

Ano XVI

N.º 12

Dezembro 1939



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

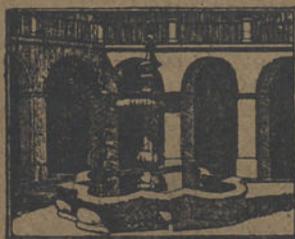
*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Tulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Morais David

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, Eduardo Coelho, José Rocheta, Almeida
Lima, Fernando de Almeida, Cândido de Oliveira,
Oliveira Machado e Carneiro de Moura*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

SUBSIDIADO PELO INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA

(A concessão de subsídios por parte do Instituto para a Alta Cultura, não envolve juízos de valor sobre a doutrina contida nas publicações subsidiadas nem aprovação da forma por que essa doutrina é exposta)

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.

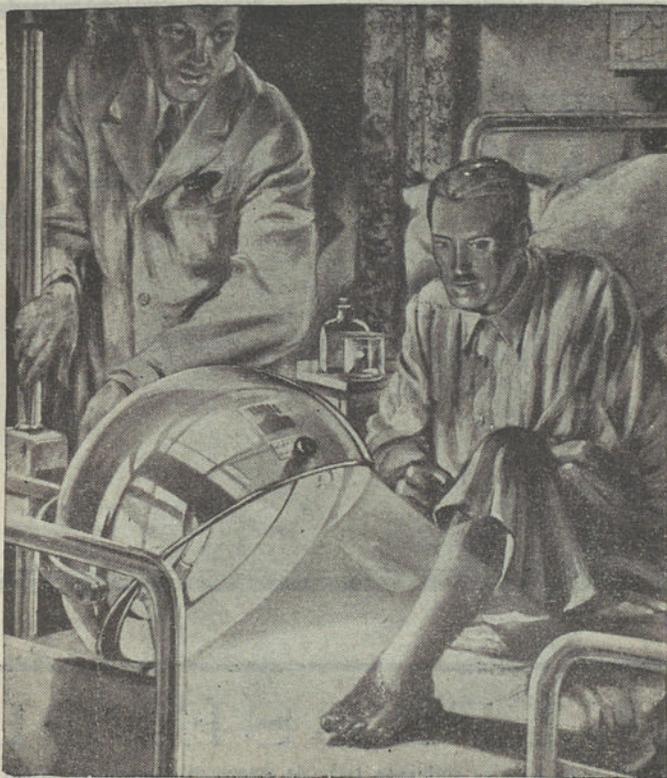
Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala _____

Est. _____

Tab. _____

N.º _____



"SOL DE ALTITUDE" - Original Hanau -

Todas as operações e pensos

devem ser terminados por uma aplicação de raios-ultra-violetas «Sol de Altitude».

Esta aplicação actua como bactericida e desinfectante, cicatrizando as feridas num curto espaço de tempo. São especialmente recomendados em feridas purulentas e de difícil cicatrização.

Já o senhor Leo Donnelly diz no «American Journal of Physical Therapy» que o uso dos raios ultra-violetas em casos de acidentes de trabalho, na empresa Packard Motor Car Comp, como foi verificado pelo Dr. Georg, resultou uma redução de cerca de 80% no número de dedos amputados aos operários dessa empresa.

Também foi reduzido o tempo de imobilização das mãos em mais do 40%. Kassler em ST. Joseph, Montreal (USA) preconiza a aplicação combinada de raios ultra-violetas e caloricos como tratamento ideal para as queimaduras pela sua acção analgésica e antiséptica.

Esta terapêutica activa a circulação, apressando por isso a eliminação de tóxicas.

É um esplêndido estimulante e reconstituente do organismo.

Peça sem demora a Brochura 931 «A cura de feridas pelos raios ultra-violetas» assim como o folheto «A desinfecção da ferida infectada».

SIEMENS REINIGER, S. A. R. L.

LISBOA

Rua de Santa Marta, 153

PORTO

Rua Cândido dos Reis, 120

NEURINASE

*provoca o
sôno natural*



Insônia

Perlurbações nervosas

AMOSTRAS E LITERATURA
LABORATORIOS GÉNÉVRIER
45, Rue du Marché, NEUILLY-PARIS

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em ar.)

