## AUTÓPSIA

Intensa anemia de pele e das mucosas. Livores hipostáticos. Acentuada infiltração edematosa de todo o tecido celular subcutâneo.

*Peritoneu*: — Ascite serofibrinosa pouco abundante.

*Fígado*: — Muito aumentado de volume, liso e fortemente congestionado.

*Baço*: — Ligeiro aumento de volume; congestão.

*Rins*: — Muito congestionados, aumentados de volume, principalmente o esquerdo.

*Pleura esquerda*: — Pequeno derrame citrino. Ligeiras aderências da face interna ao pericárdio.

*Pleura direita*: — Derrame citrino, de volume médio (cerca de 1 litro). Aderências da face interna ao pericárdio, não muito fortes, mas mais espessas que à esquerda.

*Pulmão esquerdo*: — Congestão acentuada do lobo inferior e do bordo posterior de todo o pulmão. Zonas atelectásicas do vértice.

*Pulmão direito*: — Edema na base. Congestão intensa do lobo inferior e do bordo posterior dos outros lobos.

*Pericárdio*: — Com o pericárdio fechado, depois do levantamento do *plastron* esterno-costal, a zona cardíaca apresentava-se muito aumentada, e correspondendo com precisão em tamanho e forma à zona de maciez encontrada pela percussão durante a vida (fig. IV). Espessamento do saco pericárdico que à altura da base adere fortemente ao coração e grandes vasos. Aderência do pericárdio parietal ao pericárdio visceral na face anterior do coração.

*Coração*: — Muito aumentado de volume, com hipertrofia do coração esquerdo, grande dilatação do coração direito, tendo à superfície largas e numerosas sufusões sangüíneas. Valvas da mitral soldadas por zonas esclerosadas até ao seu bordo livre.

Sigmoideias aórticas esclerosadas, grossas, de bordos irregulares, dando um acentuado apêto do orifício aórtico. A valva externa atravessada por um orifício e apresentando, quer na face arterial, quer do lado do coração, vegetações abundantes e ulceradas. Válvulas normais no coração direito (fig. VII).

*Aorta*: — Logo acima da embocadura das coronárias, aneu-



# PRODUCTOS BRUSCHETTINI

Vacina Antipiogénica Polivalente  
"Bruschettini"

Estreptococos e Estafilococos

*Nas infecções determinadas por associações microbianas*

Vacina Antigonocócica "Bruschettini"  
Gonococos

*Na uretrite, prostatite, orquite e artrite blenorragica*

Amostras aos Srs. Médicos

**L. LEPORI**

RUA VICTOR CORDON, 1-A

Apartado 214 — LISBOA

LISBOA MÉDICA



## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

**Syndromas Anêmicos e das Perdas Orgânicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>l</sup>ª, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)

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

“  
**Ceregumil**  
Fernández

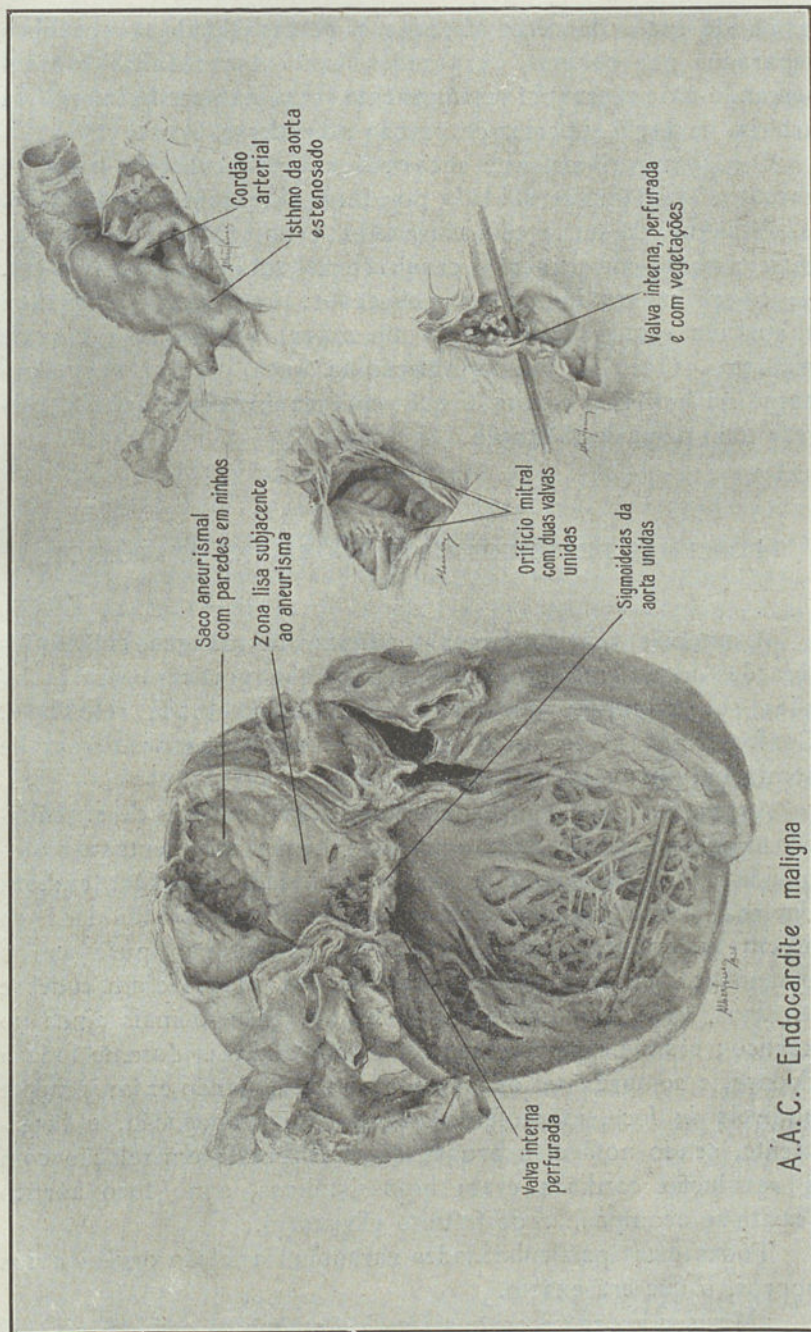
Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

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

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

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



A.A.C. - Endocardite maligna

Fig. VII

risma de saco, de cêrca de 50 c. c. de capacidade, com ninhos separados por colunas, de paredes lisas e esclerosadas, e apresentando uma ulceração regularmente larga da parede interna da artéria, na parte superior da porção ascendente.

O saco aneurismal está encostado à aurícula direita, a que se encontra intimamente soldado por forte aderência do pericárdio.

O istmo da aorta está estreitado, e no comêço e a meio do estreitamento encontra-se o canal arterial, obliterado, de 1/2 cm. de comprimento, rolando sob os dedos, prendendo a aorta com a aurícula esquerda, formando um espaço ovalar, de 2 cm. de diâmetro. Quer na sua terminação na aorta, quer na sua terminação na aurícula, o cordão que representa o canal arterial oferece uma pequena dilatação.

#### PROBLEMAS DE SEMIOTICA E ANOMALIAS ANATÓMICAS

A autópsia veio confirmar a endocardite maligna, com as alterações úlcero-vegetantes das sigmoideias aórticas. Outras lesões se encontram que merecem mais detalhada referência. Confrontemos as lesões da autópsia com alguns problemas de semiótica, postos na evolução do caso.

Apresentava o doente sopros em todos os focos de auscultação cárdio-aórtica, e dada a intensa anemia do doente, a multiplicidade dos sopros, e a sua variabilidade acústica, embora ligeira, com a posição, era para pensar na possibilidade de serem anorgânicos, se outras circunstâncias não pusessem o diagnóstico de uma endocardite. Mas os sopros eram rudes e intensos, bem acentuados nos focos da base, e mais ainda no aórtico; eram permanentes, pois foram audíveis durante toda a doença, e sempre com os mesmos caracteres; não eram somente audíveis *in loco*, mas ofereciam raios de propagação, e largamente, sendo notável a propagação horizontal; em relação com a revolução cardíaca eram holossistólicos, e no foco aórtico faziam-se acompanhar de frémito vibratório.

Todas estas particularidades garantiam a feição orgânica dos sopros, o que era exacto.

¿ Mas sendo orgânicos, quais as lesões que os originavam ?

Êste é outro problema. A primeira hipótese formulada foi a de uma estenose aórtica.

Baseamos a hipótese nos seguintes caracteres do sôpro: sôpro holossistólico, muito rude, máximo no segundo espaço intercostal direito, propagação para a clavícula e região cervical, associação de frémito vibratório.

A autópsia confirmou a hipótese, bem como as previstas conseqüências. A perda de elasticidade das sigmoideias aórticas e a baixa tensão diastólica tornavam apagado o 2.<sup>o</sup> ruído; a estenose aórtica hipertrofiou o ventrículo esquerdo, e com o tempo dilataram-se as cavidades direitas, daí a forma da macicez que o coração apresentava.

O sôpro era holossistólico, mas alonga-se a diástole, e por êste facto e pela macicez, abrangendo toda a área do coração, pelo esfigmograma do pulso radial, supus que uma insuficiência aórtica se juntava à estenose, e ainda esta hipótese a autópsia confirmou. Uma das valvas sigmoideias, a externa, estava atravessada por um orifício de modo que por êle e na diástole ventricular refluiu uma veia líquida para a aorta, associando assim à estenose um certo grau de insuficiência aórtica. Uma perfuração semelhante foi encontrada por Comboy e Kretsehmer numa endocardite maligna (1).

Se o doente fôsse um sifilítico, se o doente não tivesse 26 anos, se um prévio conhecimento da sua patologia cárdio-aórtica pudesse esclarecer a sua história clínica, impunha-se a hipótese dum aneurisma da aorta. Eram dois os focos de pulsações; era acentuada a propagação do sôpro ao longo do bordo direito do esterno, e exagerada a área ao nível dos grossos vasos. Pois apesar de elementos tão valiosos para o diagnóstico de um aneurisma, arredei esta hipótese, porque atendi à negatividade de R. Wa., à ausência completa de acidentes luéticos, e atribuí somente à dilatação do coração direito, nomeadamente à aurícula direita, a macicez notada. O sôpro, bem como o frémito, foram atribuídos às vibrações produzidas na veia líquida, já pela estenose

---

(1) J. COMBOY et KRETSEHMER. — «Endocardite maligne». *Journal Amer. Med. Ass. Refer. in Arch. des Mal. du Cœur.* 1920.

aórtica, já pelas vegetações das sigmoideias. A autópsia veio mostrar que a hipótese de aneurisma devia ser mantida.

Como se vê do protocolo da autópsia, e está representado na fig. VII, logo acima da embocadura das coronárias, a aorta apresenta um aneurisma, estando o saco intimamente soldado à aurícula direita. As paredes da aorta estavam esclerosadas, e apresentavam ninhos separados por colunas de paredes lisas. São particularidades que abonam a origem congénita das lesões aórticas, que levaram ao aneurisma. A congenitalidade explica a irregularidade na distribuição, direcção e forma dos feixes musculares sub-endarteriais, produzindo ninhos, sulcos ou saliências. Não era em dois meses e meio que se produziria o aneurisma, e antes se deve admitir que êle se agravou pela endocardite, que não poupou a parede da aorta, onde se notava uma ulceração da parede interna.

Se as lesões da parede da aorta podem ser interpretadas por um dos dois mecanismos, a embolia dos vasos nutritivos da aorta, ou a infecção da *íntima*, pretende Ronald Grant, baseado no estudo de 30 casos, que deve ser êste último o mecanismo mais habitual. As vegetações das válvulas dão por contacto origem a lesões similares dos tecidos vizinhos. Nos casos estudados por Grant 15 apresentavam lesões da aorta e dos seios. Estas lesões eram vegetações, fissuras ou aneurismas, e a sua distribuição mostrou que eram devidos à infecção da superfície interna, por contacto com as vegetações, residindo no nível das valvulas aórticas. Esta mesma interpretação deve aplicar-se ao nosso caso (1).

Boldero e Bedford chamam a atenção para a frequência com que se instala a endocardite infecciosa sôbre as lesões congénitas do coração (2).

Ora na história do doente pôde ser apurado que desde criança êle sofria de *palpitações e dispneia de esforço*, e tinha por vezes crises de dispneia. Conjugando êstes factos com a exis-

---

(1) RONALD T. GRANT. Heart. 1924. T. XI. Refer. in *Arch. des Mal. du Cœur*. 1925. Pág. 106.

(2) BOLDERO e BEDFORD. Lancet. 11 Oct. 1924. Refer. in *Arch. des Mal. du Cœur*. 1921. Pág. 812.

tência dum sopro que era quasi circular, pensei na doença de Roger. A doença de Roger aproxima-se de uma maneira impressionante da estenose aórtica. Uma das circunstâncias que separa as duas afecções é a dilatação do coração direito, que aparece precocemente na doença de Roger, e tardiamente na estenose aórtica. Esta dilatação oferecia-a o coração do doente, e daí a possibilidade da hipótese, que não se confirmou.

Ainda pensei que a perfuração interventricular se desse no espaço de Peacock, como no caso referido à S. M. dos Hospitais de Paris por Achard e Hamburger em 3 de Fevereiro deste ano (1929) (1). Mas não. A parede ventricular está intacta de perfuração. O trabalho da endocardite tinha-se localizado nos domínios da aorta.

A mitral apresentava uma soldadura das duas valvas, completa, desde a raiz até ao bordo livre, e as duas valvas esclerosadas. Esta soldadura, tão perfeita, com a superficie lisa, devia ser um facto congénito, e não de produção durante a endocardite, que poupara o endocárdio ventricular.

Um outro testemunho da congenitalidade mórbida da aorta do nosso doente é constituído pela estenose do istmo, e pela persistência do cordão arterial. O canal arterial não desapareceu, subsiste, como se vê na na fig. VII, mas está inteiramente obliterado e transformado num cordão inserido ao istmo.

As palpitações e a dispneia durante a vida devem ter resultado da existência do estreitamento do istmo. Quando este estreitamento não é muito grande é uma lesão compatível com a vida até uma idade avançada. O seu diagnóstico é sempre cercado de dificuldades, a despeito da reunião de sinais acumulados por Mornet e Jean Heitz (2).

No caso do nosso estudo as dificuldades eram agravadas pela endocardite maligna, que absorvia todas as atenções, e por ela se explicava a existência dos sopros, não ligando especial valor

---

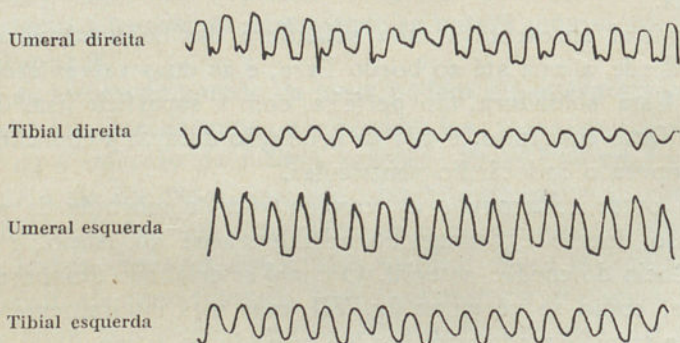
(1) ACHARD et HAMBURGER. — «Endocardite ulcéro-perforante». *Bul. et Mém. de la S. M. des Hôpitaux de Paris*.

(2) JEAN HEITZ. — «Du diagnostic du rétrécissement de l'isthme de l'aorte et de ses formes frustes en particulier». *Arch. des Mal. du Cœur*. 1928. Pág. 104.

JEAN MORNET. — «Le rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte.» *Le Monde Médical*. N.º 729.

ao sôpro audível no 2.<sup>o</sup> espaço intercostal esquerdo, que bem podia nascer da estenose do istmo da aorta.

Na cogitação das hipóteses, que no estudo da doença ia formulando, na procura da razão dos sopros, cheguei a pensar na estenose do istmo da aorta, mas só nos últimos dias da vida do doente. Pude ainda obter, no dia do seu falecimento, traçados para confronto dos pulsos das umerais e tibiais, e medir as tensões (Gallavardin). O doente não apresentava diferenças apreciáveis nas tensões — umeral dir.  $\frac{12}{6}$ , tibial dir.  $\frac{12}{6,5}$ ; umeral esq.  $\frac{11}{6}$ , tibial esq.  $\frac{12}{6,5}$ ; mas já o mesmo não sucedia com os oscilogramas, como se verifica na fig. VIII.



A. A. C. — Oscilogramas no dia do falecimento  
Fig. VIII

Não é raro que a estenose do istmo da aorta se associe a outras afecções congénitas.

A lei realizou-se no nosso caso com a soldadura das valvas da mitral, o aneurisma na origem da aorta, a persistência do cordão arterial. A produção do aneurisma foi facilitada pelo aumento de pressão na aorta, nascida das dificuldades criadas pelo istmo estreitado à passagem do sangue.

Êste caso vem confirmar o princípio de patologia geral, segundo o qual os agentes microbianos se fixam nas partes já lesadas, e quando a corrente sangüínea é retardada por uma causa mecânica. As alterações congénitas do coração e da aorta do nosso doente explicam a instalação da endocardite maligna e a sua forma.



# Pulmác

*Seiscas-Palma*

**O PULMÁC,**

*encerra além de calcários,  
carbonatos naturais e sili-  
catos, o succo pulmonar que  
é hemostático e reconsti-  
tuinte.*



**TUBERCULOSE  
EM GERAL**



*Doenças  
do aparelho  
respiratório:*

*Raquitismo.*

*Gravidez. Remineralização.*

*Osteomalacia. Amamentação.*

# PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

FORMULA DO DR. CASSIANO NEVES

**QUIMICA** — O PULMAC é uma calcina natural (cascas d'ovos), associada a silicatos, fosfatos e extractos organo-terapicos do pulmão e baço.

**FARMACOLOGIA** — Para uma recalcificação se dar é indispensavel: 1.º uma formula calcaria apta á reabsorção; 2.º, existirem as condições de assimilação do organismo. Ambas realiza o PULMAC porque a formula calcaria á de **reconstituição animal**, e os seus componentes organoterapicos estimulam a defeza organica e a assimilação do calcio pelos órgãos.

**APLICAÇÕES CLINICAS** — Tuberculose em geral, doenças do aparelho respiratorio, raquitismo, remineralisação, amamentação. (Para a falta de leite aconselhamos o nosso Lactogeno).

**MODO D'APLICAÇÃO** — 5 a 10 comprimidos durante o dia engulidos com agua antes das refeições, creanças 3 a 5 comprimidos ao dia.

**EFEITOS** — Aumento do apetite e das forças, diminuição da tosse, aumento de peso, melhora geral.

**VANTAGENS DO PULMAC** — O seu diminuto preço. E não exigir dieta.

**PROVAS DA SUA EFICACIA** — Ter merecido o plagiato do estrangeiro.

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO, DA FONSECA, LDA.

Rua da Prata, 237, 1.º — Lisboa

Com Blechmann e Paulin (1) podemos dizer que mais uma vez se realizou a lei da freqüência da morte nos cardíacos por processos infecciosos, instalados em lesões preexistentes. A lesão congênita foi transformada numa lesão evolutiva.

---

(1) BLECHMANN et PAULIN, — «Anévrisme de l'artère pulmonaire par endocar aiguë, greffée sur une cardiopathie congénitale chez un enfant». *Arch. des Maladies du Cœur*. Paris. 1922.

## LIPOMA HERNIÁRIO EPIGÁSTRICO

POR

AMANDIO PINTO  
Cirurgião dos Hospitais

Tornou-se clássica e é de correnteio emprêgo uma designação que, pelo menos nos casos em que habitualmente se usa, consagra um êrro. Queremo-nos referir à chamada hérnia epigástrica. Não nos repugna admitir que, por disposição congénita ou adquirida, possam no epigastro surgir hérnias, o facto, porém, é que a lesão habitualmente assim rotulada nada tem dessa afecção. Ora como a errada concepção admitida pode levar a precalços graves e como dela resulta a defeituosa técnica operatória com que correntemente se faz face a essa lesão, pareceu-nos oportuno publicar os resultados colhidos no estudo duma já longa série de casos em que a uniformidade dos dados observados nos permitem dar-lhe o carácter de definitivos. A designação de hérnia aplicada ao abdômen pressupõe sempre a existência de dois elementos, o saco herniário, dependência do peritoneu, e o seu conteúdo constituído sempre por uma víscera intraperitoneal ou pelo grande epiploon, conteúdo que, muitas vezes, só temporariamente ocupa essa sede. A formação do saco está ligada à persistência de divertículos peritoneais, restos de formações embrionárias, ou então à saída forçada, através dum ponto fraco, congénito ou adquirido, da parede, duma expansão do peritoneu. Ora, percorrendo os livros clássicos de cirurgia na parte referente à hérnia epigástrica, nós encontramos, com uma uniformidade que dá a impressão de que, sem mais exame, todos se limitam a propagar uma noção corrente, no que diz respeito à sua etiologia e patogenia, o seguinte :

A linha branca infra-umbilical é constituída pelo entrecruzamento de feixes tendinosos que formam entre si, aqui e ali, orifícios elípticos ou losânicos que dão passagem a vasos e nervos

# HEXETONA

(Metilisopropilciclohexenon em solução de salicilato de sodio)

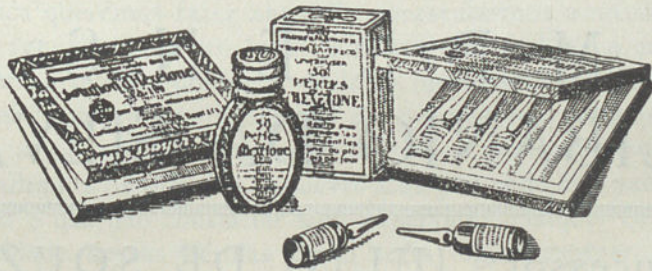
## Preparado de cânfora solúvel na agua

Medicamento indispensável como auxiliar  
primordial em tôdas as moléstias infecciosas,  
envenenamentos, accidentes, etc.