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

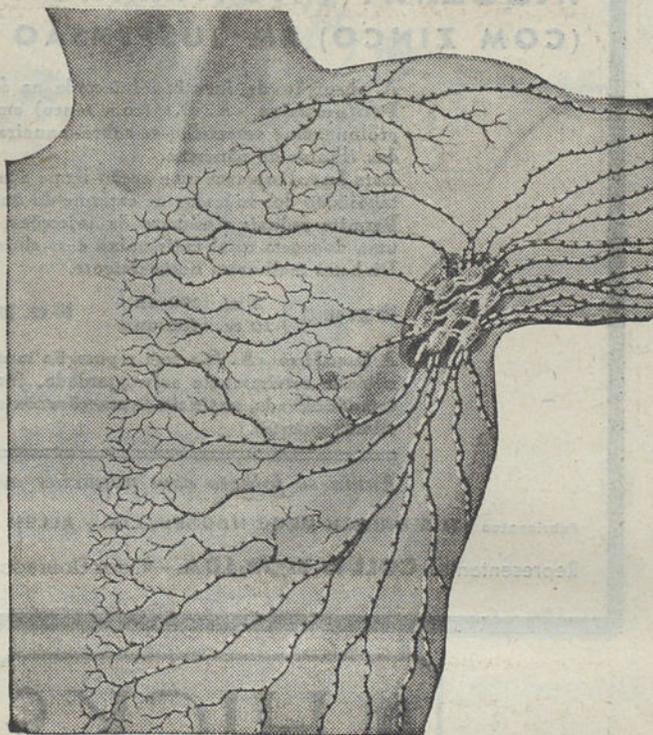
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

na
 Bronquite
 Influenza
 Tosse



Antiphlogistine é sempre indicada

Ela estimula a cadeia de capilares da região torácica, melhorando assim o metabolismo local. Ela alivia a compressão do peito e facilita o afrouxamento da tosse

The Denver Chemical Mfg. Co.
 163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caixa do Modre, 8, 1.º

LISBOA

INSULINA PROTAMÍNICA «A. B.»

(COM ZINCO) EM SUSPENSÃO

(MARCA REGISTRADA)

A absorção de insulina injectada na forma de **Insulina Protamínica «A. B.»** (com zinco) em suspensão é mais prolongada e assemelha-se sobre-maneira à secreção natural das ilhotas do pâncreas.

Esta **Insulina** tem uma acção firme e regula melhor o metabolismo dos hidratos de carbone do que a insulina vulgar. Permite reduzir o número de injeções, requere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

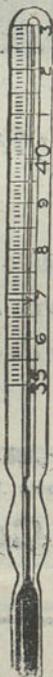
40 un. por cc. { 5 cc. (200 un.) 80 un. por cc. } 5 cc. (400 un.)
 10 cc. (400 un.)

A **Insulina «A. B.»** tem reputação mundial pela sua esterilidade estritamente salvaguardada, força cuidadosamente estandardizada, ausência de reacções tóxicas e estabilidade em climas quentes.

Envia-se folheto com minúcias aos Ex.^{mos} Clínicos

Fabricantes: **THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURYS, LTD.**

Representantes: **COLL TAYLOR, LDA.** — R. dos Douradores, 29-1.º — LISBOA



HICKS

GENUINO — AFERIDO

O TERMÓMETRO
DE CONFIANÇA

FABRICO ESMERADO

EXACTIDÃO GARANTIDA

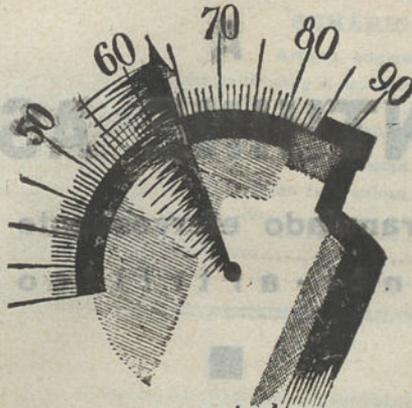
MARCA  REGISTRADA

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes :

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos
Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Agente no PORTO — Farmácia
Sarabando — Largo dos Lóios, 35-37



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

**TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS**

A venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.ª, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

**COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL**

I O D O N E

"ROBIN"

**Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis**

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

Nº 832

18 Junho 1923

App. peto. D. N. S. P.

Depositários para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.ª - Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti-artrítico



Reune numa forma inédita

33% de princípios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>La biologia del treponema pallidum y el problema de la sífilis</i> , por el Profesor Dr. F. Jahnel	Pág.	717
<i>Algumas considerações sobre a Cesariana</i> , por D. Pedro da Cunha	,	728

Notas clínicas

<i>Quisto do epoóforo, com infiltração tuberculosa</i> , por Fernando de Almeida	"	744
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	"	749
<i>Notícias & Informações</i>	"	XLIX

Instituto alemán para investigación de Psiquiatria
(Kaiser Wilhelm-Institut, Munich)

LA BIOLOGÍA DEL TREPONEMA PALLIDUM Y EL PROBLEMA DE LA SÍFILIS (1)

POR EL

PROFESOR DR. F. JAHNEL

Como ustedes saben, solo una parte de los sífilíticos padecen ulteriormente enfermedades del sistema nervioso, parálisis y tabes. Es una suerte que no todos los sífilíticos lleguen a conocer esa clase de consecuencias graves de su infección, pues dada la enorme extensión que alcanza la sífilis en algunos países, serían todavía más catastrófales los efectos de esta enfermedad. En cuanto a la frecuencia con que los sífilíticos adquieren la parálisis no están de acuerdo las diferentes estadísticas, cuando dan las cifras de: 1, 2, 5 y 10 %. El por qué solo una parte de los sífilíticos enferman después de parálisis y tabes, no lo sabemos. Es igualmente incomprendible que la mayoría de los individuos que han adquirido una infección luética queden afortunadamente libres de tales consecuencias. Si se hacen investigaciones serológicas en personas de edad avanzada se encuentra con frecuencia en la sangre una reacción de WASSERMANN positiva y reacciones de flocula-

(1) Conferência pronunciada em Munich, no dia 11 de Julho p. p., perante um grupo de médicos brasileiros e portugueses que, a convite do Reich, percorreram algumas cidades alemãs em visita de estudo.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

ción que son la expresión de una infección adquirida en la juventud. También en la sífilis congénita puede permanecer positiva durante mucho tiempo la reacción en la sangre. HUSLER y WISKOTT han reconocido, posteriormente, a personas que de niños han estado en tratamiento con motivo de una lues congénita en la clínica de Puericultura de Munich y han encontrado, entre otros casos, que una mujer de 46 años de edad, sin otros síntomas de enfermedad, tenía una reacción positiva en el suero, y hace algún tiempo tuve yo ocasión de analizar la sangre de dos hermanas gemelas procedentes de un huevo. Las dos tenían una reacción de WASSERMANN fuertemente positiva y reacciones de floculación también positivas. Me quedé muy sorprendido cuando me enteré que las dos gemelas tienen la edad de 74 años. Es muy posible que también en este caso se trate de una infección sifilítica congénita, lo cual ya no puede averiguarse con seguridad. Es de suponer que en la adquisición de la parálisis juega un papel muy importante la predisposición congénita, pero nosotros no podemos cambiar la constitución de las personas. La tendencia a la parálisis no es análoga seguramente a la inferioridad corporal o espiritual. Pero existen, todavía, otros factores que tienen influencia en el transcurso de la sífilis. Los alienistas antiguos ya sabían que la parálisis, cuyo diagnóstico hace veinte y cinco años todavía se consideraba igual a una sentencia de muerte, podía curarse en casos aislados, en contra de lo que podía esperarse, si los paralíticos habían pasado una enfermedad acompañada de alta fiebre. Un ejemplo muy expresivo de este fenómeno se lo debemos a BAHR. En un manicomio americano se encontraban algunos enfermos paralíticos, cuya enfermedad se logró estacionar. Más tarde se halló la aclaración de este enigma. En este manicomio había reinado hacía muchos años una epidemia de tifus y los paralíticos supervivientes habían pasado un tifus abdominal. Como ustedes saben, ha sido WAGNER-JAUREGG quien ha sacado una consecuencia práctica de las experiencias de aquellos alienistas introduciendo una nueva forma de tratamiento de la parálisis y de la lues por la provocación intencionada de infecciones febriles en tales enfermos. De entre estas infecciones se ha acreditado como la mejor la malaria, que ha sido la primeramente investigada para estos fines por WAGNER-JAUREGG. El tifus abdominal hay que descartarlo por el grave curso que presenta la enfermedad y sobre

todo por los peligros a que están expuestos los que rodean al paciente. También se han empleado, como es sabido, otras infecciones para el tratamiento de la parálisis: fiebre recurrente, fiebre por mordedura de las ratas o Sodoku, infecciones de leptospiras, etc.

Además sabemos que la malaria y enfermedades infecciosas de análogo efecto no solamente muestran una influencia curativa sobre la parálisis, sino que también en muchos casos son capaces de impedir la declaración de la parálisis. Para el tratamiento con la malaria no están tan indicadas la lues primaria y secundaria como aquellos casos de sífilis en los cuales se presentan alteraciones en el líquido céfalo-raquídeo unos cinco años después del contagio que no pueden alejarse por un tratamiento medicamentoso.