### Forma comercial

Ampola *escura* (2,2 c. c.) para injeccção intra-muscular.  
Ampola *azul* (1,2 c. c.) para emprêgo endovenoso.  
Pêrolas de Hexetona para a administração pela via oral.

*Empacotamento original «Bayer».*



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico 'Bayer-Meister-Lucius' Leverkusen n

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradoures, 150, 3.º — LISBOA



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

# 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.

(ramos perforantes anteriores dos últimos nervos intercostais). Ora, massas gordurosas, dependentes da gordura sub-peritoneal, podem igualmente infiltrar-se através desses orifícios vindo constituir saliências supra-aponevróticas, correspondentes ao primeiro estado da hérnia epigástrica, chamada então hérnia gordurosa. Essa gordura, porém, a breve trecho, arrasta consigo o peritонеu parietal que vai formar um divertículo primeiro e depois um verdadeiro saco situado na espessura da massa gordurosa. Para termos uma verdadeira hérnia falta então apenas o conteúdo, e aqui é que há divergências, pois enquanto uns declaram esse saco habitualmente desabitado (*Testut et Jacob*), outros consideram-no habitualmente ocupado pelo grande epíploon, em casos raros pelo estômago ou intestino, chegando mesmo Graser a dizer que, na maioria dos casos, o conteúdo é formado pelo epíploon e cólon transverso.

Confessemos que já este mecanismo de formação duma hérnia é estranho. Pelo menos não conhecemos qualquer outro tipo dessa lesão em que elle se apresente. A divergência quanto ao conteúdo, em lesão que afinal não é rara, também é de molde a pôr-nos de sobreaviso. Há, porém, ainda outras circunstâncias cuja crítica queremos fazer antes de apresentarmos a nossa maneira de ver. Em primeiro lugar notemos que, embora a constituição da parte infra-umbilical da linha média seja idêntica à da supra-umbilical, apenas divergindo em pormenores secundários, nunca lá se observaram hérnias deste tipo, e ainda que, embora sejam múltiplos os orifícios aponevróticos por onde elas saíriam, a verdade é que não consta ter sido observado qualquer caso de multiplicidade dessas hérnias como seria lógico esperar. Mais ainda, em qualquer ponto da linha umbílico-xifoideia podemos observar o aparecimento da lesão, como temos verificado, mas a grande maioria tem a sua sede no tёрço médio dessa linha e, quanto ao tamanho, com raras excepções, ella é constituída por um pequeno nódulo com a consistência dum lipoma, não apresentando impulsão com a tosse, circunstância facilmente compreensível se atendermos a que o orifício aponevrótico, através do qual sai, é de tal forma pequeno que impossível se torna a qualquer órgão intra-abdominal por aí fazer procidência.

De todas estas circunstâncias nós somos levados a deduzir que, embora haja vários orifícios aponevróticos na parte supra-

-umbilical da linha média, todavia, só por um determinado, que vulgarmente tem a sua sede no respectivo têtço médio e raras vezes fora daí por anomalia de posição, é que a lesão faz irrupção. Foi partindo desta idea que, numa série de quinze casos, procurámos deduzir, por um lado, a verdadeira natureza da lesão e, por outro lado, as circunstâncias determinantes. Ora, em todos êsses casos tivemos occasião de verificar que a pseudo-hérnia é constituída sempre por um lipoma implantado na extremidade do ligamento redondo do figado e que se exterioriza através do orificio aponevrótico por onde passa a artéria dêsse ligamento mais ou menos ramificada.

Já antes nós tínhamos verificado, ao operar vários casos segundo a técnica clássica em que, partindo-se do princípio de que se trata duma hérnia, se procura isolar o respectivo sacco, a riqueza de vascularização do suposto lipoma pre-herniário, não sendo raros os hematomas post-operatórios. A razão dessa vascularização comprehendemo-la agora, visto o lipoma se encontrar penetrado pelos vasos que vêm do ligamento redondo. Dentro da concepção anátomo-patológica encontrada explica-se bem a pequena gravidade do que se considerava estrangulamento herniário. Trata-se, na verdade, de simples processos congestivos do lipoma por estrangulamento do seu pedículo que cedem facilmente com os meios anti-congestionantes locais habitualmente usados. Esses processos congestivos traduzem-se unicamente, como temos verificado, em dor espontânea e provocada pela palpação; aqueles, porém, que os tomam por estrangulamentos herniários não estranharão o aparecimento de outros sintomas, como vômitos, obstipação do ventre etc., e assim poderão deixar escapar lesões de alta gravidade que, por não terem socorro em devido tempo, se tornarão fatais. Lembremo-nos de três casos nestas condições em que a verdadeira lesão era, em dois, perfuração do estômago, e no terceiro, estrangulamento interno. Simplesmente quando os doentes apareceram no Banco do Hospital de S. José em todos a doença tinha já três dias de decurso, de nada lhes valendo por isso a intervenção que ainda foi tentada. Ao lado do lipoma encontra-se por vezes, na realidade, um divertículo peritonal, em regra, pequeno, tendo-o nós só num caso encontrado anormalmente desenvolvido. Esse divertículo é resultante da tracção exercida sobre o peritoneu pelo lipoma, não



estando em nenhum dos nossos casos habitado, nem o poderia estar por, como já dissemos, o orifício aponevrótico nunca ter calibre que tal permitisse. ¿Poderá êsse divertículo, contudo, tornar-se um verdadeiro saco? É possível, embora desde que realmente a nossa atenção foi chamada para o assunto não o tenhamos observado. Na realidade trata-se duma formação accessória da lesão principal que é o lipoma, o qual, em virtude dos caracteres que possui, designamos por *lipoma herniário epigástrico*, devendo a nosso ver ser completamente banida a designação habitual de hérnia epigástrica que consagra um êrro. Deve-se contudo, notar que, imediatamente acima do umbigo, se encontram na região epigástrica por vezes verdadeiras hérnias que, segundo parece, são apenas variedades da hérnia umbilical.

De todos os autores consultados só Moschcowitz duvida que em muitos casos se trate de verdadeiras hérnias por não se ter convencido na operação da existência real dum saco, deixando mesmo entrever, para certos casos pelo menos, o mecanismo descrito.

Vejamos agora como tratamos a lesão dentro da concepção apresentada. A nossa maneira representa apenas uma aplicação do princípio cirúrgico geral de tratamento dos tumores benignos e que consiste na sua extirpação completa.

Usamos sistematicamente a anestesia regional. Incisão cutânea de três dedos na linha média, fazendo centro no tumor. Dissecção do lipoma pondo bem a nu o seu orifício aponevrótico, abrindo-se seguidamente a aponevrose a partir dêste último, para baixo e para cima, numa extensão um pouco menor que a incisão cutânea. Nesta altura o lipoma seguro por uma pinça é puxado para a direita, separando-se um pouco o peritoneu parietal, à esquerda da linha média, da face inferior da bainha do grande recto respectivo. Abrindo então o peritoneu um pouco à esquerda da linha média, logo se vê a tracção exercida sobre o lipoma transmitida ao ligamento redondo em cuja extremidade se encontra implantado. Continuando a fazer tracção, applica-se na extremidade daquele ligamento, logo abaixo do tumor, uma laqueação de *cat-gut* seccionando-o acima. A seguir encerra-se a abertura peritoneal usando as pontas da própria laqueação que se passam ao outro bordo peritonial. O encerramento do plano aponevrótico faz-se passando um só ponto de sobreposição e

três superficiais. Desde que empregámos esta técnica não tornámos a observar hematomas. Na maneira clássica (Barker) tem-se em vista o isolamento do saco herniário. Moschcowitz, contudo, afasta-se um pouco dessa idea, dizendo que se torna necessário fazer uma laqueação separada da artéria que, ocupando primitivamente o orifício aponevrótico, se pode considerar como a verdadeira causa da afecção. Confessamos que, tendo noutros tempos tentado a aplicação d'este processo, nunca o conseguimos, pois nunca encontramos uma artéria só mas várias, penetrando o lipoma por todos os lados.

Ainda a propósito desta afecção queremos-nos referir a um ponto da sua sintomatologia que tem sido consideravelmente exagerado, levando isso a erros que se devem evitar. Queremo-nos referir às queixas viscerais que, segundo se diz, os portadores desta afecção apresentariam. Dada a participação do peritoneu parietal e do ligamento redondo do fígado na lesão, não admira que estes doentes apresentem manifestações subjectivas epigástricas aparentemente traduzindo queixas intra-abdominais. Daí, porém, a dizer-se que elles chegam, por vezes, a apresentar a sintomatologia duma úlcera ou dum cancro do estômago é que se nos afigura exagêro para o qual até hoje não encontramos confirmação. Deniker, relatando na *Société National de Chirurgie* de Paris um caso, a nosso ver, discutível, de estrangulamento de hérnia epigástrica, apresentado por A. Zeno, diz que vários autores têm verificado a coexistência da hérnia epigástrica com lesões orgânicas, tais como cancro e úlcera do estômago, litíase, etc., mas conclui: «estas lesões podem desempenhar um papel na produção dos sintomas dolorosos, tão freqüentes na hérnia epigástrica, ainda que os repuxamentos do epíloon sejam vulgarmente suficientes para os explicar». Quere dizer, quem ler isto, fica certamente com a impressão de que, em presença d'esses fenómenos dolorosos, desde que haja hérnia epigástrica se não deve pensar em mais nada. Seria talvez mesmo por isso que Zeno, operando uma doente que diz ser portadora de litíase biliar, lesão a que attribui mesmo a etiologia do acidente por que a operou, classificado de estrangulamento herniário, embora apenas tivesse encontrado o epíloon aderente ao lado direito do saco com uma ligeira torsão, se limitasse ao tratamento do acidente local sem fazer qualquer exploração intra-abdominal. Por

nosso lado sempre que um doente, embora portador dum lipoma epigástrico, nos apresenta sintomas que chamem a nossa atenção para uma víscera intra-abdominal, é para esta que nos dirigimos e isso nos levou já a operar de úlcera do duodeno dois desses doentes. Mais ainda: em dois casos operados por outros cirurgiões, um até duas vezes, de suposta hérnia epigástrica, lesão a que era atribuído todo o sofrimento, fizemos o diagnóstico de úlcera do duodeno que a operação confirmou. Por isso, atendendo a que a sintomatologia apresentada pode não ser suficiente para caracterizar uma lesão intra-abdominal, é nosso costume, em todos os portadores do lipoma que referem sintomas viscerais, fazer uma exploração cuidada do estômago, duodeno e vesícula, no intuito de excluir a possível coexistência aí duma lesão orgânica e de evitar assim precalços como os apontados.

Concluindo, julgamos poder afirmar, em face dos elementos colhidos na nossa prática, que a suposta hérnia epigástrica é, em regra, um lipoma implantado na extremidade do ligamento redondo do fígado fazendo hérnia para o tecido celular subcutâneo através do orifício aponevrótico que dá habitualmente passagem à artéria desse ligamento, e que, com a técnica operatória descrita, se consegue, da maneira mais precisa e mais simples, a sua ablação.

## RÉSUMÉ

Quoique en quelques cas il y aura peut-être vraies hernies au épigastre, la lésion qu'on appelle habituellement hernie épigastrique est, en réalité, toujours un lipome implanté au bout du ligament rond du foie faisant hernie pour le tissu cellulaire sous-cutané par l'orifice aponevrotique qui livre passage à l'artérie de ce ligament-lá.

L'A. décrit sa technique opératoire pour traiter la lésion d'après cette notion.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — ANTUPIT, L. — Epigastric hernia in its relation to intra-abdominal disease. *Ann. of. Surg.*, Spt. 1927. Pág. 413.
- 2 — BARKER, A. E. — Epigastric hernia, in BURGHARD, F. F. — *Operative Surgery*. Vol. II. Pág. 571.
- 3 — COLEY, W. B. — Hernias ventrales, in KEEN — *Cirurgia* (ed. espanh.). Vol. IV. Pág. 85.
- 4 — DENIKER, M. — Hernie épigastrique étranglée, *Bul. et Mém. de la Soc Nat. de Chir.* 1928. Pág. 800.
- 5 — GRASER, E. — Hernia epigastrica, in BERGMANN, BRUNS. — *Trattato di chirurgia pratica* (2.<sup>a</sup> ed. ital.). Vol. III. Pág. 595.
- 6 — MOSHCOWITZ, A. V. — Hernia of the linea alba, in JOHNSON — *Operative Therapeusis*. Vol. IV. Pág. 101.
- 7 — QUERVAIN, F. DE — *Diagnostic chirurgical*. Pág. 402.
- 8 — WULLSTEIN, L. e WILMS, M. — *Tratatto di chirurgia*, (ed. ital.). Vol. III. Pág. 273.

## NOTAS CLÍNICAS

### A COLITE ULCEROSA E O SEU TRATAMENTO

A colite ulcerosa não específica, ou simplesmente a colite ulcerosa, é erradamente designada colite grave (*colitis gravis*), visto que nesta forma de colite há também casos ligeiros. Como diz Boas: *nicht jede Colitis ulcerosa ist auch eine Colitis gravis*.

Nos últimos anos esta doença tem merecido a maior atenção dos especialistas, tendo vindo a lume numerosos artigos, em todas as línguas.

Na imprensa médica alemã as publicações sobre o assunto sucederam-se, encerrando as mais diversas opiniões, pelo que o Prof. Schwalbe, da direcção da «Deutsche medizinische Wochenschrift», resolveu abrir, em 1926, um inquérito no seu jornal, tendo Boas feito um questionário, ao qual responderam todos os autores considerados como entendidos no assunto.

Da leitura das respostas, algumas publicadas em artigos separados, (Boas, Kuttner, Rosenheim, Strauss), fica-nos a certeza de que muito se tem trabalhado na etiologia e na terapêutica da doença, mas que as ideias permanecem baralhadas, longe ainda de antevermos um acôrdo. Praticamente, os resultados dêste inquérito foram nulos.

Começaremos por apresentar os sintomas da doença, hoje considerada aparentemente mais freqüente, por virtude da atenção que sobre ela tem incidido.

Como o seu nome indica, trata-se de uma inflamação crónica do cólon, caracterizada pela existência de ulcerações superficiais ou profundas, por vezes mesmo penetrantes. A primeira forma é relativamente benigna e curável, mas a segunda é gravíssima, muitas vezes mortal. A sua evolução é essencialmente crónica, sujeita a períodos de actividade e de remissão, que se vão repetindo durante meses e anos. Quantas vezes sucede julgarmos que alcançamos uma cura definitiva, verificando porém mais tarde que decorreu apenas um novo período de latência.

Ao lado dos sintomas intestinais, têm-se descrito várias outras manifestações. No grupo daqueles destacamos as dores, a diarreia, a emissão de muco, pus e sangue, por vezes dejecções constituídas somente por pus e sangue, podendo predominar um dos elementos e falando-se então de colite purulenta ou hemorrágica.

O processo pode invadir ou começar mesmo no recto e ansa sigmoideia, estabelecendo-se o síndrome rectal (dores ano-rectais, tenesmo, falsas vontades de defecar, necessidades imperiosas).

Mais tarde ou mais cedo sobrevém a febre, geralmente de carácter acesual. A manifestação mais commumente apontada é a artrite. Na verdade, aparecem artrites, atingindo de preferência as grandes articulações, pertencendo certamente à mesma categoria das artrites que têm sido descritas em muitas infecções. Podem sobrevir por ataques articulares ligeiros e repetidos.

havendo somente a artralgia, sem qualquer modificação apreciável da articulação, ou então instalar-se uma verdadeira artrite. Chron chamou ultimamente a atenção para as lesões cutâneo-mucosas, verificando em 3 casos a existência, na língua e na mucosa buco-faríngea, de úlceras superficiais, semelhantes a altas, e de uma erupção cutânea pustulosa. Evidentemente que o doente se queixa então de dores e de dificuldade de engulir.

Uma complicação que pode sobrevir é a formação de um apêto ao nível da parte superior do recto ou da ansa sigmoideia. Hoje admite-se com efeito que os apertos altos correspondem a casos de colite ulcerosa, dando estenose cicatricial.

Para o diagnóstico definitivo devemos utilizar dois métodos: a radiografia e a recto-sigmoscopia, mas especialmente o último, sem o qual não nos devemos pronunciar.

A mucosa do recto e da ansa sigmoideia apresenta, segundo a descrição de Buie, quatro fases durante o período de actividade: *a)* hiperemia, *b)* edema, *c)* abscessos miliares e *d)* úlceras miliares.

As duas primeiras fases corresponde a imagem de uma congestão intensa da mucosa, que sangra ao menor traumatismo. O terceiro estado é caracterizado pelo desenvolvimento de abscessos miliares na mucosa, do tamanho de cerca de 1 mm. Seria esta fase muito importante sob o ponto de vista de diagnóstico, mas alguns autores têm visto raramente estes abscessos, outros nunca os encontraram.

A rotura dos abscessos dá lugar a úlceras miliares superficiais, que aparecem como numerosos pontos amarelos.

Depois deste estado pode sobrevir um período de remissão, sendo as úlceras substituídas por cicatrizes do mesmo tamanho, lembrando a cicatriz da variola, cuja existência atesta o período activo da doença, o que levou Buie a chamar-lhes *the foot prints of previous activity*. Faremos por elas um diagnóstico retrospectivo, nos doentes que não têm sintomas na ocasião do exame. Mais tarde, aparece então um outro tipo de úlceras, como resultado de infecção secundária. São geralmente largas (de 1 a 3 cm. de diâmetro), de bordos irregulares, superficiais, mais raramente cavadas, destruindo a mucosa.

Com a evolução crónica da doença, instala-se uma reacção hiperplástica notável da mucosa, tornando-se as paredes do cólon espessadas, rígidas, como tubos. Os polipos que se formam são quasi sempre pequenos e ulcerados. Um aspecto é considerado patognomónico da doença, nunca se tendo encontrado nas colites específicas. Os polipos, em forma de dedo de luva, curvam-se e juntam-se nas extremidades, formando arcos. Emfim, pode sobrevir a degenerescência.

Passamos agora a tratar da etiologia da doença.

Desde há muitos anos que numerosas investigações têm sido feitas para determinar o agente causador, mas se um investigador afirma que tal bactéria deve ser incriminada, logo outro vem negar a sua especificidade e apresentar um novo agente. Entre estas investigações, merece relêvo a dum autor americano chamado Bargaen. Com efeito, Bargaen, em 1924, isolava um diplococo de Gram positivo em 80% dos casos de colite ulcerosa. Esta bactéria

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

## SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica).

## PIAN — TRYPANOSOMIASAS — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

**LABORATORIOS CLIN. COMAR & C<sup>o</sup> — PARIS**

GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1<sup>o</sup> — LISBOA

D. P. 158

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

## ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 cc. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 10 cc. (Caixa de 3 ampollas)  
Ampollas de 25 cc. (Caixa de 2 ampollas)  
Frascos de 50 cc. e de 100 cc.  
Collyrio — em amp. colla-gott. de 10 cc.  
Pomada (Tubo de 30 gr.)  
Ovulos (Caixa de 6).

## ELECTRAUROL (Ouro)

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

## ELECTROPLATINOL (Platina)

## ELECTROPALLADIOL (Pó)

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

## ELECTRORHODIOL (Ródio)

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

## ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 cc. (6 por caixa).

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é egua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Olites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

Todas as fórmæ da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

## ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 cc. (3 por caixa)

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 cc. (12 por caixa)

## COLLOTHIOL (Enxofre)

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

## IOGLY SOL

(Complexo iodo-glycogenio)

Ampollas de 2 cc. (12 por caixa)

## ELECTROMANGANOL

(Manganez)

Ampollas de 2 cc. (6 por caixa).

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

Curas lodada e iodurada.

Affecções estaphylococcicas.

**LABORATORIOS CLIN. COMAR & C<sup>o</sup> - PARIS** 1507



# SILISTREN

Ester tetraglicólico do ácido orto-silícico para a  
terapia silícica

AMPLAS GARANTIAS DE RESORÇÃO  
E ASSIMILAÇÃO AJUDANDO EFICAZMENTE  
A FORMAÇÃO DE CICATRIZES E O  
ENCAPSULAMENTO DOS PROCESSOS  
TUBERCULOSOS

NO COMÉRCIO: frascos com 30 gramas

Empacotamento original "Bayer"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico "Bayer-Meister-Lucius" Leverkusen

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE  
Rua dos Douradores, 150, 2.º — LISBOA





foi obtida em cultura pura, tanto das lesões recentes e antigas do cólon, como dos focos distantes. Injectando esta bactéria, o autor conseguiu reproduzir a doença no coelho e no cão.