En la sífilis reciente deben emplearse los medicamentos anti-sifilíticos, salvarsan, bismuto o mercurio, para alejar lo más rápidamente posible el peligro de un contagio, lo que no se consigue mediante un tratamiento por la malaria. Hasta ha sido descrito por WOLPERT un caso de una mujer que había sido tratada con malaria a causa de una gonorrea rebelde, que había resistido a todos los tratamientos. Pasó inadvertido que la enferma estaba infectada al mismo tiempo de sífilis; no se supo hasta que cuatro días después de dada de alta en el hospital contagió a su cónyuge de sífilis. Más tarde también se declararon en ella los síntomas de la lues secundaria. Hasta parece ser que la malaria y los otros métodos de tratamiento basados en el mismo principio actúan de una manera particularmente favorable sobre la sífilis tardía del sistema nervioso. El efecto de la malaria es también peculiar; se necesita mucho tiempo, en ciertas circunstancias años, hasta llegar a la curación del líquido céfalo-raquídeo.

Pero hay todavía otras fuerzas curativas naturales, que pueden influenciar el curso de la sífilis. Así he encontrado hace ya algunos años que la infección sifilítica en algunos mamíferos se cura radicalmente y sin excepción durante el sueño de invierno. Señores: ustedes nos visitan en verano y por tanto no conocen nuestro invierno. Ustedes viven en un país donde el invierno no es tan frío como aquí. En invierno aquí se hiela el agua y en lugar de lluvia cae nieve del cielo. Hay un cierto número de mamíferos que durante este tiempo no encuentran alimento y se morirían de hambre y de frío si la naturaleza no les hubiera concedido la

aptitud de adaptarse a estas circunstancias. Entonces caen en un sueño invernal. No se trata de un sueño corriente, sinó de un estado que se asemeja a una narcosis. La temperatura del cuerpo de estos animales está muy rebajada, muy pocos grados sobre cero. Tampoco toman alimento durante semanas y meses enteros, su metabolismo se encuentra extraordinariamente disminuído. Estos animales son, por ejemplo, el lirón, el turón y otros. Durante el verano puede infectarse a estos animales con sífilis. Cuando se sumen en el sueño de invierno desaparece entonces la infección sifilítica, según yo he encontrado, completamente y sin excepción. Mis resultados sobre la curación de la sífilis durante el sueño invernal han sido posteriormente confirmados por BESSEMAN, DE WILDE y DE MOOR en diferentes especies de turones y en el erizo. Ya que nosotros no poseemos la facultad de apropiarnos el sueño invernal me parece conveniente descomponerle en sus diferentes partes e investigar sus influencias en el hombre y en los animales y así es probable que puedan encontrarse aplicaciones útiles para el tratamiento de la sífilis humana. Como la temperatura del cuerpo durante el sueño de invierno es muy baja durante meses enteros, algunos grados Celsius sobre cero, era necesario primeramente probar la influencia de una temperatura exterior baja sobre la sífilis. Mientras que los espiroquetas de la sífilis en el cuerpo humano prosperan durante decenios a una temperatura de 37° , se destruyen rápidamente en la estufa a dicha temperatura aún más rápidamente que en la nevera a $+4^{\circ}$. También en la nevera resisten pocos días, por lo que naturalmente no debe achacarse una influencia perjudicial a la temperatura ambiente. A pesar de ello, los espiroquetas de la sífilis se conducen de una manera totalmente inesperada frente a las influencias del frío. Si se enfría fuertemente un material que contenga espiroquetas sifilíticas no se mueren estos espiroquetas tan sensibles, sino que caen en una especie de rigidez de cuyo estado pueden despertar y seguir viviendo. Los espiroquetas sifilíticos resisten, como ya había observado OELZE, la congelación con nieve carbónica, o sea una temperatura de -79° C. que soportan durante largo tiempo sin perder su virulencia (TURNER). Tampoco les perjudican temperaturas más bajas. Pueden resistir sin perder su virulencia, de acuerdo con mis experiencias, la permanencia de catorce días, por lo menos, a la temperatura del nitrógeno líquido, -196° C.

LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^o)

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

■
GIMENEZ-SALINAS & C^a
246, Rua da Palma
LISBOA

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardíacos essenciaes

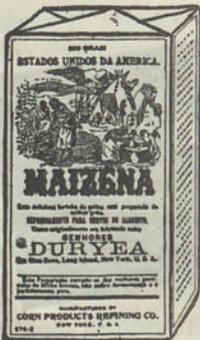
TÓNICO PODEROSO. ESPLENO. HEPÁTICO
RECALCIFICANTE. HEMOSTÁTICO

Seroscal

G O T A S

Vitamina A & D / Vitamina C cálcica (as-
corbinato de cálcio) / Extracto esplénico
/ Extracto hepático / Cloreto de cálcio
e Sutrato de cálcio, coloidais

MAIZENA D'URVEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorias por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo

Como se sabe, el límite extremo del enfriamiento, el cero absoluto, es $-273,2^{\circ}$ C. Yo he enfriado material sifilítico en el Instituto Físico-Técnico de Berlín a una temperatura de $-271,5^{\circ}$ C. o sea $1,7^{\circ}$ de diferencia con relación al cero absoluto. Este frío se produjo por medio de helio líquido que se hizo hervir a presión reducida. Después del deshielo los espiroquetas sifilíticos conservaban toda sua virulencia y, reinoculados al conejo, causaron grandes sífilomas, con abundante contenido en espiroquetas.

En estas experiencias hice todavía una observación muy curiosa. La cría de los espiroquetas sifilíticos se hace en el laboratorio en los testículos del conejo. En mis experiencias de enfriamiento me llamó la atención que también el semen puede resistir la influencia de tan bajas temperaturas. He encontrado que hasta los espermatozoos humanos no se destruyen después de una congelación en nitrógeno líquido y lo mismo si se trata de helio líquido o sea a temperatura que casi alcanza la del cero absoluto, sinó que por lo menos una parte de ellos pueden lograr de nuevo su movimiento primitivo. Como un frío que tan poco se aleja del cero absoluto subsiste en el universo, ARRHENIUS ya discutió antiguamente la posibilidad de que la vida no procediera de nuestra Tierra, sinó que los pequeños seres animados hayan llegado a nuestro planeta procedentes de otro cuerpo celeste y han podido hacer el viaje a través del espacio frío. Aun cuando por tales suposiciones nunca se resolverá el enigma de qué estrella y de qué manera se ha desarrollado la vida por primera vez, por eso no parece una utopía el transporte a través del universo de los pequeños seres animados dotados de resistencia. Con esto naturalmente no quiero significar que los espiroquetas sifilíticos tan sensibles o que las células germinales de los organismos superiores hayan llegado a nuestro planeta de esa manera.

Pero, el efecto del frío no es más intenso por alcanzar mayor número de grados. Como ustedes saben, se ha logrado en tiempos recientes conservar carne helada y hasta transportarla desde Sudamérica a Europa. En esta carne se destruyen los cisticercos de modo que al comer un *beefsteaks* a la tataré procedente de carne congelada no hay que temer a la solitaria. Las temperaturas a las cuales se conserva la carne congelada, unos diez grados bajo cero, tampoco son favorables para la vida de los espiroquetas; es cierto que no se destruyen inmediatamente, sin embargo

se extinguen bastante pronto. Como nosotros no despertaríamos de nuevo a la vida si nos congelaran en forma de un bloque de hielo, como se hace con la carne, resulta que el empleo del frío no nos sirve para curar la sífilis. Las disminuciones pequeñas de temperatura, por ejemplo, de más treinta y siete grados a más treinta y cinco que puede conseguirse por medio de baños fríos, no tienen influencia sobre la infección de la sífilis, según demuestran experiencias más en animales que mantienen el sueño invernal. Por tanto una terapéutica para la sífilis por medio del frío no es aplicable al hombre. Los animales que se encuentran en sueño invernal no toman ningún alimento durante semanas y meses enteros, por eso hay que pensar si el efecto curativo del sueño de invierno no estriba en la abstención de todo alimento. Es sabido que se ha recomendado frecuentemente en los tiempos antiguos y también en los más modernos el tratamiento por la dieta absoluta en la sífilis. Cuando yo publiqué mis primeros resultados sobre la curación de la sífilis durante el sueño de invierno, pidió la palabra un médico naturalista llamado STRIBNING, que en efecto estimaba de gran valor la demostración positiva de los hechos, pero añadía: «Fuera de eso parece ser que a los médicos de laboratorio les impiden los árboles ver el bosque». Según su opinión, debe atribuirse el poder curativo del sueño invernal a la cura de ayuno que el animal hace simultáneamente. Si el tratamiento por la dieta absoluta ejerciera una influencia beneficiosa en la sífilis, naturalmente podría aplicarse también en el hombre. Ya saben ustedes que el hombre puede resistir largo tiempo sin alimentarse. PÜTTER informó que el alcalde de la ciudad irlandesa de Cork, MAC SWINEY, que hizo una huelga de hambre en una cárcel inglesa, no murió hasta después de setenta y cinco días de ayuno. De otra manera muy distinta debe juzgarse el caso de MARÍA FURTNER, de Frasdorf (Baviera), de la que se dice que durante cincuenta años no vivió más que de agua. En el año 1885 apareció una publicación del Profesor v. SCHAFFHÄUTL, en la que él defiende la exactitud de la afirmación de que MARÍA FURTNER, que por cierto en el año 1884 fué observada en el hospital de aquí durante corto tiempo, en efecto se alimentó solamente de agua durante cincuenta años. Según mis investigaciones, el autor de este escrito tenía 83 años de edad cuando lo mandó imprimir, además no era médico, sinó mineralogista y él mismo llevó el