Alguns autores aceitaram sem discussão a especificidade d'êste organismo. Entre outros, Buie, que se tem dedicado ao estudo da doença, não hesita em afirmar que «a colite ulcerosa é uma doença produzida por um micro-organismo específico, o diplococo de Bergen». Mas a maior parte dos bacteriologistas não está de acôrdo com essa especificidade, perguntando se o diplococo ou enterococo de Bergen, cuja descoberta tanta sensação causou, é ou não diferente dos outros enterococos das vias gastro-intestinais. Repetimos, é ainda uma questão a resolver entre os bacteriologistas.

Por último, vejamos o tratamento.

Os antisépticos recomendados para as irrigações do cólon contam-se às dezenas, tendo-se percorrido uma longa série e tendo tido cada qual a sua lua de mel. De entre todos, tem jus a destacar-se a acriflavina, que tem sido largamente empregada, sempre com maior ou menor resultado.

Foi em 1923 que dois autores americanos, depois de terem ensaiado numerosos corantes, consideraram a acriflavina neutra como a substância menos tóxica e menos irritante. A técnica adoptada por estes autores, e que temos seguido nos nossos casos, é a seguinte:

Nos estados agudos fazem-se dois clisteres por dia, durante uma semana, administrando 750 c. c. dum soluto a 1/4000, devendo guardar-se o líquido cêrca de 15 minutos. Depois far-se há um clister diário, e mais tarde, desde que a diarreia tenha parado, um de dois em dois dias, alternando com um soluto de bicarbonato de sódio a 5 ‰. O tratamento deve ser continuado até a desapareição das lesões, verificada pela endoscopia.

Eis em que consiste o método de Chron e Rosenberg.

Para melhor irrigação do cólon, os cirurgiões americanos praticam uma bôca artificial no trajecto cólico, através da qual é possível fazer uma completa lavagem, procedendo-se à maneira de sifão.

Há alguns anos Einhorn preconizou mesmo as irrigações descendentes do cólon sem operação prévia (cegestomia, apendicostomia, colostomia), empregando um tubo introduzido pela bôca.

Êste tubo intestinal é apenas uma modificação do tubo duodenal e a sua introdução é feita sob a radioscopia, ficando colocado durante todo o tratamento (1-3 semanas).

Devemos confessar que nunca praticamos êste método, convencidos antecipadamente de que entre nós muito difficilmente um doente se sujeita a tal tratamento.

A vacinoterapia tem sido ensaiada, dando às vezes resultados notáveis nas mãos de alguns autores, utilizando de preferência uma auto-vacina preparada com as bactérias isoladas nas secreções recto-sigmoideias.

Dentro da seroterapia emprega-se um sôro antidisentérico polivalente, ainda que não tenhamos de pensar nos bacilos disentéricos como agentes causadores.

Mas todos os autores vêm a reconhecer que as melhoras obtidas com estes dois métodos não são definitivas, assistindo-se a uma nova recidiva.

Terminamos dizendo que de todos os antisépticos usados na nossa prática clínica, foi a acriflavina aquele que melhores resultados nos trouxe e por isso, de acôrdo com a maioria dos especialistas, a consideramos a melhor droga a empregar, sem todavia a julgarmos o medicamento heróico reclamado pelos autores americanos.

MÁRIO ROSA

# Sessões científicas do Hospital Escolar

Sessão de 30 de Novembro de 1928

## Comunicações :

### I. *Vesícula pseudo-litiásica*, pelo Prof. CUSTÓDIO CABEÇA.

4:024. — A. C. R., 46 anos.

Há um ano começou a ter dores em todo o ventre e a emmagrecer. Teve depois uma cólica violenta no hipocôndrio direito, vômitos e prisão de ventre. A observação dá, na acalmia, um volume palpável na região vesicular do tamanho de uma laranja; há icterícia, fezes descoradas e urinas escuras, temperaturas pouco elevadas. A região vesicular conservou-se sempre sensível à dor.

Foi operada no dia 27 junho 1928; o fundo da vesícula ultrapassa o bordo do fígado de 3 centímetros com uma côr branca azulada; não há aderências nem vascularização anormal; levantado o bordo do fígado vê-se como que um ligamento suspensor separando o fundo do corpo da vesícula e fazendo uma reintrância de mais de 1 centímetro de profundidade; o corpo da vesícula com o volume de uma laranja é livre e flutuante até ao colo. Fazendo tracção sobre o fundo da vesícula o sulco reintrante quasi desaparecia para voltar a formar-se logo que se parava a tracção.

Fiz a colecistectomia quasi total. Na vesícula conservada vê-se: a parte coberta pelo peritoneu é lisa e corresponde ao fundo da vesícula que era fixa e mais pequena; o peritoneu prolonga-se pela face superior formando como que um ligamento que prendia a vesícula à face inferior do fígado; a parte desprovida de peritoneu é o corpo da vesícula e que era flutuante. Não havia colecistite, de modo que o seu descolamento foi fácil e completo; a mucosa normal; dentro da cavidade, muco, alguma bilis e um pequeno cálculo de colesterina com a forma dum bago de café.

4:029. — António P., 48 anos.

Há nove anos que sofre de dores no estômago que começam duas horas depois das refeições; teve períodos de acalmia e há seis meses uma violenta cólica no hipocôndrio direito, icterícia, fezes pouco coradas e urinas escuras. A cólica cedeu à injeção de morfina e o doente, magro, febril, entra na enfermaria com o fígado grande, 4 centímetros abaixo do rebordo costal.

Foi operado no dia 12 julho 1928, encontrando-se a vesícula toda envolvida pelo grande epíplon, cólon transverso e duodeno com aderências, recentes e antigas, vendo-se livre só o fundo da vesícula na extensão de uns 3 centímetros; grande vascularização que produziu abundante hemorragia quando se pretendia desfazer as aderências.

A grande hemorragia que se estava produzindo, e três síncope cardíacas que o doente já tinha tido durante a anestesia, fizeram-me desistir da colecistectomia; abri a vesícula no fundo livre e safu múco-bilis verde

muito escura, inodora, viscosa, aderindo à parede da vesícula por tal forma que foi impossível extrair-la toda; drenei com tubo e ainda durante muitos dias foi saindo a mesma muco-bilis que só passados 40 dias tomou o aspecto da bilis normal.

Não havia cálculo dentro da vesícula nem nos canais, mas a sua cavidade era septada transversalmente entre o fundo e o corpo, correspondendo externamente à aderência do grande epíloon.

Julgo que o estudo destes dois doentes permite o diagnóstico de vesículas pseudo-litiásicas; vesículas anormais pela sua disposição e que podem dar lugar ao síndrome de cólica hepática.

Para melhor compreendermos este estudo vejamos primeiro o que entendemos por síndrome de cólica hepática e depois qual é a disposição anormal destas vesículas.

Os livros de patologia interna diziam-nos que a cólica hepática era produzida pelas contracções das paredes da vesícula, dos canais biliares e dos músculos abdominais, obrigando um cálculo a encravar-se no canal cístico; se este cálculo é mais volumoso do que qualquer dos canais que elle tem de atravessar, não pode seguir e o doente sofre a cólica hepática.

Segundo este modo de ver a cólica hepática supõe sempre a existência dum cálculo, a sua migração, cessando a dor quando elle cai no intestino.

Veio depois a cólica vesicular que supõe igualmente a existência de cálculo ou de cálculos na vesícula, cujo calibre lhes não permite entrar no canal cístico; a vesícula contrai-se sobre o cálculo, mas este não pode sair.

Na cólica hepática havia a saída do cálculo e a sua expulsão para o intestino, indo o clínico procural-o nas fezes para confirmar o seu diagnóstico; havia tantas cólicas quantos os cálculos que emigravam.

Na cólica vesicular não há expulsão de cálculos, a dor repete-se exactamente porque o cálculo é grande, não pode sair e irrita a parede da vesícula, provocando-lhe as contracções.

Num e noutro caso, para haver a cólica era necessária a existência do cálculo. Krukenberg em 1903 publicou as observações de dois doentes com o síndrome da cólica hepática e que não tinham cálculos; o que elles tinham era um meso anormal, dando lugar à formação da vesícula flutuante.

Pregas do peritoneu ou ligamentos estendendo-se da vesícula aos órgãos vizinhos estão também descritos; uns são longitudinaes seguindo a face inferior da vesícula e prolongando-se depois até ao duodeno, ao cólon transverso e ao pequeno e grande epíloons; outros transversais como que suspendendo a vesícula à face inferior do fígado. Mas ao passo que os longitudinaes são apontados por muitos cirurgiões e alguns anatómicos, os transversais, talvez pela sua maior raridade, têm merecido pouca atenção.

São, uns de origem congénita e não incomodam a vesícula ou produzem sintomas que se podem ligar às visceras compreendidas nos ligamentos ou à vesícula e sua função; outros, porém, são de natureza inflamatória e podem funcionar como aderências, produzindo ou auxiliando a infecção da vesícula ou ainda prejudicando o seu funcionamento.

Não trato agora das pregas ou ligamentos longitudinaes, trato dos trans-

versais que foram os encontrados nos doentes cujas histórias apresentei.

O Prof. Poirier fala-nos na sua anatomia em vesículas septadas transversalmente, umas por processos inflamatórios, outras por alteração congénita, um meso-cisto peritonial, mas que só tem sido encontrado no adulto.

A doente que operei tinha um meso-cisto peritonial sem a menor reacção da vesícula quer interna quer externamente, francamente inflamatório com aderências viscerais, embora o seu início pudesse ter sido congénito.

A vesícula estava fixa em dois pontos, um na união do fundo com o corpo pelo meso-cisto, outro no colo; a parte intermedia, correspondente ao corpo vesicular, é livre, flutuante e pôde desenvolver-se à vontade, adquirindo maior volume.

Se a vesícula dilatada e cheia é já mal tolerada pelo doente, é sobretudo quando ela procura esvaziar-se e não o pode fazer que vem a cólica. E não o pode fazer porque se apertou o ângulo que faz o colo com o canal cístico.

Quanto mais se enche o corpo flutuante da vesícula mais se exagera a depressão ou reintrância do ligamento meso-cisto e talvez isso contribua também para a dor.

Conclusões:

A cólica vesicular pode existir sem a presença de cálculos dentro da vesícula.

Nos casos simples de execução, quando não há aderências, é preferível a colecistectomia.

Nos casos difíceis a colecistostomia pode dar bons resultados.

II. *Um caso de nevo pigmentar piloso gigante*, pelo Dr. ARMANDO NARCISO.  
(Esta comunicação será publicada no texto *in extenso*).

Prof. A. FLORES. — Discute o caso clínico, afirmando que êle apresenta sinais de alterações orgânicas do sistema nervoso central.

III. *O sinal de Babinski na paralisia espinal infantil*, pelo dr. LUÍS PACHECO.

Na poliomielite anterior aguda o sinal de Babinski pode encontrar-se em duas circunstâncias diferentes: quando o foco poliomiéltico ultrapassa os limites da substância cinzenta e atinge o feixe piramidal, latera<sup>1</sup>, como acontece nas lesões extensas, ou quando o foco muito limitado se localiza apenas no centro trófico dos músculos flexores do 1.º dedo do pé (curto flexor e abductor) com integridade do extensor próprio do mesmo dedo.

Neste caso o sinal de Babinski é a expressão da paralisia e amiotrofia do curto flexor e abductor que produzem a flexão do 1.º dedo, e da integridade do extensor próprio que produz a extensão da primeira falange do mesmo dedo.

A paralisia dos músculos agonistas impede a flexão e a integridade do músculo antagonista determina a extensão.

E assim nos encontramos em presença de factos em que o sinal de Ba-

binski, quasi sempre procurado como indicador de lesões da via piramidal, tem de ser interpretado de uma maneira diferente. Podemos pois chamar ao sinal encontrado nestas condições um pseudo reflexo de Babinski.

Nestes casos o exame eléctrico demonstra R D nos músculos interósseos, nos flexores dos dedos do pé e excitabilidade normal nos extensores.

O pé dos doentes em que se obtém a extensão do dedo grande devida a uma poliomielite tem geralmente a forma de um pé escavado.

Portanto na observação dos doentes em que se manifesta o sinal de Babinski, devido a uma poliomielite, deve sempre notar-se a forma do pé e o estado dos flexores e do extensor da 1.<sup>a</sup> falange do dedo grande.

Estas considerações vêm a propósito de um caso que observámos da Consulta Externa do Serviço de Neurologia deste Hospital em 22 Junho de 1927.

Veio à consulta de neurologia um rapaz de 7 anos e meio trazido ao colo por sua mãe que contava a seguinte história :

O filho adoecera há dois meses com febre, cefaleias, dores nos membros inferiores e perturbações esfinterianas. Dois dias depois não podia mover os membros inferiores.

A observação mostrava uma paraplegia flácida dos membros inferiores, sem perturbações da sensibilidade objectiva. Reflexos aquilianos e rotulianos abolidos de ambos os lados e sinal de Babinski no lado esquerdo.

Uma punção lombar feita nesta ocasião mostrava no líquido céfalo-raquidiano :

Albumina fortemente aumentada.

Pandy : (+ + + +).

Citose : 25,6 por mm<sup>3</sup>.

R. benjoim : 0,1,2,2,2,2,2,2,2,2,0,0,0,0,0,0.

Foi aconselhado tratamento eléctrico com correntes contínuas e banhos quentes.

Observado de novo em 22-XI-27, verificou-se que o doente tinha melhorado; as cefaleias e as dores nas pernas tinham passado, o doente podia conservar-se de pé e movia um pouco os membros inferiores.

Verificou-se de novo o sinal de Babinski no lado esquerdo e a existência de atrofia nos músculos da face posterior da perna esquerda com integridade dos músculos da face antero-externa.

No lado direito a amiotrofia era mais extensa e abrangia não só os músculos da face posterior mas também os da face antero-externa.

Por esta razão não se verificava neste lado o sinal de Babinski.

As reacções do líquido céfalo-raquidiano tinham-se atenuado :

Albuminúria : normal

Pandy : (— — — —).

Citose : 1,4

R. benjoim : 0,0,1,0,0,22221,00000.

R. Wassermann : negativa.

# ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

## LÁMINA XII

### APARATO GENITAL FEMENINO

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

## IODARSOLO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO



Fig. 1. — OVARIO. Mujer de 28 años. Hematoxilina-eosina. — A. Cortical. — B. Medular. — C. Pedículo o meso-ovario. 1. Epitelio germinativo. 1'. Término del epitelio germinativo y comienzo del endotelio peritoneal. 2. Albuginea. 3. Vaso con las paredes gruesas y esclerosas. 4. Folículos primordiales. 5. Folículo de Graaf en evolución. 6. Folículo de Graaf próximo a la madurez. 7. Folículo maduro. 8. Folículo atrésico. 9. Folículo atrésico en regresión revistiendo forma de hendidura. 10. Folículo atrésico reducido a la membrana de Slavjansky hipertrofica y esclerosa. 11. Corpus luteum menstrual en periodo de estado. 12. Cuerpo amarillo en regresión adelantada. 13. Corpus albicans, probablemente de gestación. 14. Vaso lleno de un contenido homogéneo, sin glóbulos. 15. Arteria del hileo. 16. Nervio. 17. Rete ovarii en continuación con el para-ovario.

Fig. 2. — FOLÍCULO DE GRAAF EN EVOLUCIÓN ADELANTADA. Del Rio-oro-rojo escarlata. 1. Óvulo. 2. Corona radiata. 3. Cúmulus ovigerus. 4. Granulosa parietal. 5. Cuerpos de Call y Exner. 6. Liqueur fol·liculi. 7. Célula de la granulosa en mitosis. 8. Membrana basal, vitrea o de Slavjansky. 9. Anchura que abarca la teca interna, cuyas células presentan un punteado lipoidal. 10. Estrato externo de la teca en continuación con la cortical. 11. Folículo primordial. 12. Vaso escleroso. 13. Epitelio germinativo.

Fig. 3. — ÓVULO Y CORONA RADIATA. Del Rio-oro. Esquemática. 1. Zona pel·lucida. 2. Membrana vitelina. 3. Exoplasma. 4. Endoplasma con formaciones vitélicas o deutoplasma. 5. Centrosoma con dos centriolos. 6. Membrana nuclear. 7. Enquilema. 8. Anillo cromosómico acodado al llegar a la membrana. 9. Nucleolo o mancha germinativa. 10. Célula de la corona radiata. 11. Cirros de las células radiales penetrando en la zona pel·lucida.

Fig. 4. — CUERPO AMARILLO MENSTRUAL EN PERIODO DE ESTADO. Hematoxilina eosina. 1. Cortical. 2. Vasos. 3. Montante thecal que penetra entre los repliegues del cuerpo lúteo. 4. Células lúteas. 5. Limitante interna. 6. Cavidad del folículo llena de un líquido coagulable y sangre. 7. Punto de ruptura del folículo o estigma, con extravasado hemorrágico. 8. Albuginea. 9. Corpus albicans.

Fig. 5. — CUERPO AMARILLO MENSTRUAL EN PERIODO DE ESTADO. Del Rio-rojo escarlata. 1. Cortical. 2. Vasos. 3. Células de theca-luteina. 4. Montante thecal con células de theca-luteina. 5. Vasos. 6. Células lúteas. 7. Limitante interna. En rojo los lípidos.

O primeiro produto de iodo e arsenio

## IODARSOLO

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica, em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA  
ARSENICAL

## LEJOMALTO

Dextrina (70 %), Maltose (30 %), con Amylose inativa

ASSUCAR ALIMENTICIO

Alimentação artificial, mixta - Desmamamento, perturbações gastro-intestinaes do lactante.

Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente para a Peninsula Iberica: **M VIALE** - Provenza, 427 - Barcelona

Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: **Sociedade Industrial Farmaceutica**  
(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA

AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS



Julgamos dever chamar a atenção para a existência de uma intensa reacção do líquido céfalo-raquidiano no início da doença, o que, juntamente com as dores, as perturbações dos esfínteres e o sinal de Babinski, nos fez pensar inicialmente numa meningo-mielite sifilítica, diagnóstico que depois abandonámos pelo de poliomielite anterior aguda quando lhe fizemos as correções de interpretação que inicialmente apontámos.

Prof. FLORES. — Explica o mecanismo da persistência do sinal de Babinski na paralisia infantil.

#### IV. *Um caso de nevraxite epidémica*, pelo dr. ROMÃO LOFF.

A magna questão da encefalite epidémica ainda se não desvaneceu completamente.

Passados quasi dez anos após a terrível pandemia que tantas vidas inutilizou, ainda aparecem de vez em quando casos esporádicos a relebrar-nos as incertezas do diagnóstico e a infidelidade da precária terapêutica, a-pesar do labor insano e da saguedade dos neurologistas do mundo inteiro que se esmeraram não só em esmiuçar, até ao mínimo detalhe, a sintomatologia proteiforme da doença como em experimentar os mais variados métodos para o seu tratamento.

Esta minha despreziosa comunicação não tem o intuito de vir aumentar a já riquíssima florescência de trabalhos que a encefalite fez desabrochar. Cumpre-me, apenas, ao apresentar êste doente a V. Ex.<sup>as</sup>, pôr em destaque uma forma relativamente rara da doença — a forma medular — e as particularidades que acompanham a história clínica.

Se estivéssemos em tempo de epidemia, o diagnóstico era óbvio. Hoje essas mesmas particularidades obrigam-nos a ser prudentes e fazem-nos apresentar o caso com uma certa reserva, não me admirando que a evolução da doença e o seu estudo ulterior me venham trazer alguma surprêsa no tocante a diagnose.

J. B. A., de 35 anos, trabalhador, sem antecedentes dignos de registo, particularmente no que respeita a doenças venéreas e a etilismo. Tem três filhos saudáveis e a mulher nunca teve abortos.

Conta que, por meados de Maio passado, tivera um episódio gripal, com febre, tosse, fortes dores de cabeça, perda de forças e inapetência. Esteve uns cinco dias de cama e tudo passou: nunca mais teve dores de cabeça, nunca teve vômitos nem tonturas. Também afirma que nunca notou diplopia nem sonolência.

Por fins de Maio notou um dia, ao levantar, enfraquecimento da visão, principalmente à esquerda. Atribuiu esta ambliopia ao facto de se haver ocupado, na véspera, na sulfuração de vinhas, o que lhe provocou irritação conjunctival com epifora.

Como as perturbações visuais se mantivessem, veio, por meados de Junho, a Lisboa para se tratar no Instituto Oftalmológico.

Aí verificaram a existência de uma nevrite óptica difusa e solicitaram a observação no serviço de neurologia, onde foi internado.

Aquí a nossa primeira observação foi negativa, no sentido de orientar o diagnóstico etiológico. O exame das funções somáticas nada revelou de anormal e a análise do líquido céfalo-raquidiano, feita em 6 de Julho, não foi mais feliz :

Tensão .....	Normal
Albuminúria .....	»
Tandez .....	(— — — —)
Glicose .....	0,2 ‰
Citose .....	1 por m/m <sup>3</sup>
Benjoim .....	00000, 12221, 00000

Readmitido no Instituto Oftálmico, aí lhe foi instaurado, durante o mês de Agosto, tratamento específico de prova, com 12 injeções intravenosas de cianeto mercúrico em dias alternados.

Teve alta em fins de Agosto, sem obter melhoras apreciáveis.