protocolo mientras la FURTNER estuvo aquí hospitalizada. Esto da una explicación sobre la falta de crítica con que escribió el libro. Les costará a ustedes trabajo creer que WACHTELORN, dos años más tarde, publicó una segunda edición de este libro. WACHTELORN, que sobre el caso FURTNER saca la conclusión de que la grasa puede formarse a expensas del agua y que nuestra alimentación actual es hasta cierto punto un lujo, no puede considerarse como un médico.

La influencia del hambre sobre el curso de la sífilis no ha sido hasta ahora objeto de un estudio experimental; por eso me he ocupado yo de tales experiencias. He hecho pasar hambre a un conejo sifilítico catorce días y a otro veinte y un días, no dándoles durante este tiempo más que agua. La abstención de alimento no acusó la menor influencia sobre el curso de la sífilis y de los espiroquetas. Tampoco pudo demostrarse un efecto ulterior de la cura por la dieta absoluta, pues en uno de los animales pudo probarse, todavía, después de setenta y dos días, la existencia de espiroquetas sifilíticas. De la misma manera otras especies de espiroquetas, por ejemplo, los espiroquetas de la fiebre recurrente soportan perfectamente el hambre del huésped. Las garrapatas, que son los transportadores de ciertas especies de espiroquetas de la fiebre recurrente, pueden vivir varios años sin alimento, igualmente que las chinches, y tales garrapatas son capaces, todavía, después de cinco años de hambre, de transmitir por picadura los espiroquetas de la fiebre recurrente (FRANCIS). De todas formas las condiciones son diferentes en las garrapatas, ya que con una sola vez que se alimenten con sangre tienen provisión de alimento para largo tiempo y el período de hambre debe reducirse aproximadamente medio año. Pero de todas estas experiencias se deduce terminantemente que cuando el organismo del huésped pasa hambre no existe ninguna influencia sobre los espiroquetas, sobre todo sobre los espiroquetas de la sífilis. Por eso no tiene objeto el hacer tratamiento de dieta absoluta en sifilíticos. La manera como actúan tales tratamientos de hambre en los enfermos sifilíticos se deduce de una publicación de ZIELER, recientemente aparecida, el cual ha visto el ciclo evolutivo de una grave sífilis maligna con úlceras profundas durante una cura de ayuno de SCHROTH. En dicha cura el suministro de líquidos es muy limitado, la alimentación principal consiste en panecillos secos.

Tampoco en la sífilis nerviosa, la parálisis, tiene la abstención de alimento una influencia favorable. En la guerra mundial, durante la cual en todos los manicomios de Alemania muchos enfermos murieron por alimentación insuficiente, ví yo también morir a muchos paralíticos en un estado extraordinariamente extremo de hipoalimentación. A pesar de ello, encontré en tales casos gran número de espiroquetas en el cerebro, provistos de la mayor vitalidad. El caso de parálisis en el que he encontrado mayor número de espiroquetas en el cerebro corresponde a aquél tiempo. De estas experiencias se deduce que más bien el hombre que los espiroquetas se destruirían en el caso de una cura máxima de ayuno. Aun cuando en los tiempos antiguos se elogiaron las curas de ayuno en la sífilis, no debe olvidarse que entonces se administraban simultáneamente el mercurio y otros medicamentos, como de una manera tan expresiva ha descrito en una publicación aparecida en el año 1519 ULRICH VON HUTTEN, quien hizo en sí mismo tales tratamientos para la sífilis. Desde luego es posible que ciertas formas de alimentación pudieran influenciar la absorción y eliminación de los medicamentos antisifilíticos de una manera benéfica para la curación. Sobre ello deben hacerse todavía investigaciones posteriores.