Dias depois de se achar em casa (princípios de Setembro) começou a sentir parestesias nos membros : tinha a sensação de grande calor nas palmas das mãos e plantas dos pés. Depois principiou também a sentir moição nos membros superiores e dores nos membros inferiores.

Estas dores eram — e são — persistentes, não o deixam sossegar e contrariam o sono. Contudo a intensidade é variável de hora para hora : umas vezes trata-se de uma sensação desagradável de retezamento dos músculos das pernas e das coxas, outras vezes é uma impressão atroz de desarticulação das articulações, principalmente no joelho direito.

O doente queixa-se também de sensação de calor e ardor nos membros inferiores, como se êles estivessem em chamas. A princípio havia prurido que o obrigava a coçar-se continuamente, depois êste fenómeno desapareceu.

As dores têm sido sempre mais acentuadas no membro inferior direito e aqui é o joelho onde mais o torturam. Diz que os médicos que na terra o observaram verificavam sempre febre à roda de 37°,5.

Não havia perturbações vesicais, mas ultimamente já notou uma certa disúria : custa-lhe a esvaziar a bexiga, só o conseguindo com dois ou três jactos. A potência está também enfraquecida.

#### OBSERVAÇÃO

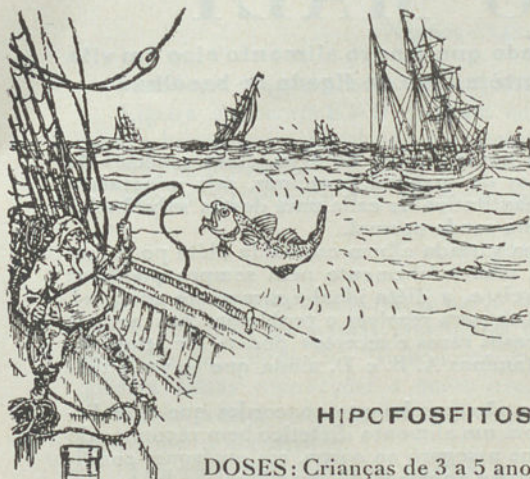
Indivíduo de constituição regular, entraqecido e um pouco emaciado. Temperatura sub-febril nos primeiros dias de internamento. Língua saburosa P. 8o.

O exame dos diversos aparelhos, particularmente o linfático, nada revela suspeito. Não há gangleios epitrocleann.

O *facies*, com os seus traços vincados, tem uma expressão de sofrimento não resignado. Agita-se constantemente no leito, procurando posições favoráveis ou suportáveis. (Tem a cama sempre desfeita).

Dorme pouco. De noite levanta-se e passeia para apaziguar o seu tormento.

LISBOA MÉDICA



# GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3  
BARCELONA

Preparada com:

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

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

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

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

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**  
Rua dos Sapateiros, 39, 71. - LISBOA



## FORXOL BAILLY

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

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES  
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO  
ASTHENIA CRÓNICA DOS ADULTOS  
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO  
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

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

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome PARIS 8<sup>e</sup>)

# RADIO-MALT

**Está fisiologicamente provado que o novo alimento rico em vitaminas A. B. e D. não contém óleo de fígado de bacalhau**

## Diéta

Uma diéta rigorosa precisa conter, além de água, cinco espécies de substâncias; gorduras, hidratos de carbono, proteínas, sais minerais e vitaminas. Sem um adequado quantitativo de cada uma destas substâncias na diéta, é impossível manter uma saúde normal.

Em condições favoráveis, uma variada e bem escolhida diéta pode fornecer os necessários elementos, mas infelizmente nem sempre podemos dispôr dessas condições favoráveis e, a diéta ideal é raramente atingível. Uma variação de «menú» não basta para resolver o problema. Nas actuais circunstâncias de vida, só em casos raros e incertos podem ser atingidas as adequadas proporções das vitaminas A. B. e D. ainda que se varie diariamente de «menú».

Abalisadas opiniões médicas são geralmente concordes que é indispensável completar o regimen com um alimento diético bem reconhecido como detentor de vitaminas, que assegure ao corpo, em quaisquer condições de diéta, a regular e necessaria absorção de vitaminas.

## Funções das Vitaminas A. B. e D.

Desde a descoberta da existência destes princípios essenciais para a alimentação por F. Cowland Hopkine, resultante dos seus estudos durante os anos de 1906 a 1912, muitas pesquisas foram devotadas à elucidação do problema da sua exacta função, e como resultado está hoje estabelecido que:

**VITAMINA A.** promove o crescimento, actua como tónico na convalescência e fortifica o corpo contra as doenças, particularmente contra infecções da laringe e pulmões.

**VITAMINA B.** estimula os nervos, assegura a eficiente lactação às mães, estimula o apetite e auxilia a assimilação; evita as anemias.

**VITAMINA D.** evita e corrige o metabolismo defeituoso do calcio, causa directa do raquitismo; o crescimento defeituoso dos ossos, a ossificação tardia das fontanelas, a origem de cáries dentarias e depauperamentos físicos.

Vitamina D. ainda auxilia a digestão e é um excelente tónico.

## O auxiliar ideal diético

RADIO-MALT contém as Vitaminas A. B. e D., e fornece, incorporado na mais agradável preparação, esse ideal complemento diético.

RADIO-MALT é proprio para ministrar tanto a creanças como a adultos; as doses variam segundo a idade; é de um sabor delicado e pode ser tomado às colheres ou sobre uma bolacha.

RADIO-MALT é uma produção da British Drug House, Ltd., de Londres, e pode ser adquirido em todas as boas farmácias.

**INSTRUÇÕES PARA USO DO RADIO-MALT.** As creanças até 5 anos de idade devem tomar meia colher das de chá de RADIO-MALT uma vez por dia.

As creanças de 5 a 12 anos de idade devem tomar uma a duas colheres das de chá de RADIO-MALT uma vez por dia.

As creanças com mais de 12 anos de idade devem tomar uma a duas colheres das de chá de RADIO-MALT duas vezes por dia.

Os adultos devem tomar uma colher das de sopa de RADIO-MALT duas vezes por dia.

Amostras e descrição podem ser obtidas do agente da

The British Drug Houses, Ltd., LONDON

**T. RODNEY HATHERLY, Rua da Conceição, 35, 2.º E. — Lisboa**

## NERVOS CRANIANOS

Ambliopia — quasi amaurose à esquerda — por nevrite óptica difusa.

Ligeira anisocoria E > D. Existem normalmente os reflexos pupilares, tanto à luz como à acomodação e convergência.

Não há nistagmo.

Não há perturbações dos pares cranianos.

## FUNÇÕES MOTORAS

Não há atrofia marcadas. Contudo os gémeos denotam flacidez anormal à palpação. As massas musculares dos membros inferiores acham-se animadas de contracções fasciculares, particularmente nos gémeos. A frequência dessas contracções é muito irregular, por momentos trata-se dum verdadeiro tremor fascicular. A força muscular nos diversos segmentos está regularmente conservada.

Tem certa dificuldade na marcha, pois o andar aumenta as dores.

## REFLECTICIDADE

Radiais. — Normais e iguais.

Tricipitais. — Normais e iguais.

Olecranianos ? ?

Patelares — D. abolido — E. enfraquecido.

Plantares.

Abdominaes enfraquecidos, parecendo mais fraco o direito.

Cremasterianos. — Normais — iguais.

## FUNÇÕES SENSITIVAS

Não há Lasségue. Nem dores à pressão das massas musculares e dos troncos nervosos. Não há perturbações da sensibilidade superficial e profunda.

É normal o sentido das atitudes segmentares — Não há Romberg.

## FUNÇÕES CEREBELOSAS

Não existe ataxia, nem hipermetria. Executa correctamente as provas do dedo ao nariz e do calcanhar ao joelho.

## ANÁLISES

Sangue :

Globos rubros .....	5.530000
Globos brancos .....	8.800
Linfócitos .....	34 0/0
Monócitos .....	4,6 0/0
Poli-neutrófilos .....	60,4 0/0
Eosinófilos .....	1 0/0

*Líquido céfalo-raquidiano. 1.ª análise a 22-X-928:*

Tensão normal.  
 Albumina bastante aumentada.  
 Tandez (+ + — —).  
 Citose, 3,9.  
 Benjoim, 00110, 22222, 00000.

*2.ª análise a 26-XI-928:*

Continua a apresentar dissociação albumino-citológica.

Tensão normal.  
 Albumina bastante aumentada.  
 Citose, 2,2.  
 Glicose, 0,99  $\frac{0}{100}$ .  
 Cloretos, 0,7  $\frac{0}{10}$ .

O doente tem sido submetido à terapeutica anti-infecciosa pela tripaflavina, sem resultado — apenas, parece que devido a êste tratamento, a temperatura retomou o nível normal.

Os antinevrálgicos atenuam ligeiramente as dores. À noite uma óstia de veronal e uma outra de piramidão concederam-lhe um pouco de sono que está longe de ser reparador.

O exame oftalmológico, feito a 29-XI, revela «visão sensivelmente normal; atrofia dos nervos ópticos. — GAMA PINTO».

Esta doença evolucionou, pois, em duas fases: na primeira só eram apreciáveis as lesões do lado do nervo óptico; a segunda é caracterizada pelo aparecimento de fenómenos evidentemente medulares. Não me demorarei em considerações sobre diagnóstico diferencial: na 1.ª fase a hipótese de hipertensão craniana foi logo rejeitada por falta de sintomatologia geral e somática, e pela negatividade do líquido céfalo-raquidiano.

Declarada a 2.ª fase, o diagnóstico impunha-se quanto à topografia. Com efeito a flacidez muscular, o enfraquecimento e abolição dos reflexos aquilianos, o tremor fascicular, aliados à integridade das sensibilidades, faziam pensar logo numa mielite em que as lesões predominassem nos cornos anteriores.

Êste síndrome medular aparecendo juntamente com uma nevríte óptica fazia-me pensar em duas etiologias cujas lesões mostram grande tendência à difusão: a sífilis e a encefalite letárgica.

Contra a primeira hipótese falaram:

- 1) Os antecedentes, pois o doente nega categoricamente a sífilis, e a ausência de estigmas de lúes adquirida ou hereditária.
- 2) A ineficácia do tratamento específico da prova.
- 3) A ausência de Argyll.

## 4) A ausência de linfocitose no líquido céfalo-raquidiano.

Em favor da encefalite tinha eu a recordação do tropismo que o seu vírus manifesta para os núcleos cinzentos, podendo-se manifestar algumas vezes o mal pela forma poliomiéltica.

Com efeito já em 1917, nos quarenta primeiros casos de encéfalo-mielite infecciosa descritos por Cruchet, Moutier e Calmettes, vem já referência à forma poliomiéltica dessa nevraxite.

De então para cá os casos de mielite mais ou menos difusa têm-se multiplicado, mas conservando sempre uma relativa raridade em comparação com outras formas, quando se manifesta no seu estado de pureza. Tivemos mesmo ocasião de observar e tratar no serviço de Neurologia—há uns dois anos—um caso de nevraxite epidémica em que se combinavam fenómenos de rigidez generalizada, com uma monoplegia crural plácida, evidentemente de origem espinal.

Já o facto de se apresentar aqui a forma miéltica quasi no seu estado de pureza emprestaria, pois, certo interêsse a êste caso. Mas a particularidade de ser atacado o nervo óptico surpreende-nos, pois é sabido que o vírus encefalítico, podendo fazer as localizações mais variadas no eixo cérebro-espinal, poupa por via de regra o nervo óptico. Até 1923 Nonne nunca os viu tomados nos seus casos—segundo afirma Pfeiffer. Contudo as lesões dêsses nervos têm sido encontradas. A hiperemia das papilas é várias vezes citada por Achard. Êste autor, na sua monografia sôbre a encefalite letárgica, refere-se a um doente seu com nevríte óptica unilateral—e junta-lhe vários casos de nevríte observados por outros. Menciona até mesmo um caso de estase papilar e alguns de atrofia dos ópticos.

M.<sup>lle</sup> Levy afirma que a alteração do fundo dos olhos por encefalite parece estabelecida, embora as observações sejam raras. Stern cita casos de nevríte retro-bulbar.

A outra particularidade que realça o caso em questão é a que diz respeito às reacções do líquido céfalo-raquidiano.

As primitivas observações de encefalite epidérmica denotaram reacções normais do líquido. Em alguns casos, porém, os observadores encontravam um certo aumento de albumina, acompanhado de linfocitose em geral discreta. Muitas vezes existia um aumento de leucócitos sem haver aumento apreciável na percentagem de albumina e de globulinas.

Alguém houve até que, chamando a atenção para esta dissociação, a considerou peculiar à encefalite. Contudo mais tarde foram aparecendo casos cujas análises revelavam dissociação albumino-citológica mas em sentido contrário, como a que é própria das hipertensões cranianas, isto é: aumento de albumina sem linfocitose correspondente. Assim há casos citados de 1,50 e 1,70 por mil de albumina com uma linfocitose nula ou insignificante. Êste desvio das reacções do líquido céfalo-raquidiano é sempre excepcional—e no meu doente foi o que tive ensejo de observar.

V. O Prof. CARLOS DE MELO relata um caso de corpo estranho da laringe, da sua consulta hospitalar.

### Sessão de 15 de Dezembro de 1928

#### Comunicações :

#### I. *Sifilis hepática*, pelo Prof. GUSTÓDIO CÂBEÇA.

3:475 — E. das D., 33 anos.

Diz ter já tido dois ataques de icterícia com dores na região vesicular, sendo o último há 18 meses. Há 6 meses começou a sentir-se enfraquecer e emmagrecer e há 5 semanas notou no flanco direito um tumor com o volume dum punho, duro, e que vem crescendo sem dores.

Doente muito magra e anemiada; rêde venosa da parede abdominal aparente; tumor no flanco direito, duro, pouco móvel, indolor; contacto lombar; volume de dois punhos; parece isolado do fígado e aderente ao rim.

Reacção anafilática normal.

#### Exame de sangue :

Hemoglobina .....	53
Glóbulos rubros.....	3.326.000
Glóbulos brancos .....	6.600
Linfócitos .....	30
Neutrófilos .....	64
Eosinófilos .....	0
Formas de passagem ....	3
Basófilos .....	1
Grande mononucleares .	2

#### Exame de urinas :

Muitos uratos, muitos glóbulos de pus e abundantes bactérias; no resto, normal. Reacção de Wassermann positiva, forte. Foi operada em 5 de Agosto de 1921; a laparotomia mostrou um fígado descorado, duro, com um tumor no lóbulo direito, volume dum punho e contíguo ao bordo anterior: o aspecto macroscópico é de gomas sifilíticas; vesícula pequena, de aspecto normal. Procurando levantar o fígado vê-se que o tumor está aderente à parede abdominal anterior e atrás ao rim; desfazem-se facilmente as aderências que são antigas e pouco vascularizadas. Resseco uma cunha hepática, trazendo agarradas todas as gomas; sutura do fígado a *cat-gut*. Cura.

O exame histológico deu: gomas sifilíticas com degenerescência hialina.

A doente fez depois injeções de cianeto de mercúrio e tomou *per os* muito iodeto de potássio.

Endarterite, plasma-células, células gigantes e tecido hepático em necrose.

Lâmina n.º 730.



4:035 — G. da C., 40 anos. Solteira.

Há cêrca de três anos teve uma dor forte no hipocôndrio direito acompanhada de vômitos e arrepios de frio; a dor tinha a maior intensidade no cruzamento do rebordo costal com o bordo externo do músculo recto e irradiava para a espádua.

Esta dor repetiu-se depois varias vezes, sendo a última há um mês, muito violenta e seguida de icterícia, prisão de ventre e fezes descoradas. Urinas normais.

Teve um parto de oito meses, vivendo a criança apenas algumas horas.

A parede abdominal tem uma camada espessa de gordura e é bastante sensível na região vesicular; palpa-se um tumor de contornos irregulares, volume dumã pãra grande junto ao rebordo costal. Temperatura e urinas são normais.

O tratamento aplicado na enfermaria foi: repouso e penso húmido quente, porque o gêlo era mal tolerado. A doente melhorou, mas passados dias, depois de palpações repetidas, houve exacerbações das dores e do volume, e a temperatura subiu até 37°,4.

A radiografia deu um figado grande com uma saliência no rebordo anterior que deve corresponder à vesícula.

Repetido o exame seis dias depois com o tetrabromo a vesícula não tintou.

#### *Exame de sangue:*

Hemoglobina . . . . .	78
Glóbulos rubros . . . . .	4.352.000
Glóbulos brancos . . . . .	6.000
Linfócitos . . . . .	34
Neutrófilos . . . . .	62,5
Eosinófilos . . . . .	1
Formas de passagem . . . . .	2,5

Foi operada em 23 de Novembro de 1928; a laparotomia mostra uma vesícula pequena, normal de coloração e consistência, sem cálculo, escondida entre o lóbulo esquerdo e o lóbulo direito, muito aumentada de volume. Na face convexa de cor normal, talvez menos corada, há aderências resistentes ao diafragma, ao lado do ligamento suspensor; o bordo é livre e liso. Na espessura do lóbulo direito há um tumor bosselado, duro, com o volume dum punho, fazendo algumas das bosseladuras saliência sob a cápsula de Glisson espessada.

Levantando o figado, vê-se que as bosseladuras são mais próximas da face inferior e que há uma cicatriz dura, espessa, branco-amarelada, correspondendo à parte média do tumor palpável. Algumas das bosseladuras são moles e renitentes. São evidentemente gomas aglomeradas, caseiosas, ainda em evolução.

São as histórias clínicas de duas doentes a quem se fez o diagnóstico de cólicas vesiculares por colecistite provávelmente calculosa. Nenhumas delas

tinha cálculos nem colecistite, provando-se assim mais uma vez que não é necessária a presença do cálculo para que haja a cólica; as vesículas destas eram sãs, a sua posição é que era anormal, o seu esvaziamento prejudicado e quando não podia fazer-se provocava a cólica. A posição das vesículas era anormal porque as gomas as comprimiam e deformavam.

Sendo o fígado o órgão mais freqüentemente atacado pela sífilis, raras são, entre nós, as observações de sífilis hepática que provoquem uma intervenção cirúrgica. Não quero agora referir-me às lesões da sífilis hereditária, que são a esclerose com hipertrofia dos elementos hepáticos, e em que a superfície externa ou a superfície dum corte do fígado se apresentam com o aspecto mamilonado. Certamente estes fígados grandes não levam a uma intervenção cirúrgica porque, embora volumosos e duros de consistência, a superfície e o bordo são regulares à palpação clínica.

É certo que a sífilis hereditária se pode também apresentar sob a forma gomosa, mas são pequenos grânulos miliares, às vezes um pouco maiores, mas nunca excedendo o volume duma ervilha.

Muito diferente é o que se passa na sífilis adquirida e no período terciário, em que o tipo clássico da lesão é a goma múltipla com cirrose hepática e acompanhada freqüentemente de ictéria.

As gomas podem evolucionar durante muito tempo sem sintomas e quando chegam à observação clínica apresentam-se como massas arredondadas, irregulares, únicas ou múltiplas, de cor branco-acinzentada, com o volume duma ervilha ou duma tangerina, e estão isoladas ou reunidas em massas lobuladas. Às vezes as massas gomosas são tão grandes que podem confundir-se com neoplasias malignas, primitivas ou metastáticas.

As gomas encontram-se em qualquer ponto do fígado, mas são mais freqüentes na junção do lóbulo direito e esquerdo, na região do ligamento suspensor; umas vezes estão metidas na espessura hepática, outras vezes aproximam-se da superfície convexa, provocam a irritação da cápsula de Glisson e da face inferior do diafragma, donde resultam aderências; mas o processo pode ainda ir mais longe e atingir a pleura e a base do pulmão direito.

Quando as gomas se formam próximo do bordo anterior do fígado, as aderências vão para a parede abdominal anterior, e quando estão na face inferior as aderências fazem-se com o rim. Não apresentam as minhas doentes, nem conheço casos descritos, com aderências às vísceras ócas da cavidade abdominal.

Pode o fígado na sífilis adquirida apresentar gomas isoladas, numerosas, com o aspecto de nódulos mais ou menos volumosos, arredondados ou irregulares, duros, às vezes fazendo saliência na superfície, de cor branco-acinzentada ou rosada; alguns destes nódulos são moles e quando incisados mostram uma massa amarela, caseificada, em necrose; outros são duros e constituídos or tecido fibroso, contendo ainda algumas vezes restos daquela massa amarela em pequenas cavidades. Este é o aspecto das velhas gomas. A degenerescência amilóide, as células gigantes e o espiroquetapáldo encontram-se freqüentemente acompanhando a evolução das gomas.

O fim da evolução da goma é a caseificação, que espontaneamente ou

sob a acção dos medicamentos se reabsorve, deixando ficar no seu lugar tecido fibroso. Quando as gomas são superficiais o que resta é uma cicatriz engelhada, formada por pregas do peritoneu espessado e de côr mais ou menos esbranquiçada. De resto quasi sempre a cápsula de Glisson está espessada e forma as aderências já apontadas e que as minhas doentes apresentavam. Nenhuma hepatite crónica provoca reacções de peri-hepatite como a sífilis.

Na sífilis adquirida há um tipo clássico que é o fígado lobulado, onde muitos lóbulos hepáticos são separados por cordões, trabéculas espessas e duras de tecido conjuntivo, começando à superfície e prolongando-se para a profundidade; freqüentemente encontram-se inclusões caseosas que são restos de gomas em via de cura.

As vezes um lóbulo (de preferência o esquerdo) ou uma parte dêle, retrai-se e apresenta-se com a forma duma lingüeta (doente E. D.).

Vejamos quais são os seus sintomas clínicos: as gomas só apparecem no terceiro ou quarto ano depois de contraída a sífilis; quando são palpáveis, sente-se um tumor irregular, bosselado, lembrando uma neoplasia; a sua evolução faz-se umas vezes em completa acalmia ou apenas com ligeiras perturbações digestivas, e emmagrecimento do doente; outras vezes com dores, febre, anemia, icterícia, diarreia, edemas dos membros inferiores, grande prostração.

As dores são no hipocôndrio direito ou no epigastro, nas costas — tais como as conhecemos na cólica vesicular, a que vem freqüentemente associar-se a icterícia — as urinas carregadas de côr e as fezes descoradas. As cólicas são por vezes tão fortes que é necessário recorrer à morfina para as acalmar.

Sucede que as cólicas e a icterícia não encontram depois a sua causa num cálculo da vesícula nem dos canais biliares. Estão neste caso as duas doentes operadas, e a explicação que julgo natural é esta: as gomas comprimiam e deformavam a vesícula e o colo, dificultando o seu evasimento; daí a cólica e a icterícia de retenção, além de que estes doentes têm muitas vezes uma angiocolite.

Alguns doentes têm ascite, ou por lesão da circulação portal ou por irritação do peritoneu. Quando esta irritação é pouco intensa, mas lenta e repetida, vem a ascite, mas quando é forte pode simular uma peritonite a que vão seguir-se as aderências.

As minhas duas doentes tinham aderências; uma na face convexa, ao diafragma e perto do ligamento suspensor; a outra à parede abdominal anterior e ao rim direito.

Tratamento: é médico e específico, sendo o iodeto de potássio indispensável, chegando os doentes a tomar até 10 gramas por dia. Há quem considere o uso do iodeto como bastante para o tratamento das gomas, mas as ideas modernas aconselham o tratamento mixto, recorrendo-se aos sais de mercúrio, à pomada mercurial em fricções ou ao cianeto de mercúrio em injeções, ou então aos sais de bismuto sob a fórmula do Bismutoidol ou do Bismutoxil.

O tratamento cirúrgico foi completo na primeira doente porque se pôde ressecar toda a lesão e suturar depois o fígado. Na segunda doente a lapara-

tomia foi apenas exploradora e permitiu fazer o diagnóstico, mas a lesão era tão extensa que para a extirpar seria necessária uma ressecção larga do lóbulo direito do fígado, talvez incompatível com a vida. Mesmo depois do tratamento cirúrgico completo, o tratamento específico é necessário.

## II. Um caso de tabes, pelo DR. ADOLFO FURTADO.

Trata-se de uma mulher, de 49 anos, sífilítica averiguada, que vem à consulta queixando-se de perturbações da micção e da defecação, que datam de há quatro anos. Sente também, nos membros inferiores, dores como picadas ou golpes de tesoura e uma impressão constrictiva em volta da cintura.

Há um ano que, subitamente, perdeu a faculdade de flectir o seu pé esquerdo, que pende com a ponta para baixo, e em ligeira supinação, tendo por isso a marcha alterada. Teve no calcanhar do pé direito uma infecção que, segundo diz, foi lancetada, deixando forte edema e deformação.

*Observação:* — Todo o membro inferior direito se apresenta atrofiado. Há dêste lado paralisia do sciático popliteu externo em ambos os seus ramos, com certo relaxamento ligamentoso e capsular da articulação tibio-társica, e achatamento da arcada plantar do mesmo pé.

O esquerdo apresenta uma cicatriz da goteira retro molestar interna, acompanhada de grande edema.

A radiografia mostra a existência duma goma de rarefacção óssea no calcâneo, o que, aliado ao resultado do tratamento específico, que melhorou rapidamente estas alterações, nos permite supor ter-se tratado duma goma daquelle ósso.

Os reflexos aquilianos estão abolidos. O rotuliano esquerdo diminuído. Sensibilidade táctil e térmica conservadas. A dolorosa diminuída. Não há ataxia. Os membros superiores e o tronco não têm alteração. Nos olhos há Argyll Robertson à esquerda; à direita diminuição da reacção pupilar à luz.

O exame do líquido céfalo-raquidio dá-nos o seguinte resultado:

Albumina: normal.

Pandy: negativo.

Cravagem citológica: 2 p. mm<sup>3</sup>.

Wasserman: negativo (— — —).

Colin: negativo.

Reacção coloidal do elixir paregórico: negativo.

A reacção do ouro coloidal não se realizou por falta de soluto de sal de ouro preparado.

O síndrome humeral é, portanto, completamente negativo.

O DR. BORGES DE SOUSA fala sobre as alterações oculares da tabes, e especialmente na importância do sinal de Argyll Robertson e das paralisias oculares. Nas tabes, as lesões oculares incidem principalmente sobre a pupila, papila e motilidade.

# TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL  
HYPODERMICO VERDADEIRA-  
MENTE INDOLOR PRATICA-SF  
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

LISBOA MÉDICA

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocámos á disposição do Corpo Medico as amostras  
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO  
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> - LISBOA



## IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona  
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA  
Comunicação ao XIII<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.  
Doses medias: Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pe dir folheto sobre a Iodoterapia physiologica pelo Peptoniодо.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

Prof. A. FLORES diz que no Serviço de Neurologia se têm observado vários casos de tabes com reacções humorais negativas e que a reacção do elixir paragórico se não pode comparar em finura à reacção do oiro coloidal.

III. Prof. CARLOS DE MELO apresenta dois casos :

*Corpo estranho do nariç com supuração.*

Fala sôbre êste caso o Prof. CABEÇA.

*Um caso de gaguez (nevrose de coordenação).*

Prof. EGAS MONIZ, Prof. FLORES e Dr. EDUARDO COELHO discutem êste caso, falando das relações da gaguez em lesões orgânicas do sistema nervoso os dois primeiros, e com as glândulas de secreção o último.

Prof. EGAS MONIZ : É necessário ter cuidado ao afirmar que se trata de gaguez hereditária. Esta constitui quási sempre uma imitação.

## Revista dos Jornais de Medicina

A orientação actual das ideias sôbre o cancro. (*L'orientation actuelle des idées sur le cancer*), por GUSTAVE ROUSSY. — *An. de Med.*, Novembro de 1928.

*Conclusões.* — A tendência actual dos investigadores é para admitir como origem do cancro uma perturbação da vida celular. O cancro apparece-nos, portanto, como a expressão de uma alteração fisico-química da célula, incidindo sôbre os complexos coloidais nucleares e protoplasmáticos, e provocando, na célula, perturbações do ritmo de crescimento e do metabolismo funcional que, uma vez estabelecidas, parecem definitivas e irreversíveis.

Esta fertilidade, que se transmite às células filhas de uma maneira quasi indefinida, constitui a característica da célula cancerosa, não se encontrando em nenhum outro processo mórbido. Chega-se assim à concepção do cancro «doença celular», cujo *primum movens* nos escapa ainda, mas cujos caracteres biológicos e morfológicos se opõem nitidamente aos dos fenómenos inflamatórios.

Desde muito tempo, a analogia entre os fenómenos que presidem ao desenvolvimento do óvo e ao da célula cancerosa tinha impressionado os morfologistas. Foi Loeb quem principalmente emitiu a ideia de que as investigações sôbre a activação do óvo podiam fornecer sugestões interessantes para o estudo da cancerização celular.

Podemos aproximar o fenómeno da cancerização do da fecundação, sob o ponto de vista da química física, e supor que em patologia tumoral o estimulante formativo, procurado em vão pelos morfologistas num agente figurado, é certamente de natureza fisico-química. Os efeitos dos agentes físicos, como os raios X ou as radiações das substâncias radioactivas, que têm a curiosa propriedade de *produzir* (acção estimulante) ou de *destruir* (acção necrosante) o cancro, dão-nos argumentos em favor desta hipótese.

Encontramo-nos bem longe da teoria simplista que feliava todos os grandes processos gerais — inflamatórios ou tumorais — na infecção por agentes animados ou vírus filtrantes. E, mesmo sob o ponto de vista da patologia geral, existem diferenças fundamentais entre os fenómenos inflamatórios e os processos cancerosos. E foi talvez por durante muito tempo se querer aproximar estes dois processos que as investigações relativas à origem do cancro falharam por completo.

E. GOELHO.

Alguns pontos discutidos da etiologia do cancro. (*Quelque points discutés de l'étiologie du cancer*), por G. ROUSSY, *ibid*, *ibid*.

I — *O cancro e a heritarietàde.* — A heritarietàde do cancro, admitida durante muito tempo, mantém ainda partidários convictos no grande público como entre os médicos.



Afirmar que o cancro é uma doença hereditária seria admitir a transmissão directa, dos ascendentes aos seus descendentes, de um agente vivo, de um princípio específico ou ainda de uma perturbação de desenvolvimento celular, que seria a causa ou o ponto de partida do cancro.

Ora, nada permite actualmente incriminar um organismo exógeno vivo, visível ou invisível, e se a teoria embrionária do cancro pode explicar a origem de certas neoplasias, as mais das vezes benignas, não nos dá a chave da cancerização celular.

O A. passa em revista os argumentos dos partidários da hereditariedade do cancro, tanto da patologia humana como da patologia experimental, concluindo que o cancro não pode ser considerado como uma doença hereditária e familiar no sentido próprio do termo. Não quer isto dizer que a noção dos caracteres adquiridos hereditariamente pelo terreno, sobre que desenvolve o cancro, não deva entrar em conta, como qualquer outra doença.

Trata-se de uma hereditariedade de terreno que, em presença dos agentes cancerigêneos, coloca o organismo num estado de maior ou menor resistência ou receptividade para o cancro.

Mas ultrapassa-se, então, o domínio das doenças hereditárias para o da imunidade e da receptividade naturais dos processos mórbidos, problema que não tem nada de particular com o cancro.

Ora, actualmente, a noção do factor terreno toma um maior vulto na concepção patogénica das doenças, em geral, sejam quais forem as causas, exógenas ou endógenas, quer se trate de tuberculose ou da diabetes, da escarlatina ou do reumatismo.

Pensa o A. que, em matéria de cancro, há apenas o direito de falar desta hereditariedade de terreno.

II — *O cancro e o contágio.* — Há uma observação, única no género, e que comporta numerosos pontos difíceis de explicar. Trata-se de um interno que pica a palma da mão com uma seringa, que serviu para puncionar um derrame linfático colectado sob a cicatriz de uma amputação do seio, praticada 15 dias antes, e que possuía um epitelioma encefalóide. Dois anos depois aparece na palma da mão, na região da picada, um sarcoma fusocelular verificado histologicamente, que invadiu as vias linfáticas e os gânglios axilares. A desarticulação da espádua permitiu apenas um ano de vida, sobrevivendo a morte por generalização.

Esta observação, segundo o A., não pode servir para demonstração do contágio do cancro, porque se trata de um *exérto* e não de uma *inoculação*.

Com a maior parte dos biólogos, pensa o A. que não há nada que autorize a considerar o cancro como uma doença contagiosa; pelo contrário, todos os documentos fornecidos pela patologia humana e pela patologia comparada pleiteiam contra esta hipótese.

III — *O cancro e os traumatismos.* — Conclui-se da análise circunstanciada do A. que, se a origem traumática do cancro pode ser admitida em certos casos, só o deve ser a título excepcional, se se tomam em conta os *traumatismos verdadeiros, únicos*, e não os traumatismos múltiplos,

repetidos, que entram num outro grupo de factos: o dos cancro por irritações mecânicas ou dos cancro cicatriciais.

Esta raridade torna-se mais evidente quando se considera o número reduzido de traumatismos violentos que produzem o cancro em relação aos que nunca o produzem; a guerra mostrou-se, de resto, muito instrutiva a êste respeito. A experiência de 14 anos para os primeiros feridos não nos permite afirmar que os cancro secundários às feridas superficiais e às fracturas de guerra sejam freqüentes. O A. não viu nenhum exemplo, embora os procurasse minuciosamente.

Sob o ponto de vista prático, devemos concluir que a existência do cancro post-traumático não está demonstrada; convém acrescentar, entretanto, que a sciência não deu ainda a prova absoluta do contrário.

IV — *O cancro e as cicatrizes.* — É preciso entender por *cicatrizes* um estado particular mais ou menos definitivo dos tecidos, resultando de um processo inflamatório, antigo, de evolução subaguda ou crônica, processo constituído pela especificação de um tecido conjuntivo de tipo fibroso cicatricial.

Esta definição elimina as feridas átonas, as ulcerações crônicas, tais como as úlceras varicosas, as fístulas tuberculosas, que não são cicatrizes propriamente ditas.

Entre as cicatrizes que produzem o cancro, as das queimaduras são mais freqüentes.

E. COELHO.

O chumbo no tratamento do cancro. (*Le plomb dans le traitement du cancer*), por S. LABORDE. *Ibid, ibid.*

Há muito tempo que se pensou utilizar os agentes químicos no tratamento do cancro, com a esperança de se encontrar uma substância capaz de actuar sobre as células neoplásicas por efeito de uma afinidade electiva. Um grande número de investigações tem sido empreendido neste sentido.

Os primeiros autores recorreram ao *selénio*, associado à *cosina*, que permite obter resultados interessantes no cancro dos ratos; mas, em virtude da sua grande toxicidade, não se pode utilizar para o homem. Depois, utilizaram-se diferentes metais coloidais — *cobre*, *estanho*, *arsénio*, *chumbo*, *mercúrio*, *cobalto*, *platina*, *ouro* e *prata*. Nenhuma melhoria, e, com mais forte razão, nenhuma cura foram observadas.

Outros autores empregaram os sais dos diferentes metais, não em injeção intramuscular ou intravenosa, mas por via electrolítica. Os resultados obtidos foram bastante animadores, sobretudo para o *chumbo*, pois em 40 tumores enxertados em ratos observou-se 13 vezes um desaparecimento completo do tumor.

Entre os metais ensaiados, foi o chumbo o que deu melhores resultados; compreende-se, portanto, que êste metal tenha sido escolhido por um grande número de autores para estudarem a sua acção sobre o cancro humano.

Blair Bell (de Liverpool) foi o primeiro (1922) que utilizou o chumbo de

uma maneira sistemática nos doentes portadores de tumores diversos. A preparação coloidal de chumbo é empregada em injeções intravenosas e a dose utilizada, que varia segundo os casos, não está ainda definitivamente estabelecida, mostrando-se a preparação extremamente tóxica em numerosos doentes.

Nos últimos ensaios êste A. empregou a seguinte técnica: duas doses de 20 c. c. da suspensão a 0,5 % são administradas com 10 dias de intervalo, e duas outras doses de 15 c. c. em igual período. Esta série é seguida de um mês de repouso, depois do qual novas injeções se fazem em intervalos variados e em doses menores, de cerca de 10 c. c. até se atingir um total de 120 c. c., isto é, de 0,60 grs. de chumbo.

Os acidentes tóxicos são frequentes e incidem sobre o sangue, fígado, rins, e, às vezes, também sobre o sistema nervoso e aparelho digestivo; consistem em diferentes tipos de anemia, desde a anemia ligeira até à anemia perniciosa; as perturbações renais traduzem-se por albuminúria, muitas vezes, passageira, mas, algumas vezes, por nefrite grave com necrose tubular, dando a morte. É frequente a icterícia, acompanhando-se de fenómenos gerais graves. Têm-se observado, ainda, gengivite e vômitos com cólicas e diarreia.

Para impedir, na medida do possível, êstes acidentes, deve proceder-se com cuidado à escolha dos doentes; é preciso eliminar os indivíduos atingidos de nefrite crônica e os que apresentem alterações acentuadas do estado geral.

De Novembro de 1920 a Novembro de 1925, Blair Bell e seus colaboradores trataram por êste processo 227 doentes. Conclui-se desta estatística que 50 doentes beneficiaram com o tratamento. Em alguns casos o tratamento pelo chumbo foi associado à cirurgia e à radioterapia.

Os documentos relatados por B. Bell não são, todavia, muito animadores, porque a acção tóxica do chumbo produziu a morte num grande número de casos.

Nos laboratórios dos diferentes países um grande número de investigadores estudou a acção do chumbo sobre o cancro humano e experimental, chegando a resultados contraditórios.

Da discussão levantada na recente *Conferência Internacional do Cancro*, de Londres, saiu uma opinião quasi unânime: não só o chumbo não possui propriedades específicas em relação ao cancro, mas é ainda de emprêgo extremamente perigoso, por efeito do seu poder tóxico.

Seja como fôr, o método de B. Bell apresenta uma etapa importante na história da quimioterapia do cancro. Se até aqui o chumbo, como os outros metais experimentados, não realizou as esperanças entrevistas por um momento, os trabalhos de B. Bell incitaram a retomar, em todos os países, ensaios de tratamento do cancro pelos agentes químicos, e pode-se esperar que êles conduzirão à descoberta de uma substância de fraca toxicidade, susceptível de se fixar sobre a célula cancerosa e de provocar a destruição electiva.

**Influência do regime alimentar sôbre a eclusão e a evolução do cancro experimental do alcatrão.** (*Influence du régime alimentaire sur l'éclou-sion et l'évolution du cancer du gourdorou*), por J. MAISIN e A. FRANÇOIS. *Ibid, ibid.*

*Conclusões :*

- 1) O regime alimentar exerce uma grande influência sôbre a génese e a evolução do cancro experimental do alcatrão.
- 2) É possível, por meio de um regime rico em fígado, acelarar nitidamente a marcha dêstes tumores, tornando-os muito malignos.
- 3) As substâncias activas contidas no fígado resistem à dissecação e a uma conservação no estado sêco durante alguns meses, pelo menos.
- 4) É impossível dizer-se presentemente a que grupo de substâncias pertence a fracção activa.

E. COELHO.

**Sôbre a chamada apofisite do calcâneo.** (*Sulla cosidetta apofisite calcaneale*), por ANTONIO MERLINI. — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIV. Fasc. 1. Págs. 97 a 130.

Trata-se de uma doença com sede na parte posterior do calcâneo, que se manifesta na adolescência sob a forma duma dor espontânea e provocada à pressão, na correspondência da inserção do tendão de Aquiles, e com uma tumefacção moderada das partes moles posteriores do calcâneo.

Pode ser algumas vezes relacionada com esforços ginásticos, corridas, saltos, etc., mas muitas vezes manifesta-se sem causa aparente. O seu decurso é benigno e cura espontaneamente ou com simples repouso na cama.

Tem sido posta em relação com as chamadas perturbações localizadas do crescimento, próprias da idade púbere, não gozando ainda de uma individualidade clínica verdadeira, e não sendo clara a sua etio-patogenese, para a qual têm sido propostas diversas teorias.

O quadro radiológico, cuja descrição não varia muito nos relatos dos diversos autores que dêle se têm occupado, não é característico. Os aspectos especiais da epifise, e que o A. mostra em reproduções de várias radiografias, bem como da linha epifisária e da metafise, interpretados até agora como alterações típicas da doença, devem antes considerar-se como diferentes modalidades do processo de ossificação que, dentro da mesma idade, pode variar entre limites normais, segundo os países, as raças, o sexo, o grau individual do desenvolvimento geral do corpo, e, no mesmo individuo, segundo se trate do lado direito ou esquerdo.

MENESES.

**Estudos clinicos e experimentais sôbre a patogenese e diagnóstico da bronquiectasia na infância.** (*Klinische und experimentelle, etc.*), por PROF. J. DUKEN. — *Zeitschrift f. Kinderheilkunde*. Bd. XLIV. Heft 1/2.

Êste estudo clínico e radiológico da bronquiectasia infantil é precedido dum pequeno resumo fisiológico dos músculos lisos dos brônquios e alvéolos; a experiência em animais mostrou ao A. que não existem movimentos peris-

táticos dos brônquios injectados com lipiodol, visíveis na radiografia. O mesmo se verifica na criança. Foram feitas também experiências sobre o conteúdo brônquico no decurso do choque anafilático (aspiração para a periferia), sobre a migração para outros territórios, comparável à que se produz na distribuição dos focos tuberculosos, e sobre a sua eliminação.

Depois de ter ensaiado vários métodos de injeção dos brônquios com lipiodol, o A. decidiu-se pelo da sonda traquial, o único eficaz que pode ser aplicado na clínica. Em quarenta e duas crianças estudadas, foi observada uma forte predominância da bronquiectasia, no lobo inferior esquerdo (28). Discutindo a etiologia e a patogenia desta localização, o A. esquematiza do seguinte modo a sua evolução: a compressão mecânica exercida pela artéria pulmonar no brônquio esquerdo cria, a montante, uma predisposição para a bronquiectasia, que se manifesta logo na ocasião em que surja uma infecção; a tosse interviria igualmente e a expectoração, esta não pela sua quantidade, mas pelas modificações da sua composição, tornando possível a infecção.