Durante el sueño invernal está reducido el metabolismo a su último extremo. Este fenómeno difícilmente podríamos reproducirlo en el hombre. Como la glucemia está disminuída durante el sueño invernal, han pensado N. y H. v. JANCsó que el efecto curativo podría atribuírse a una disminución del azúcar de la sangre. En efecto pueden curarse en los ratones las infecciones de tripanosomas mediante un medicamento que reduzca la glucemia, la Sintalina, como han encontrado al mismo tiempo N. y H. v. JANCsó, en Hungría, y SCHER y RICARDó ARTAGAVEYTIA-ALLENDE, en Montevideo. Según nuevas investigaciones de LOURIEV YORKE, parece, sin embargo, que el efecto de la Sintalina puede explicarse por una acción venenosa directa sobre las células de los parásitos. Mis propias experiencias han dado por resultado que la Sintalina en efecto actúa sobre los tripanosomas, pero no sobre la sífilis experimental. A pesar de esto, me pareció oportuno establecer algunas experiencias sobre las relaciones entre el azúcar de la sangre y la sífilis. Ya que, como se sabe, se emplea el coma insulínico como tratamiento de la esquizofrenia, existiría en sí la

posibilidad de emplear tal tratamiento también para la parálisis progresiva. Mis experiencias en conejos sífilíticos me han enseñado, sin embargo, que ni la insulina corriente ni la Depotinsulina que se distingue por un efecto retrasado y que también he ensayado a propuesta del Profesor Dr. LAUTENSCHLÄGER, de la Casa Bayer, en Höchst, no tienen ninguna influencia sobre los sífilomas y espiroquetas. De todos modos no se puede producir en los conejos una hipoglucemia tan duradera y naturalmente tampoco en el hombre, como la que pueden soportar los animales durante el sueño invernal. En este caso el azúcar de la sangre tiene durante semanas y meses enteros un valor tan bajo como el que se observa en conejos y en el hombre durante el coma insulínico. Por eso el camino para lograr una curación de la sífilis, especialmente de la lues nerviosa por medio de una disminución de la glucemia, no me parece apropiado. Todavía no está aclarado si el efecto curativo del sueño invernal frente a los espiroquetas y tripanosomas puede atribuirse a otras influencias hormonales. En este sentido deben todavía emprenderse experiencias ulteriores.

Como acabo de explicarles a ustedes, los espiroquetas de la sífilis soportan los enfriamientos más fuertes. Su comportamiento es distinto frente al calor; mientras que a 37° en el cuerpo humano y a unos 38° en el organismo del conejo pueden resistir toda la vida, el solo aumento de algunos grados causan la muerte rápida de los espiroquetas en el tubo de reactivos. También la sífilis experimental del conejo puede curarse por recalentamiento, como hemos mostrado, WEICHBRODT y yo y también BESSEMANS y sus colaboradores. Desde luego en aquellos conejos en los cuales hemos visto una curación sensacional, mal hemos empleado una temperatura muy elevada ya en el límite de la resistencia. Los conejos se calentaron de 42 a 44°. Tratándose de personas no se puede emplear una temperatura tan elevada, pero también para diferentes temperaturas, no tan elevadas como las citadas, se han alcanzado resultados favorables en las neurolias. Para ello se emplea aire caliente, baños calientes, diatermia de ondas cortas. Otros microorganismos pueden resistir mucho más calor. Así GENESIO PACHECO y J. NORONHA PÉRES, en el Brasil, han emulsionado esputos tuberculosos en solución salina de 58 a 60°, con lo que pueden demostrarse los bacilos tuberculosos más fácilmente;

después de una temperatura de 60° han logrado el cultivo y la vacunación.

Como se ha afirmado que las inyecciones del veneno de cobra en dilución apropiada obran favorablemente sobre la sífilis, he inyectado a conejos sifilíticos altas dosis de veneno de cobra (1) sin haber podido demostrar ninguna influencia sobre el transcurso de la sífilis y los espiroquetes. Otra acción del veneno de cobra, la influencia sobre los dolores violentos en la tabes, depende seguramente de la peculiaridad del veneno de cobra. Al investigador francés CALMETTE le mordió una cobra en un dedo. El brazo quedó insensible hasta que empezó a obrar la inyección del suero antitóxico aplicada inmediatamente. Pero que el mismo veneno de cobra, como se ha afirmado, esté igualmente influenciado por los espiroquetes productores del proceso de la enfermedad de la tabes no me parece aceptable a la luz de mis experiencias.