Sem se pronunciar duma maneira nítida, pró ou contra a origem congénita da bronquiectasia infantil, o A. pensa que deve existir uma fraqueza congénita dos tecidos, como o testemunha a frequência da localização dupla, em indivíduos apresentando, além disso, taras psíquicas. Nas formas agudas, sobrevindas a seguir a uma complicação pulmonar, gripal ou doutra natureza, a aspiração torácica não se exercendo sobre os alvéolos cheios pelo exsudado e tornados rígidos, produz uma tracção nos brônquios e bronquíolos, os quais se dilatam, mercê da infecção concomitante da sua parede.

Sob o ponto de vista diagnóstico, os sinais clínicos, tais como a conservação dum bom estado geral, os caracteres da expectoração, a presença de dedos em baquetas de tambor, devem ceder o lugar à radiografia lipiodolada, única que permite um diagnóstico de certeza.

O tratamento varia segundo a gravidade do caso: vai do tratamento banal da bronquite, até à intervenção, como a toracoplastia. A experiência do A. não é suficiente para permitir um juízo fundamentado sobre o valor desta ou daquela terapêutica.

Seguem-se as histórias clínicas acompanhadas de radiografias e classificadas (bronquite crónica purulenta com brônquios normais, bronquiectasia circunscrita sacciforme e cilíndrica, bronquiectasia cilíndrica, com ou sem sintomas clínicos, bronquiectasia cilíndrica difusa bilateral, com e sem sinais clínicos, bronquiectasia sacciforme difusa — cavernosa — de um ou dos dois pulmões, ectasia dos bronquíolos com integridade dos brônquios, relações com a tuberculose, bronquiectasia por corpo estranho, quistos pulmonares).

#### MENESES.

**Ensaio terapêutico na urticária alérgica alimentar das crianças, por A. ARGÜELLES TERÁN.** — *Archivos Españoles de Pediatría*. Ano XII. N.º 5. Maio 1928. Págs. 303-313.

O A. limita-se apenas a justificar com dados da sua clínica, e com hipóteses fisiológicas mais ou menos confirmadas, o ensaio dum novo processo

terapêutico para a urticária alimentar das crianças. Todos os clínicos, e sobretudo aqueles que mais frequentemente lidam com a patologia infantil, sabem como às vezes é rebelde a todas as tentativas terapêuticas e dietéticas tal doença que tanto prejuízo traz à evolução da criança, perturbando-lhe o sono e alterando-lhe às vezes duradouramente o carácter.

Não faz o A. uma descrição magistral dos sintomas porque estão em todos os tratados de pediatria. Recorda apenas os seus tópicos. Como se sabe, a doença é mais frequente entre os seis meses e os três ou quatro anos, e desenvolve-se com uma tenacidade desesperante e com pequenas recidivas. Vê-se aparecer a urticária desde as primeiras tentativas de administração de leite da vaca em crianças criadas ao peito; a partir de então, quando avançamos na administração de substâncias nutritivas variadas, começa o problema difícil de deslindar qual alimento é que produz os acidentes, pois se umas vezes aparece após a ingestão de leite, de peixe, de caldo de carne, de ovo, muitas vezes a supressão dum desses alimentos incriminados, ou de todos, é infrutífera.

O A. não tem experiência das provas de sensibilização cutânea utilizadas nestes casos, por o seu método ser difícil de executar pelo clínico; e parece também, segundo as experiências de outros autores que não se pode fundar nelas grandes esperanças.

No momento actual circulam diferentes doutrinas patogénicas sobre estes fenómenos, e uns consideram-nos como acidentes de sensibilização e anafilaxia, outros como manifestações de um estado ou constituição alérgicos, estando apenas fora de dúvida a coincidência deles com uma crise de eosinofilia.

O tratamento da urticária tem sido variadíssimo: os sais de cálcio, a adrenalina, a tiroidina, os fermentos digestivos, a diastase, com pepsina e pancreatina, os purgantes, a atropina, o enxofre, etc. Todavia, estudos recentes vêm trazer para o baço uma influência inibidora sobre a crise de eosinofilia, a desapareção do prurido e a atenuação dos sintomas anafiláticos, bem como a acção activadora desse mesmo órgão sobre extractos inactivos do pâncreas, porporcionando transformações importantes em diversos fermentos digestivos.

Em face destes e outros factos do domínio da fisiologia, ou melhor da química fisiológica, e que num relato com fins meramente práticos como este não vale a pena transcrever, lembra-se o A. de utilizar na urticária rebelde o extracto esplénico; e pôsto que a sua experiência ainda seja escassa, viu modificarem-se muito favoravelmente alguns casos que se mostraram rebeldes aos tratamentos já citados, parecendo-lhe oportuno e interessante referi-lo.

Dá ao doente o extracto esplénico numa colher de água ligeiramente acidulada com ácido fosfórico ou clorídrico antes das comidas (esplenase Puy em gotas, ou comprimidos de extrato de baço Chaix ou de baço Spallanzani).

Pode ser que tudo não passe dum método de peptonoterapia préprandial, por desdobramento em peptonas do extracto orgânico; o que é facto é que observou resultados favoráveis.

**VIGANTOL**

**Vitamina-D**

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

*Algumas das principais indicações:*

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, e-tados espasmodicos (espasmo-philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico ra gravidez e no periodo da lactação, nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. d: Vigantol cada Uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas da chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie  
Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico

"Bayer-Meister-Lucius"

LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150-3.º - LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.<sup>da</sup>

Rua José Falcão, 199 - PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS  
DARMSTADT

DEPOSITARIOS

J. Wimmer & Co.

Rua 24 de Julho, 34

LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1 C.

PORTO

# Hãmafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

*Depositários:*

**Henrique Linker, L.da**—LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

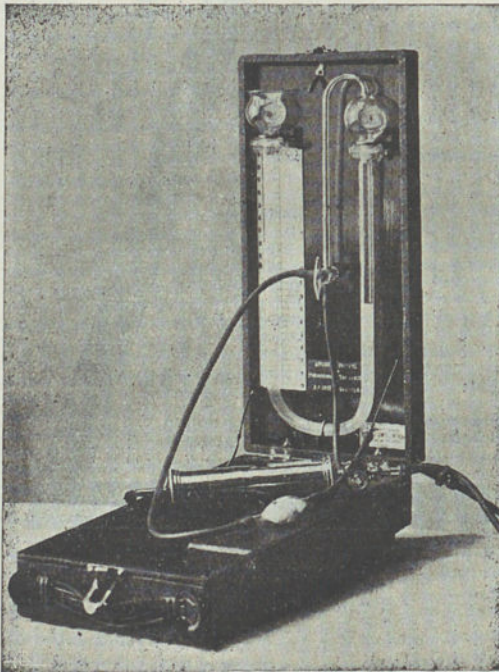
## HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

## RICO EM VITAMINAS

simples e composto com arsênio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsênio — gáiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gáiacol.

**Resultados excelentes!**  
**Sabor agradável**



**Aparelho portátil de Pneumotórax artificial**  
**do Dr. José de Saavedra**

(Vidè *Presse Médicale* N.º 42, de 27 de Maio de 1925)

## ESTABELECIMENTOS ALVARO CAMPOS

12, L. do Cliado, 1.º

Telefone C. 1017

Telegramas: ALCALI

Instrumentos cirúrgicos  
Electricidade Médica  
Raios Ultra-violetas  
Infra vermelhos  
Diatermia  
Mobiliário Cirúrgico  
Microscópios  
Aparelhos  
para laboratórios  
Análises, Vacinas e  
Sóros  
Produtos químicos  
e farmacêuticos

■  
Vacinas e Sóros  
Mulford

■  
Sóros Maragliano  
Tratamento  
da tuberculose



As fracturas isoladas do osso semilunar. (*Le fracture isolate, etc.*), pelo Dr. ATTILIO ODASSO (Torino). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XII. Fasc. 1.º Págs. 1-29.

As fracturas isoladas do semilunar são bastante raras: a maior parte das vezes estão associadas a fracturas do rádio e dos outros ossos pequenos do carpo. A sua etiologia é a mesma que produz a fractura de Colles; mas a fractura do semilunar tem uma particularidade: só succede na flexão cubital da mão e pode produzir-se essencialmente por um duplo mecanismo, de compressão e arrancamento.

As chamadas malácias traumáticas e as chamadas lacunas do semilunar podem, em alguns casos, na verdade, preparar a fractura desse osso, mas são em geral o resultado longínquo de traumas precedentes e de fracturas que passaram despercebidas.

O diagnóstico clínico, possível em alguns casos, é muitas vezes difícil e impossível, e o erro mais freqüente é a sua confusão com simples distensões do pulso.

Para evitar tais erros diagnósticos é aconselhável o exame radiográfico sistemático do pulso traumatizado e tal exame será indispensável para a confirmação do diagnóstico clinicamente pressuposto.

O prognóstico varia de caso para caso, dependendo da maior ou menor gravidade da lesão inicial, do tratamento instituído mais ou menos a tempo, e das condições gerais do indivíduo atingido: ao pé de casos com resultado funcional bom, há casos complicados de pseudartroses, de artrites crônicas, anquiloses mais ou menos completas, dolorabilidade, hipotrofias apreciáveis dos músculos do antebraço e invalidez do pulso.

O tratamento consistirá na imobilização da articulação por 8-10 dias, seguida de banhos quentes, massagens, mecanoterapia. Esgotados os meios conservadores e quando a fractura não tem tendência para consolidar, convirá recorrer à ablação do semilunar, a qual deverá ser precoce o mais possível e será a intervenção de eleição nas fracturas inveteradas e dolorosas do osso semilunar e suas complicações.

MENESES.

A auto-hematoterapia na querato-conjunctivite da infância. (*L'autohematoterapia nelle, etc.*), por A. DE CAPITTE. — *La Pediatria*. N.º 3. 1928.

A auto-hematoterapia, que dá bons resultados nas dermatoses e no tracoma, encontra também a sua indicação em algumas outras doenças oculares da infância, peculiares a profundas alterações constitucionais que se acompanham de linfatismo, adenoidismo ou diatese exsudativa.

Em 31 crianças com conjunctivite folicular ou blefaro-conjunctivite linfática com úlceras da córnea, e tratadas com injeções em dias alternados ou bissemanais de 5 c. c de sangue do próprio doente, obteve na maioria dos casos (78,5 %) resultados maravilhosos de cura.

A acção benéfica do tratamento produziu nos primeiros momentos uma notável e precoce melhora dos fenómenos irritativos com diminuição e desa-

parecimento da fotofobia e do blefaro-espasmo e secundariamente a cura dos fenómenos inflamatórios conjuntivais e a desapareição das infiltrações da córnea.

O emprêgo da auto-hematoterapia, que não oferece dificuldade de técnica, mesmo executada em lactantes, não provocou, em nenhum dos casos, reacções gerais ou perturbações locais.

MENESES.

Sobre um novo sinal da coxite, especial para o seu diagnóstico precoce. (*Über ein neues, usw.*), por B. CHATZKELSON. — *Zentralblatt f. Chirurgie*. 1928. N.º 4.

O A. chama a atenção para um sintoma que se encontra na coxite (coxalgia), executando a percussão comparativa das duas espinhas ilíacas antero-superiores.

Coloca-se o doente em decúbito dorsal, e faz-se com o dedo médio ou com um pequeno martelo de reflexas a percussão dos pontos indicados. Os resultados são, segundo o A., e nos indivíduos com coxite incipiente: do lado doente um som mais ôco, devido à deminuição dos sais de cálcio, do lado são o som é maciço.

Nos estados mais avançados da coxite, quanto já há derrame ou quando o processo tende para a calcificação (?), o tom é mais maciço do lado doente que do lado são.

MENESES.

Possibilidades terapêuticas e resultados obtidos com injeções de ar nos ventriculos cerebrais e por via raquidiana. (*Therapeutische Möglichkeiten und Ergebnisse der Liquorraeume von Gehirn und Rückenmark*), por SOOF FRIEDEMANN. — *Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde*. Tõmo 106. Dezembro 1928. Págs. 82-96.

O A. encarou o problema não sob o ponto de vista do diagnóstico, mas sim da terapêutica. Êste especto do problema tem sido muito menos estudado e é bem menos conhecido que o primeiro.

Seguiu em geral o método de Dandy. Quási sempre extraía uns 100 c. c. de líquido céfalo-raquidiano e injectava uns 80-90 c. c. de ar.

Afirma que o método se mostrou de real valor terapêutico em casos de epilepsia, essencial ou sintomática, especialmente em doentes em estado de mal epiléptico. Empregou-o em 24 casos. Doentes em estado de mal, durando já há alguns dias sem que fõsse possível fazer cerrar as crises por qualquer outro meio (injeções de luminal, hidrato de cloral, etc). Em 9 dêsseos casos o diagnóstico era: epilepsia essencial; em 6 epilepsia post-traumática; em 3 epilepsia tóxica; em 4 paralisia geral e em 2 lúes cerebral. Em 23 dos 24 casos foi possível fazer cessar as crises após a injeção de ar.

Empregou ainda as injeções de ar e recomenda-as como tratamento adjuvante nos estados tóxicos, especialmente no *Delirium tremens* e em todos os casos de psicose alcoólica, bem como nas psicoses gravídicas, eclâmpsia e

intoxicações metálicas. Empregado em 22 casos de *Delirium tremens* mostrou-se êste método eficaz em 18 dêsseos casos, terminando o estado de delírio após as injecções de ar, adormecendo os doentes. Também obtém resultados em casos de toxicomania (10 morfínistas e 2 eucodalistas), para combater as perturbações pela supressão do tóxico.

Experimentou ainda em casos de esquizofrenia, loucura circular, paralisia geral e tabes, sem todavia ter obtido resultados seguros.

Não tem caso algum de morte. Como complicações apenas observou cefaleias e meningismo.

Durante três dias, após as injecções, administrava narcóticos aos doentes. Durante uma semana, três vezes por dia, 1 gr. de urotropina *per os*.

Pensa que as injecções de ar, como meio terapêutico, merecem especial estudo, procurando aperfeiçoar-se a técnica e limitar as indicações.

Considera o método de uma relativa simplicidade.

A. ALMEIDA DIAS.

O liquido céfalo-raquidiano na esclerose em placas. (*Die Liquorbefunde bei der multiplen Sklerose*), por ERICH STERNBERG. — *Monatsschrift fuer Psychiatrie und Neurologie*. Vol. LXX. Fasc. 6 de Dezembro 1928. Págs. 370-388.

Estudou o A. 126 casos de esclerose em placas, procurando esclarecer com êste trabalho os seguintes problemas :

1.º — Frequência das modificações do L. C. R. na esclerose em placas.

2.º — ¿ Pode pelas reacções do liquor, quando existam, e só por elas, firmar-se o diagnóstico?

3.º — ¿ É possível tirar conclusões-prognósticos do tipo das reacções do L. C. R. na esclerose em placas?

Neste trabalho chegou o A. aos seguintes resultados :

1.º — Os 126 casos estudados mostraram reacções patológicas do liquor em 90,5 %.

2.º — As reacções sorológicas da lúes foram regularmente negativas no sangue e no L. C. R. O aumento da globulina foi das modificações mais frequentemente encontradas no liquor (74,6 %). Em mais de metade dos casos êste aumento da globulina era todavia insignificante. A reacção do ouro coloidal foi positiva em 74,8 % dos casos, mais frequentemente com curvas do tipo paralítico. Em 67,5 % dos casos havia linfocitose, quasi sempre pequena, ou quando muito média.

Êste conjunto de resultados das várias reacções pode, na opinião do A. considerar-se como típico da esclerose em placas.

Não foi possível estabelecer qualquer relação entre as características do L. C. R. e os tipos clínicos da esclerose em placas, ou tirar conclusões sobre a gravidade, duração e prognóstico dos casos.

A. ALMEIDA DIAS,

A importância dos comprimidos «Treupel» em neurologia. (*Die Bedeutung der Treupel-Tabletten in der Neurologie*), por HANS HOLZ. — *Psychiatr. neurol. Wochenschr.* Ano 30. N.º 30. Págs 325-326. 1928. — *In Zentralblatt fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie.* Pág. 437. 1928

O A. refere as vantagens dos comprimidos «Treupel» (fenacetina, aspirina e codeína) no tratamento das nevralgias, especialmente nas do 5.º par. Usou-o ainda com proveito em casos de nevralgias dos intercostais e na sciática. Em estados dolorosos de natureza vária, como por exemplo no herpes Zóster, mialgias e crises tabéticas, cefaleias, tanto orgânicas como funcionais, mostrou-se um bom analgésico.

Doses: 1 a 2 comprimidos. Diz o A. que podem empregar-se sem inconveniente algum, não dando habitação.

A. ALMEIDA DIAS.

Sobre o «Algopysan», um novo analgésico e calmante. (*Ueber «Algopysan» Schmerz- und Beruhigungsmittel*), por PAUL FREUD. — *Med. Klin.* 1928. II. 1506-1507. — *In Zentralblatt fuer die gesamte Neurologie and Psychiatrie.* Pág. 437. 1928.

As drageias de «Algopysan» contêm 0,1 gr. de dimetilamido antipirina e 0,2 gr. de mistura bromada. A acção terapêutica faz-se sentir decorridos uns 20 minutos após a ingestão. Afirma o A. que o medicamento é inteiramente inofensivo e um bom analgésico e sedativo. Colhem bons resultados em casos de nevralgias rebeldes, nevrites, otalgias, bem como no reumatismo articular. Indicado ainda na meningite tuberculosa para combater as cefaleias.

A. ALMEIDA DIAS.

Contribuição para o estudo dos síndromas do núcleo vermelho. (*Contributo allo studio delle sindróni del nucleo rosso*), por UMBERTO DE GIACOMO. — *Rivista di Patologia nervosa e mentale.* Vol. XXXIII Fasc. 4. Setembro 1928. Págs. 568-586.

O A. aproveita um caso de síndrome do núcleo vermelho de origem palustre para se ocupar especialmente do problema da acção dos núcleos cinzentos mesencefálicos (particularmente do núcleo vermelho), e do cerebelo no mecanismo do *tonus* muscular.

A teoria mais geralmente aceita para explicar a hipertonia extrapiramidal e particularmente a parkinsoniana admite que ela é devida à falta da acção inibidora que o sistema pálido-nigrico em condições normais exerce sobre a suposta influência tonogénea do sistema cerebelo-rubro-espinal. Rademaker sustenta, pelo contrário, que o núcleo vermelho é propriamente um centro inibidor do *tonus* muscular; Lorente de Nó pretende que o síndrome produzido experimentalmente por Rademaker é devido não ao núcleo vermelho e ao feixe rubro espinal, mas sim a lesão das vias que se entrecruzam no rafe do tronco cerebral.

Mussen pretende que a lesão do núcleo magno-celular (parte caudal do núcleo vermelho) com degenerescência completa do feixe rubro-espinal não influi nada sobre o *tonus*, enquanto que uma lesão atingindo a parte anterior do núcleo vermelho e o Campo de Forel produz hipotonia na metade controlateral do corpo. Assim diz ter verificado nos seus estudos experimentais.

No caso do A. havia paralisia completa do 3.º par à esquerda, perturbações de tipo cerebeloso, com tremor intencional e hipotonia à direita. Não havia alterações de motilidade segmentar nem da sensibilidade, ligeiro enfraquecimento das reflexas profundas especialmente do lado afectado. Não havia perturbações secretórias, vaso-motoras ou tróficas. Não havia sinais da via piramidal.

O maior interêsse dêste caso está em mostrar uma hipotonia do lado do corpo oposto ao da lesão. O A. é levado a pensar, por êste caso, que destruições circunscritas do núcleo vermelho, especialmente do núcleo parvi-celular, podem provocar no homem uma hipotonia contro-lateral.

Pretende subdividir em dois o síndrome inferior do núcleo vermelho: uma variedade alta e uma baixa, a primeira (dentro da qual inclui o seu caso) seria caracterizada por hipotonia muscular.

A. ALMEIDA DIAS.

A reacção de Boltz em neurologia. (*La reaction de Boltz en neurologie*), por MELKERSSON. — *Act. Med. Scand.* Vol. LXIX. Fasc. II. 1928.

A reacção de Boltz, ou reacção do ácido acético-ácido sulfúrico, é um método para exame do líquido céfalo-raquidiano, apresentado pela primeira vez, em 1923, pelo autor que lhe deu o nome.

A reacção é positiva, fracamente positiva ou negativa, consoante a coloração que o líquido toma, depois de se lhe juntar ácido acético e ácido sulfúrico em determinadas proporções.

Para Boltz, bem como para outros investigadores que têm trabalhado com êste método laboratorial, a reacção é positiva em quasi todos os casos de paralisia geral e outras lesões dos centros nervosos de natureza sifilítica e é negativa na quasi totalidade das demais doenças nervosas não sifilíticas.

M. experimentou a reacção de Boltz em cerca de 200 casos clínicos, verificando que não existe sombra de relação entre o resultado desta reacção, a numeração das células do líquido, a reacção de Nonne e a tensão do *liquor*, e que, além disto, o comportamento da reacção de Boltz, nos seus casos clínicos, de maneira alguma permite atribuir-lhe qualquer valor diagnóstico na sífilis cerebral, porquanto resultados positivos se podem deparar em afecções de natureza muito diversa.

A reacção fracamente positiva não prova a existência de uma doença nervosa orgânica, no sentido usual da expressão.

Em conclusão, não existe, por agora, qualquer ensinamento aproveitável a tirar do emprêgo da reacção.

MORAIS DAVID.

**A natureza essencial da anemia perniciosa.** (*The essential nature of pernicious anemia*), por R. L. HADEN. — *Jour. Lab. and Clin. Med.* Novembro 1928.

A patogenia da anemia perniciosa progressiva assenta, desde há muito, nestas duas concepções, tão diferentes: ou excessiva destruição globular ou alteração primitiva na actividade dos órgãos formadores dos glóbulos sanguíneos.

A primeira hipótese tem pelo seu lado o excesso dos pigmentos biliares e de outros produtos terminais do metabolismo da hemoglobina, no sangue, nos tecidos e nas secreções, durante os períodos clinicamente activos da doença, a hiperplasia compensadora da medula óssea, que de amarela se transformou em medula vermelha hiperplásica e a deposição de hemosiderina no fígado, no baço e nos rins.

A terminação fatal da anemia perniciosa progressiva, à face desta explicação, provém da incapacidade regeneradora dos órgãos mielóides para compensar a destruição dos glóbulos rubros, provocada por qualquer veneno hemolítico desconhecido.

A segunda concepção relaciona a doença com uma alteração primitiva e fundamental dos órgãos hematopoiéticos em si, com repercussão imediata no tipo e número dos glóbulos vermelhos enviados para a circulação.

Zadek seguiu as alterações da medula óssea em doentes de anemia perniciosa por meio da punção dos ossos e verificou que nas fases de remissão da doença a medula retoma o aspecto normal, e bem assim que nas fases de recaída a megalocitose se acompanha de um aumento nos megaloblastos da medula. Pebody, utilizando os mesmos processos de investigação que Zadek, estudou as variações do aspecto histopatológico da medula no decurso da doença, chegando a conclusões análogas às d'este autor.

O desenvolvimento da megaloblastose nas recaídas severas e a sua desparição nos períodos de remissão constitui a objecção mais grave que se tem levantado contra a doença hemolítica.

Pebody conclui «que o decurso da anemia parece depender de uma neoformação celular anormal, constituída por um desenvolvimento de megaloblastos primitivos e deficiência na maturação dos elementos celulares que passam para o sangue.

A presença de um excesso de bilirubina no sangue, nos tecidos e nas secreções representa muito naturalmente um excesso do material que a medula óssea utiliza na formação dos glóbulos vermelhos durante as épocas de actividade da doença.

Whipple supõe que a falta do material componente do estroma globular determina os mesmos aspectos patológicos da anemia perniciosa.

O efeito terapêutico do fígado seria relacionado com um estímulo específico na maturação dos megaloblastos.

«Devemos considerar a anemia perniciosa como uma incapacidade primária da medula óssea para a formação de glóbulos rubros maduros, relacionada com a falta de qualquer substância específica, e classificá-la entre as doenças de carência».

Além do fígado outros órgãos, como o rim, podem exercer a acção estimulante; por isso a doença se não deve atribuir a uma insuficiência exclusiva do fígado. Talvez um vício nos processos digestivos, tendo como base a habitual acloridria, possa explicar um defeito na assimilação de qualquer substância específica.

MORAIS DAVID.

O reconhecimento precoce e o tratamento do cancro do estômago. (*The early recognition and treatment of cancer of the stomach*), por E. SPRIGGS. — *Brit. Med. Jour.* 10 Novembro 1928.

*Conclusões do artigo:*

O estudo dos sintomas iniciais em uma série de doentes com cancro do estômago mostra que o começo da doença foi reconhecível na maioria dos casos.

Em dois terços dos doentes os sintomas datavam de nove meses; como termo médio decorreu mais de um ano até que se fizesse o reconhecimento completo da doença.

Uma análise dos sintomas, por ordem de frequência e aparição, mostra que os sintomas iniciais mais importantes são a plenitude, a dor pouco intensa, intermitente, aparecendo a curtos intervalos. Os sintomas que se seguem por ordem de frequência e importância são a falta de apetite, a aversão, pelos alimentos, a náusea e a perda de peso.

A hemorragia gástrica pode ser um sintoma inicial.

A dor e o desconforto gástrico são muitas vezes despertados pela ingestão de comida, no cancro do piloro e do corpo do estômago.

Dos sintomas cardinais do cancro do estômago, a perda de peso e o tumor epigástrico são já resultados terminais da evolução da doença e a dor é tão variável que a sua ausência pode não ter um maior significado.

A anemia é frequente, ainda que em certos casos a fórmula sangüínea se possa conservar dentro dos limites normais até às proximidades da morte.

Quando o cancro se enxerta em uma úlcera ou em outras afecções do estômago, há como regra uma considerável modificação no cortejo sintomático desde a implantação da neoplasia.

O primeiro sinal objectivo do cancro é a paragem local da onda peristáltica ao exame de raios X. Isto demonstra-se pela sobreposição de uma série de imagens radiológicas, tiradas com incidências que permitam ver a lesão de perfil. Êste sinal é comum ao cancro, à úlcera e às aderências perigástricas.

Uma falta na imagem da sombra de repleção gástrica ou uma maior induração da parede são de norma sinais suspeitos do cancro.

As provas para a acloridria e para a pesquisa de sangue oculto são de grande valor.

É erróneo considerar como simples indigestões os sintomas gástricos que aparecem em pessoas com idade média; em tais circunstâncias convém exciur primeiramente a possibilidade do cancro.

Quando existe uma suspeição clínica de cancro associada a uma obser-

vação radiológica também suspeita, o risco da intervenção cirúrgica é muito mais pequeno do que o risco que corre o doente deixado ao abandono ou entregue a medidas terapêuticas conservadoras. As medidas terapêuticas contra o cancro só surtem bons resultados quando se baseiam em um diagnóstico precoce. Quando se pode encurtar o intervalo entre o comêço dos sintomas e a investigação clínica, a vida dos doentes é muito menos periclitante, em uma larga percentagem de casos.

MORAIS DAVID.

**Injecções intravenosas de violeta de genciana no tratamento das flebitis.** (*Intravenous injections of gentian violet in the treatment of phlebitis*), por M. STANLEY (BROWN). — *Surg. Clin. North Ame.* Outubro 1928.

O A. passa em revista os trabalhos publicados acêrca da acção terapêutica do roxo de genciana e cita também dois casos pessoais de flebite, cujas histórias vêm relatadas.

Um dos casos refere-se a uma flebite do membro inferior esquerdo que sobreveio vinte dias depois de uma intervenção por adeno-mioma da fossa retro-vaginal, e o outro é o de uma flebite, tambem do membro inferior esquerdo, que appareceu quatro dias depois de uma operação para drenagem de um abcesso peri-renal.

Em ambos os doentes foram ministradas duas injecções intravenosas a intervalos de quatro a cinco dias, tendo o A. obtido a queda rápida da temperatura com desaparição dos sintomas clínicos locais tanto em um caso como no outro.

A reacção ao tratamento é de fraca intensidade e sem conseqüências desagradáveis.

*Conclui :*

O roxo de genciana tem um poder inibitório sôbre os micro-organismos. Geram positivos, especialmente sobre o estafilococo. Nas septicémias estafilocócicas, a injecção intravenosa de roxo de genciana manifesta efeitos apreciáveis. A dose é de 5 miligr. por quilogramas de pêso do corpo, em soluto aquoso a 0,5 ou 1 0/0.

O roxo de genciana tem sido também empregado com successo no tratamento de estomatites, anemia perniciosa, feridas, infecções articulares, empiemas, mastoidites, sinusites, endocardites, micoses.

Em 14 casos de flebitis respigidos da literatura, tratados com 45 a 50 c. c. do soluto aquoso de roxo de genciana a 0,5 0/0, os resultados são manifestos e uniformemente bons, com um alívio immediato da dor, queda de temperatura em 24 horas, deminuição do edema em quatro a cinco dias e encurtamento apreciável do período de convalescença. As conclusões que o A. extrai dos seus casos caem dentro destas mesmas características.

MORAIS DAVID,



# VITAMINA D.

## Sucesso Terapeutico da Vitamina D. pela Exclusão absoluta de efeitos toxicos

O facto de um correcto metabolismo do calcio e do fosforo poder ser hoje garantido por forma scientificamente absoluta, ao ao contrário dos anteriores metodos de aproximação, deve-se aos trabalhos sobre irradiação do ergosterol, da British Drug Houses, Ltd., que foram os primeiros a produzir comercialmente ergosterol irradiado.

O processo da British Drug Houses foi aperfeiçoado por multiplas experiencias, e as condições de irradiação são taes que se obtem um producto perfeito e puro, possuindo optima actividade e absolutamente livre de productos toxicos. O Ergosterol irradiado, fabricado pelo processo da British Drug Houses, Ltd., é conhecido pelo nome de **RADIOSTOL**.

O **RADIOSTOL** actua especificamente no tratamento de casos de raquitismo infantil e spasmofilia, e no tratamento da osteomalacia, e depauperamento fisico.

A administração do **RADIOSTOL** durante a gravidez e lactação é um preventivo contra o subsequente aparecimento do raquitismo na creança e caries dentarias nas mães.

Egualmente foi constatado que a administração da Vitamina D. ajuda a formação de tecidos osseos depois da sua fractura.

**RADIOSTOL** fabrica-se em soluto, em oleo e em pilulas cobertas de assucar.

O soluto é regulado a uma actividade de 10.000 unidades por c. c. e as pilulas de 0.000 unidades por cada.

A dosagem do **RADIOSTOL** é baseada nos resultados de longas series de provas fisiologicas; portanto a possibilidade de hypercalcemia ou qualquer outro similar efeito deleterio que pode aparecer com a administração de productos de desconhecida actividade e incerto efeito fisiologico é em absoluto afastada.

**RADIOSTOL** (o primeiro ergosterol irradiado)

Amostras e descripção podem ser obtidas  
do agente da British Drug Houses Ltd.

**T. Rodney Hatherly**

Rua da Conceição, 35, 2.º Esq.

..... LISBOA .....

*Schering*

# ARCANOL

O novo remédio eficaz contra  
a gripe e constipações

## INDICAÇÕES:

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



**SCHERING KAHLBAUM A. G.**  
**BERLIN**

Pedir amostras e literatura ao representante

*Schering, Limitada* — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

O lipiodol uterino, sua utilidade em ginecologia. (*Les lipiodols utérins, leur utilité en gynécologie*), por VAN DER HELET e E. GAUTOT. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 5. 1928.

Os AA. baseiam-se numa estatística de mais de 150 casos, 50 % dos quais verificados por *contrôle* operatório. Nunca tiveram qualquer acidente seguindo rigorosamente a técnica indicada e empregando exclusivamente o lipiodol. Fazem a injeccção sob o *écran* e tiram uma radiografia de face, outra de perfil e uma outra de *contrôle* vinte e quatro horas depois.

#### A — CAVIDADE UTERINA

I. — *Aspectos normais* — a) Situação. — No útero normal — vértice da sombra triangular correspondente ao orifício interno do colo encontra-se, de regra, ao nível da 3.ª ou 4.ª vértebras sagradas. O seu grande eixo, colocado à direita ou à esquerda da coluna, forma com a linha das apófises espinhosas um ângulo de 10º a 30º. A base e os lados da cavidade uterina são rectilíneos ou ligeiramente convexos, mas sempre regulares. 5 a 7 c. c. de lipiodol são suficientes para encher a maioria das vezes a cavidade e dar uma imagem radiográfica perfeita.

II. — *Aspectos anormais*. — A mudança de situação :

1.º — No plano transversal visto de frente o maior eixo do útero pode formar com a linha das apófises espinhosas um ângulo superior a 45º por o órgão estar empurrado ou repuxado.

Empurrado por tumores da vizinhança (quisto de ovários, etc.).

Repuxado por aderências, inflamações crónicas vizinhas dos anexos, aderências a outros órgãos abdominais, apendicite por exemplo.

2.º — Observado de lado mostra todas as modificações de posição no plano antero-posterior, vendo-se nitidamente as ante ou retroposições, ou versões.

b) Modificações do aspecto da cavidade uterina.

A. — A cavidade conserva paredes regulares.

1.º — Anomalias de dimensões :

a) Cavidade uterina reduzida, ou por afecções congénitas como o útero infantil ou por afecções adquiridas: escleroses uterinas, fibromas das duas paredes.

b) Cavidade uterina aumentada de volume, sobretudo por atonia uterina, quer por inflamação crónica, quer por fibroma, gravidez ou *post-partum*.

2.º — Anomalias de forma :

a) A cavidade conserva a forma triangular mas o maior eixo é transversal: útero deprimido por um tumor vizinho, ou ante ou retrofectido, sendo nestes últimos casos o vértice superior e a base inferior.

b) Cavidade uterina completamente deformada: útero em pêra nas afecções supuradas crónicas; útero em crescente na gravidez, moldando-se o lipiodol em volta do feto sem que por êsse motivo se interrompa a gravidez; êste aspecto em crescente pode observar-se quando o fundo do útero está deprimido por um volumoso tumor da vizinhança ou quando os cornos do útero estão repuxados por uma infecção crónica anexial. Os fibromas podem

apresentar todos estes aspectos, mas acompanham-se sempre dum notável aumento de volume, devido à atonia que quasi sempre acompanha estas deformações acentuadas.

Os miomas submucosos apresentam-se como nódulos salientes na cavidade uterina, conservando contornos nítidos e regulares.

b) A cavidade apresenta imagens lacunares irregulares, fazendo saliência na cavidade uterina.

Retenções placentares — A inclusão interessa apenas uma parede e o útero é anormalmente contráctil.

Neoplasias — Se atinge uma pequena porção da parede reveste o aspecto duma pequena couve-flor de implantação uterina. Nas neoplasias que apanham todo o corpo, a cavidade tem um aspecto irregular, dentada.

Polipo uterino — A lacuna é central e não há modificação das dimensões uterinas.

c) Contractilidade da cavidade uterina. Está aumentada nos de retenção placentária, ovarite quística.

### B — TROMPAS

Aspectos patológicos :

1.º — Situação e direcção — A trompa pode apresentar-se repuxada para cima, fixada ao fundo do útero ou angulada.

2.º — Permeabilidade — A obstrução tubária pode ser uni ou bilateral, mostrando o lipiodol o sítio exato da estenose :

a) Obstrução ao nível do orifício uterino — Quando a lesão é bilateral não há vestígios de lipiodol na cavidade peritoneal.

b) Obstrução da porção ampular — Pode sem-lhar uma imagem normal, mas a obstrução vinte e quatro horas depois mostrará a massa de lipiodol inalterada com os mesmos contornos da véspera. Quando a lesão é bilateral não há lipiodol intraperitoneal.

c) A obstrução faz-se ao nível do orifício peritoneal. — Trompa dilatada, paredes rectilíneas sem ondas peristálticas (pio-hidossalpinge, quistos ováricos, etc.). Vinte e quatro horas depois a massa de lipiodol acumula-se na parte mais baixa.

Os AA. nunca observaram qualquer acidente e atribuem isto ao seguinte :

1.º — Emprêgo exclusivo de lipiodol, que nunca provocou reacção e tem um poder antisséptico seguro.

2.º — Nunca usaram pressões superiores a 30 cm. de mercúrio.

3.º — O emprêgo do aparelho de Cotte satisfaz plenamente.

A experiência dos AA. conduz às seguintes conclusões :

1.º — Inocuidade absoluta do método, empregando o lipiodol.

2.º — Importância duma boa aparelhagem.

3.º — Necessidade de *contrôle* vinte e quatro horas depois.

4.º — Não exigir do lipiodol uterino mais do que pode dar e afirmar apenas o que é nitidamente visível e confirmado pela experiência.

Dores lombares e o seu tratamento. (*Des douleurs lombaires et de leur traitement*), por P. RULLÈ. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 5, 1928.

Quando na anamnese dum doente há dores lombares o exame ginecológico deve ser cuidadosamente feito, prestando toda a atenção ao *sacrum*, região lombar e articulações.

A presença de tofos úricos indolores demonstra a sua existência em estado latente que qualquer causa externa ou interna pode activar.

As dores lombares causadas por tofos úricos tanto aparecem em homens como em mulheres.

A causa mais freqüente das dores lombares nas mulheres são os tofos úricos situados na região lombar.

Uma combinação de brometo de lítio (0,5), ou de carbonato de lítio (0,5), ou de iodeto de lítio (0,5) com antifirina (0,4) e extracto de beladona (0,07) dá bons resultados quando administrada duas vezes por dia, uma hora e meia depois das refeições em meio copo de água.

F. FONSECA.

---

Investigações bioquímicas em estados alérgicos. (*Biochemical investigations in allergic conditions*), por H. BARLER e C. ORIEL—*The British Medical Journal*. N.º 3541. Nov. 1928.

As modificações metabólicas encontradas pelos AA. nos estados alérgicos são as seguintes :

1.º — Tem-se demonstrado a ocorrência de certos fenómenos com notável constância em várias manifestações de estado alérgico; alguns dêles já foram descritos na anafilaxia experimental e na doença do soro.

2.º — No estado alérgico, quer seja intermitente como em certos casos de urticária, edema angioneurótico e asma, quer mais ou menos crónico com exacerbações periódicas ou remissões, como no prurigo de Besnier e eczema infantil, há um ciclo definido de alterações correspondentes ao estado pre-paroxístico, ao paroxismo actual e ao estado post-paroxístico. Neste ciclo os factos mais importantes são os seguintes :

a) Aumento de conteúdo amino-ácido do sangue.

b) Subida da excreção amoniacal não em relação com a excreção de ácido pela urina.

c) Baixa dos cloretos dos glóbulos e retenção dos cloretos durante o paroxismo com subsequente excreção, como na pneumonia e outras infecções agudas.

d) Deposição de uratos no estado pre-paroxístico ou paroxístico.

e) Reacção do éter durante os períodos de manifestações activas.

f) Diurese com furescente acidez e por vezes notável alcalinidade da urina no período post-paroxístico.

3.º — A deposição de uratos e a reacção do éter na urina indicam uma alteração do seu estado coloidal comparável provavelmente às modificações coloidais que parecem existir no sangue durante o choque anafilático.

4.º — É provável que a aumentada excreção amoniacal e a retenção de cloretos traduzam um mecanismo de protecção.

F. FONSECA.

**Hemoglobinúria e urticária provenientes do frio.** (*Haemoglobinuria and urticaria arising from cold*), por K. HARRIS, T. LEVIS e J. VAUGHAN — *The British Medical Journal*, n.º 3541. Nov. 1928.

Baseados na observação de três casos que relatam e na de outros que serão ulteriormente publicados os AA. concluem que há três tipos de reacção específica ao frio, nomeadamente a hemoglobinúria simples, a urticária simples e a hemoglobinúria e urticária combinadas. A hemoglobinúria no primeiro e terceiro destes tipos é devida a uma hemolisina, a urticária do segundo e terceiro tipos a uma dermolisina. Dadas a sua freqüente associação e a semelhança geral das reacções correspondentes devem estas substâncias estar estreitamente aliadas sob o ponto de vista patogénico.

F. FONSECA.

**Os rins na infecção pneumocócica.** (*The Kyndneg in pneumococcal infections*), por V. NEALE. — *The British Medical Journal*, n.º 3541. Nov. 1928.

A nefrite é pouco freqüente na pneumonia lobar aguda, sendo entretanto freqüente nesta doença as alterações degenerativas do parênquima renal.

Se a nefrite sobrevém no decurso da pneumonia lobar é de regra ligeira e de curta duração.

F. FONSECA.

## Biblioteca da «Lisboa Médica»

### *Obras recebidas :*

**Radiografia das artérias cerebrais.** (Separata do «Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa», t.ºm xci, Agosto de 1927), por EGAS MONIZ.

O autor estuda particularmente neste artigo as substâncias opacas dos raios X dentro do crânio e nas pequenas espessuras das artérias cerebrais. É particularmente minucioso a respeito dos iodetos, cuja opacidade é maior do que a dos brometos, de acôrdo com o pêso atómico mais elevado do iodo.

Os iodetos de rubídio, lítio, sódio, potássio e amónio apresentam opacidades decrescentes. O autor prefere o iodeto de sódio por ser o mais inofensivo e melhor tolerado.

**La radioartériographie et la topographie craino-encéphalique.**

(Separata do «Journal de Radiologie et d'Électrologie», t<sup>o</sup>mo XII, n.º 2 — Février 1928), por EGAS MONIZ, ALMEIDA DIAS ET ALMEIDA LIMA.

Trabalho anatómico contendo a técnica das injeções carotídias, diferente da empregada no vivo, a fim de obter bons arteriogramas cerebrais. Estudo da identificação das artérias derivadas da carótida interna e externa

Os AA. dedicam uma parte do seu trabalho ao estudo de uma nova topografia artério-encefalocraniana fundada na arteriografia cerebral. Vem acompanhado o artigo de excelentes gravuras.

**L'Encéphalographie artérielle et le diagnostic d'une tumeur de la partie antérieure du lobe temporal gauche.**

(Separata de «L'«Ecephale», n.º 3, 1928, por EGAS MONIZ ET ALMEIDA LIMA.

É um dos primeiros diagnósticos feito pela prova encefalográfica. As arteriografias publicadas são bem elucidativas e a peça anatómica mostra a exactidão do diagnóstico. Se a prova tivesse sido feita em vida, a operação poderia ser executada com sucesso.

**Tumeur cérébrale localisée par l'encéphalographie artérielle.**

**Operation.** (Separata da «Revue Neurologique», n.º 2, Février 1928), por EGAS MONIZ.

Relato de um caso operado pelo Sr. Prof. Francisco Gentil, cuja localização foi feita pela prova encefalográfica.

**Injection de solution d'iodure de sodium dans la carotide externe. Réflexe d'expectoration.**

(Separata dos «Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie», Secção Portuguesa, sessão de 5 de Março de 1928, t<sup>o</sup>mo XXVIII, pág. 1006), por EGAS MONIZ, ANTÓNIO MARTINS ET ALMEIDA LIMA.

Os AA. observaram que a injeção de iodeto de sódio dada na carótida primitiva tem tendência a passar de preferência pela carótida externa

Desde que a aringe o doente sente uma sensação desagradável na bôca e a necessidade imperiosa de expectorar.

É um movimento automático a que não pode resistir ainda que prevenido. É executado instantâneamente, o que lhe dá foros de um verdadeiro reflexo de expectoração.

Os AA. pretendem explicar o fenómeno pela passagem da solução do iodeto de sódio pela artéria lingual.

**Zones réflexogènes carotidiennes, chez l'homme, excitables par les injections de iodure de sodium dans la carotide primitive.** (Separata dos «Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie», Secção Portuguesa, sessão de 5 de Março de 1928, tomo xcviii, pág. 1008), por EGAS MONIZ, ANÓNIO MARTINS ET EDUARDO GOELHO.

Os AA. notaram que as zonas reflexogéneas carotídias descritas por HERING e DANIELOPOLU são excitáveis no homem, não só por uma pressão mecânica externa, mas também pela acção de uma substância química introduzida internamente.

Sempre que se injecta o iodeto de sódio na carótida primitiva, laqueada transitóriamente para evitar a passagem do sangue, observam-se reflexos circulatórios e respiratórios cuja intensidade depende da quantidade de líquido injectado e menor ou maior rapidez com que é dada a injeccção.

Na maior parte dos doentes a bradicaída desce a 40 e aumenta a circulação sangüínea. Pode-se chegar a provocar síncope.

Os AA. verificaram que a zona reflexogénea da carótida externa, descrita por Danielopolu no cão, não parece ter, no homem, uma grande importância.

**Accès épileptiques à l'aspect jacksonien homolatéral, déterminés par l'injection de iodure de sodium dans la carotide interne.** (Separata dos «Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie», Secção Portuguesa, sessão de 5 de Março de 1928, tomo xcviii, pág. 1010, por EGAS MONIZ ET ALMEIDA LIMA.

Os AA. notaram, contra a sua expectativa, que as injeccões iodetadas provocavam, por vezes, ataques de aspecto jacksoniano homolateral, isto é, do lado da injeccção. Estes factos, contrários aos nossos conhecimentos neurológicos, são de difícil explicação. Embora, sob reserva, os AA., fundando-se em experiências de O. Vogt no macaco, e pondo em equação as áreas motoras secundárias do córtex, bem mais extensas que a área primária, aventem a hipótese de que é a excitação destas pelo líquido injectado que determina o estranho fenómeno.





# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Claude Bernard e a teoria do método experimental

(O valor pedagógico da «Introdução ao estudo da Medicina experimental»).

Logo nas primeiras páginas do curioso livro de Flexner, *A formação do médico na Europa e nos Estados Unidos* (1924), lê-se este passo: «A França produziu um grande estudo clássico, a *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, por Claude Bernard; esta obra trata da lógica da investigação, assim como da função intelectual e científica do médico. É interessante notar que uma tradução inglesa desta obra memorável acaba de ser publicada em Nova York».

Claude Bernard, afastado momentaneamente do laboratório por doença, quiz levar aos médicos e aos fisiologistas o resultado das suas investigações no domínio do método experimental, depois da posse das suas grandes descobertas. Escreveu então a *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Já na época do seu noviciado se tinha entregue a alguns trabalhos de crítica, nos quais se mostrara tão notável como nas suas investigações originais. Mas só com êsse livro, e pela vez primeira, eram traçadas as regras do método experimental, aplicadas às pesquisas executadas nos seres vivos, desenvolvendo-se «esta crítica que não tem nada que ver com o espírito de opposição ou de controvérsia, e que procura menos os erros do que as causas dos erros, e que presta à educação científica quasi tantos serviços como a descoberta» (1).

Só então se mostrara a certeza da identidade nos resultados quando as condições dos fenómenos são idênticas, numa discussão que constitui ainda um modelo por ninguém atingido. Claude Bernard mostra, nessa dissertação filosófica, as condições da dúvida científica, a utilidade e o perigo das teorias, o papel da observação e da experimentação nas sciências biológicas, a importância e a necessidade da intuição, da hipótese, para criar a idea experimental. Repelia todos os sistemas de filosofia, reconhecendo que «ela (a filosofia) representa a aspiração eterna da razão humana para o conhecimento do desconhecido. É o espírito filosófico que estimula e mantém um movimento salutar nas sciências que, sem êle, tenderiam para o repouso e se arrastariam terra a terra». Entretanto, a filosofia deve a Bernard nada menos do que a teoria do método experimental. Êste fisiologista, dando às sciências biológicas a fórmula do seu método, foi para nós, como sublinha um filósofo moderno, o que para os séculos xvii e xviii representou Descartes com o

(1) Paul Bert: *Les travaux de Claude Bernard*, Paris, 1879.

seu *Discours de la méthode*. «Num caso como noutro, encontramos-nos perante um homem de génio que começou por fazer grandes descobertas e que, de seguida, perguntou a si próprio como se deviam fazer; marcha paradoxal em aparência e portanto natural, o processo inverso foi tentado por mais de uma vez sem resultado. Apenas duas vezes na história da ciência moderna, e pelas duas formas principais do nosso conhecimento da natureza, o espírito de invenção se ensimesmou para se analisar, e determinar, dêste modo, as condições gerais da descoberta científica» (1). Por duas vezes se deu a união da espontaneidade e da reflexão, da ciência e da filosofia.

Assim, o fisiologista de génio, um dos maiores investigadores de todos os tempos, foi também o filósofo — um dos mestres do pensamento contemporâneo.

Mostra-nos Claude Bernard na *Introduction* como o facto e a idea colaboram na investigação experimental. É o facto que sugere a idea de uma explicação e é esta idea que a experiência vai confirmar. A investigação científica constitui, portanto, um diálogo entre a natureza e o espírito. A curiosidade das nossas perguntas responde a natureza; e estas respostas provocam novas perguntas, e assim sucessivamente.

Um dos resultados desta análise, feita com exemplos da sua própria obra, consiste em nos mostrar que não existe diferença «entre uma observação bem feita e uma generalização bem fundamentada».

*Generalizar e observar* não constituem funções diferentes, como supunham uma falsa ciência e uma falsa filosofia. Não são duas operações especiais.

A filosofia moderna adopta o método de Claude Bernard; o espírito de síntese constitui uma certa força de pensamento, a capacidade de penetrar no interior de um facto que se torna significativo e onde se encontrará a explicação de um número indefinido de factos; quere dizer, o espírito de síntese é a mais alta expressão do espírito de análise.

Desta concepção do trabalho de investigação científica ressalta a grande máxima pedagógica da obra de Claude Bernard. Só aparece um começo de ciência onde há esforço pessoal e original. Na investigação do facto mais humilde e na experiência mais simples existe a invenção e portanto a ciência. Não são só os cilindros registadores e os microscópios que fazem a investigação científica. A invenção, disse Claude Bernard, existe em toda a parte, sempre que o homem interroga a natureza. O princípio da conservação da energia, por exemplo, foi *descoberto* por Mayer, quando, médico de marinha, sangrava vários marinheiros em Surabaya, verificando que ali o sangue venoso era tão vermelho como o sangue arterial (2). *As suas ideas vieram-lhe tout à coup*, como escreveu por mais de uma vez.

O papel da hipótese em ciência é pôsto de uma maneira clara. «As nossas ideas, diz Claude Bernard, são apenas instrumentos intellectuais que nos servem para penetrar nos fenómenos; é preciso substituí-las quando cum-

(1) Henri Bergson: *La philosophie de Claude Bernard*, Paris, 1928.

(2) W. Oswald: *Les Grands Hommes*, ed. fr., Paris, 1912.

piraram o seu papel, como se substituiu um canivete rombo quando já está muito usado. Esta fé demasiada no raciocínio, que leva um fisiologista a uma falsa simplificação das cousas, é devido à ausência do sentimento da complexidade dos fenómenos naturais». E acrescenta, mais adiante: «Quando construímos uma teoria geral nas nossas sciências, a única cousa de que temos a certeza é que todas estas teorias são falsas no sentido absoluto. Constituem verdades parciais e provisórias, necessárias como os degraus, sobre os quais repousamos para prosseguir na investigação». Falando das suas próprias teorias, confessava que mais tarde seriam substituídas por outras, representando um estado mais avançado da sciência.

Se Claude Bernard não nos quis dar uma metafísica da vida, além da teoria do método experimental na sua obra perdura uma teoria do conhecimento.

A filosofia deve a Claude Bernard a destriça entre a lógica do homem e a da natureza, antes de os filósofos terem compreendido o que há de simbólico e convencional na sciência humana. O que é falso para os nossos olhos pode ser verdadeiro para os olhos da natureza. São as nossas ideas que têm de se adaptar à realidade, porque sendo a nossa intelligência uma parte dessa realidade, ela não poderá abraçar o todo. Trabalhando para dilatar o nosso pensamento, Claude Bernard aconselhava a quebrar os quadros do entendimento quando escrevia: «Um dos maiores obstáculos que se encontram nesta marcha geral e livre dos conhecimentos humanos é a tendência que leva os diferentes conhecimentos a individualizarem-se em sistemas. Os sistemas tendem a escravizar o espírito humano. É preciso quebrar as cadeias dos sistemas filosóficos e científicos. A filosofia e a sciência não devem ser sistemáticas».

Esta concepção da verdade constitui a filosofia de Claude Bernard. Repellido, «como investigador» todos os sistemas filosóficos, acrescenta, entretanto: «J'aime beau coup les philosophes et je me plais infiniment dans leur commerce». Mas ainda *como investigador* mostra a alta importância de «*cet esprit philosophique* que deve existir em todos os conhecimentos humanos».

É preciso que o método de Claude Bernard seja sempre compreendido e aplicado consoante as regras que o mestre ditou.

Livro fecundo, do maior ensinamento para todos os que trabalham nas sciencias biológicas, onde se expõe com o mais fino *espírito critico* o *verdadeiro método* do trabalho científico, a *Introduction* marcou uma época na medicina.

Passaram cinquenta anos sobre esta obra e não cessamos de a reler e admirar.

EDUARDO COELHO.

\* \* \*

**A livraria Julius Springer, de Berlim, vai publicar  
em alemão os trabalhos do Prof. Egas Moniz sobre  
a encefalografia arterial**

O médico gerente da mais importante livraria editora da Alemanha — a Casa Springer de Berlim — acaba de escrever ao Prof. Egas Moniz, pedin-

do-lhe o envio dos originais das gravuras dos seus trabalhos já publicados sobre a encefalografia arterial para, no livro *Neurologische Syndrome*, de Kroll, que a mesma casa tem no prelo, incluir um desenvolvido capítulo sobre a importância diagnóstica do método do professor português.

### Vacina contra a tuberculose

O Instituto Camâra Pestana — sem se pronunciar sobre o valor de um método que considera ainda em estudo — está entretanto habilitado a fornecer a vacina anti-tuberculosa para recém-nascidos preparada segundo o processo do Prof. Calmette e com a estirpe do B. C. G. por êle fornecida. A vacina deve ser requisitada directamente pelo médico e sempre tendo em vista as condições muito especiais dêste produto.

Para conhecimento dos clínicos transcrevem-se textualmente as instruções fornecidas pelo Instituto Pasteur de Paris:

«A vacina B. C. G. é uma cultura de bacilos vivos, embora destituídos de virulência, e deve por isso ser sempre preparada na ocasião. De aqui a impossibilidade de a manter em depósito ou de a fornecer com antecipação. Só deve ser utilizada nos primeiros dez dias que se seguem ao nascimento.»

### Faculdades de Medicina

#### Do Pôrto

Para o lugar de director do laboratório de Anatomia Descritiva da Faculdade de Medicina foi nomeado o dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.

#### De Coimbra

Foi nomeado director da cadeira de clínica de Pediatria o prof. João Maria Pôrto.

— A Direcção Geral da Assistência Pública recebeu um requerimento pedindo ao snr. Ministro do Interior um inquérito aos hospitais da Universidade, em virtude do inquérito, ultimamente determinado, à Faculdade de Medicina.

#### De Lisboa

Ainda que atingidos pelo limite de idade, foi autorizada a permanência em serviço dos professores Gama Pinto, Bettencourt Rapôso e Ricardo Jorge.

— Do mesmo modo que os conselhos das outras Faculdades de Medicina

o Conselho da de Lisboa é de parecer que o curso de Estomatologia seja acessível apenas aos médicos.

— Até nova reorganização foi fixado o quadro dos assistentes da Faculdade em 14 primeiros assistentes e 53 segundos assistentes, dos quais 4 são pagos pelo Ministério da Justiça.

— O dr. José Toscano de Vasconcelos Rico foi contratado por um ano, para desempenhar o lugar de 1.º assistente da cadeira de Farmacologia.

— Para o lugar de 1.º assistente de Anatomia Descritiva, foi novamente contratado o dr. Manuel Bernardo Barbosa Soeiro.

— Foram exonerados do cargo de 2.º assistentes os drs. Manuel Joaquim Teixeira de Queiroz, António Francisco José Aleixo Sant'Ana Rodrigues, Leonardo de Castro Freire e Rodolfo Xavier da Silva.

— O Dr. Fernando de Freitas Simões foi nomeado 2.º assistente da cadeira de Obstetrícia.



## Hospitais

### Civis de Lisboa

Sofreram algumas alterações os decretos concernentes aos serviços clínicos gerais e das especialidades dos Hospitais Civis de Lisboa.

— O dr. José da Costa Nery foi promovido a director de serviço de Clínica Médica.

— Por ter atingido o limite de idade e por haver sido aposentado do lugar de delegado de saúde, foi exonerado do cargo de director de serviço de Clínica Médica, o dr. Nuno Porto.

— Estão abertos concursos de provas documentais e práticas, públicas e eliminatórias para o provimento de um lugar de assistente da especialidade de pediatria cirúrgica e de um lugar de assistente de pediatria médica.

— Foi contratado o dr. Emilio Oliveira Martins para desempenhar o lugar de policlínico do Manicómio Bombarda.

### Da Misericórdia do Pôrto

• Sob a presidência da dr. Teixeira Lopes, realizou-se, no mês de Dezembro do ano findo, no anfiteatro das clínicas do Hospital da Misericórdia do Pôrto uma série de sessões scientificas do corpo clínico daquele hospital. As comunicações apresentadas vão ser reunidas em volume illustrado.

### Militar da Estréla

Tendo como director e professores os srs. tenente-coronel dr. Adolfo César Cid, tenente-coronel Dr. Eugénio P. Castro Caldas, capitão dr. J. P. Medeiros de Almeida, capitão do Estado Maior Carlos de Azevedo Carvalho e capitão farmacêutico A. Castro Fonseca, começaram a funcionar os cursos

técnicos de Medicina e Farmácia do Hospital Militar da Estrêla. Frequentam o referido curso cêrca de 80 médicos.

#### Da Marinha

Reabriram, no Hospital da Marinha, as consultas externas de otorino-larínlogia e urologia a cargo respectivamente do 1.º tenente dr. Lucas de Castro e do 1.º tenente dr. Lourenço Raimundo.

#### Escolar

O Diário do Govêrno publicou uma portaria exonerando, a seu pedido, do cargo de vogal da comissão de obras do Hospital Escolar, o prof. Henrique Parreira e nomeando para o substituir o prof. Fausto Lopo de Carvalho.

— Abriu-se um crédito de 1.700 contos para refôrço da verba destinada a material e despesas diversas do Hospital Escolar.

\*  
\*   \*  
\*

#### Instituto do Cancro

O Instituto Português para o estudo do Cancro foi autorizado a arrecadar as suas receitas privativas e a applicá-las às despesas que houver a fazer

\*  
\*   \*  
\*

#### Pavilhão da Família Militar

Já funciona dêse o dia 22 de Novembro o Pavilhão da Família Militar do Hospital da Estrêla. Os serviços clínicos cujas consultas externas estão abertas são os seguintes: cirurgia geral, ginecologia e partos, oftalmologia, oto-rino-laringologia, rins e vias urinárias, estomatologia, sífilis e dermatologia e fisioterapia, radiologia e clinica médica.

\*  
\*   \*  
\*

#### Junta Geral do Distrito

Foi há dias inaugurado, na rua Capêlo, o Instituto Clínico que a Junta Geral de Distrito abriu para os pobres de Lisboa.

\*  
\*   \*  
\*

#### Escola de Enfermagem

No dia 23 de Dezembro realizou-se a inauguração official da Escola de Enfermagem, tendo pronunciado a oração de Sapiência o dr. Joaquim Fontes.

\*  
\*   \*  
\*

### Homenagem a Vergílio Machado

A Academia das Ciências prestou homenagem, no dia 20 de Dezembro, à memória do prof. Vergílio Machado.

Presidiu o prof. Egas Moniz, o qual tinha à sua direita o snr. Ministro da Instrução e à esquerda o prof. Aquiles Machado.

O elogio do académico dr. Virgílio Machado foi proferido pelo dr. Silva Carvalho seu substituto na Academia.

Finda a sessão, reuniu-se a 1.ª classe daquela agremiação científica, fazendo o prof. Gama Pinto uma comunicação sôbre «operações nas pálpebras».

\*  
\*   \*  
\*

### Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na reunião mensal última desta Sociedade foram apresentados os seguintes trabalhos :

Tratamento das fracturas do maxilar inferior, pelo dr. Tiago Marques ;

Diatermo-coagulação nas epúlides, pelo dr. Gonçalves Viterbo ;

Um caso da ortodôncia, pelo dr. Sacadura Falcão ;

Protese maxilar num caso de micrognatismo post-osteomielite, pelo dr. Ferreira da Costa.

\*  
\*   \*  
\*

### Prof. Ricardo Jorge

O prof. Ricardo Jorge foi nomeado presidente técnico do Conselho Superior de Higiene, deixando vago o cargo de director geral de saúde.

O novo director geral de Saúde é o dr. José Alberto de Faria.

\*  
\*   \*  
\*

### Medicina Sanitária

Está aberta, até 25 do corrente, na secretaria do Instituto Central de Higiene, a matrícula para o Curso de Medicina Sanitária.



\* \* \*

### Concurso

Abriu-se concurso por 30 dias para o provimento de 3 vagas de segundos assistentes da cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Lisboa.

\* \* \*

### Nomeação

Foi nomeado chefe da repartição técnica dos serviços de Saúde de Moçambique o major médico dr. Leite Machado.

\* \* \*

### Der Chirurg

A livraria editora Juliuo Springer, de Berlim e Viena, iniciou no dia 1 de Novembro a publicação duma nova revista intitulada «Der Chirurg», que sairá quinzenalmente, e destinada aos cirurgiões que não tenham tempo para a leitura dos grandes Arquivos e das longas teorias científicas.

Tratando sobretudo das questões de cirurgia prática e visando todos os assuntos pelo seu aspecto prático, não deixará, no entanto, e dentro duma exposição sucinta, de fundamentar scientificamente tôdas as suas afirmações.

Compreende as mesmas secções de trabalhos originaes, da revista bibliográfica, de questionário, de novidades técnicas e de notícias, que os leitores da literatura médica-alemã encontram na *Klinische Wochenschrift*, da qual parece uma edição de dimensões reduzidas, conservando o seu aspecto.

Dirigem a nova revista os nomes universais de Kirschner (Tübingen), Kleinschmidt (Wiesbaden) e Nordmann (Berlin).

\* \* \*

### Necrologia

Faleceram, em Sacavém, o dr. João José dos Santos Graça, médico aposentado da Câmara Municipal de Lisboa e dos Caminhos de Ferro Portugueses; em Vila Franca de Xira, o dr. Júlio Custódio da Silva Vidal; em Alcarenna, o dr. José Ferreira Viegas; em Portel, o dr. Marciano da Silva Salgueiro e, em Lisboa, o dr. João Luis Ricardo, administrador geral do Instituto de Seguros Sociais, antigo deputado e Ministro de Agricultura.





*Tratamento completo das doenças do fígado  
e dos síndromas derivativos*



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



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos  
2 a 12 pilulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

**PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de **Extracto de Bilis**  
glicerinado  
e de **Panbiline**



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

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

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



# JEMALT

Oleo de figado de bacalhau desprovido do seu gosto característico desagradavel

Opinião dum medico:

*„Felicito-vos por ter creado o JEMALT que é verdadeiramente um triunfo de tecnica pharmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de figado de bacalhau, está encantada com o Jemalt. Eu mesmo notei o seu gosto excelente e recitei-o largamente este inverno enquanto que até aqui não me decidia a atormentar as creanças com o oleo de figado de bacalhau.*  
Dr. O. H. V.

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30 % de oleo de figado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de figado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrofulosas, rachiticas ou fracas que precisem de oleo de figado de bacalhau mas que o recusem, o JEMALT dá-lhes a cura, não havendo então produto que o substitua.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2.<sup>o</sup> — LISBOA

*Amostras e literaturas á disposição dos interessados*

Sal

Est

Tab

N.<sup>o</sup>