Por lo que respecta a la quimioterapia de la sífilis, he conseguido encontrar un buen remedio activo en los animales de experiencia, que se distingue precisamente por la rapidez de su acción. Se trata de una combinación de un metal raro, el rodio. Aun cuando según las investigaciones de VONKENNEL, en Kiel, así como de PAVANATI, en Padua, las combinaciones de rodio son también activas en la sífilis humana, el empleo de este producto no puede llevarse a la práctica para el tratamiento de la lues porque es mucho más caro que los otros medicamentos conocidos.

En el futuro deberemos prestar más atención que hasta ahora para prevenir la sífilis. No quiero entrar en las posibilidades de la profilaxia personal, que ya conocen ustedes. Quizás fuera necesario emprender reconocimientos en serie de la población total para descubrir a los sifilíticos y someterlos a tratamiento. Para tales reconocimientos en masa se apropiaría especialmente la prueba en sangre seca publicada por CHEDIAK, en la Habana, ya que es muy sencilla y el material que se necesita muy poco. De todas formas en los casos positivos se precisa todavía, según CHEDIAK, una investigación serológica completa (reacción de WASSERMANN y algunas reacciones de floculación), antes de que se pueda

(1) El veneno de cobra me ha sido proporcionado por el Prof. Dr. SCHLOSSBERGER, del Instituto Robert Koch, Berlín, por lo que le expreso mi agradecimiento.

hacer un diagnóstico de la lues. DAHR ha empleado extensamente el método de CHEDIAK, en Colonia, sobre lo que también ha informado REINER MÜLLER; allí se ha mostrado este método muy útil para descubrir casos de sífilis cuyos portadores nada sabían en absoluto de su infección. Después de que la lues ha disminuído en la mayor parte de los países cultos en comparación con tiempos anteriores, podemos esperar seguramente que mediante una campaña enérgica se conseguirá en un tiempo no muy lejano el exterminio completo de la sífilis.

Asociación de Otolaringólogos de la Facultad de Medicina de Lisboa

DIGITALINE NATIVELLE

As intervenções cirúrgicas obtidas designadas pelo nome de "cecalitomas", pertencem ao número das intervenções que ora acham como operações profiláticas, ou como operações de necessidade. No primeiro caso, evitando a eclosão de lesões patológicas graves no mesmo órgão, prévias a distúrbios por um estado crônico e terapêutico deturcado; no segundo, no intuito de impedir a progressão de um processo já em absoluto. Podemos dividir em "cecalitomas conservadores" e "destrutivos";

1) Conservadores: remoção de tecido necrosado, excisão de pólipos, ressecção de divertículos, etc.

NATIVELLE NATIVELLE

2) Destrutivos: ressecção de grandes pólipos, ressecção de divertículos, etc.

Por outro lado, todos os cecalitomas durante muitos anos, porém a uma grande morbididade leve ou tóxicos a esta altura profundamente são os mesmos, tendo-se chegado ao seguinte conclusão:

1) A remoção dos pólipos e divertículos durante muitos anos, porém a uma grande morbididade leve ou tóxicos a esta altura profundamente são os mesmos, tendo-se chegado ao seguinte conclusão:

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SÔBRE A CESARIANA

POR

D. PEDRO DA CUNHA

Assistente de Obstetria da Faculdade de Medicina de Lisboa

As intervenções cirúrgicas obstétricas designadas pelo nome comum de «Cesarianas», pertencem ao número das intervenções que ora actuam como operações profiláticas, ora como operações de necessidade. No primeiro caso, evitando a eclosão de fenómenos patológicos graves ou mesmo mortais, previstos a distância por um estudo clínico e terapêutico detalhado; no segundo, gozando do papel de intervenções de urgência relativa ou absoluta. Podemos dividí-las em Cesariana conservadora e mutiladora :

- | | | |
|--------------|---|--|
| A) | } | corporal, clássica ou alta |
| Conservadora | | istmo-segmentar, suprasinfisária, transperitoneal ou baixa |
| | | extraperitoneal |
| | | vaginal |
| | com exteriorização do útero ou operação de PORTES | |
| B) | | |
| Mutiladora | | |

CESARIANA ALTA

Foi usada por quasi todos os obstetristas durante muitos anos, porém a sua grande mortalidade levou os tocólogos a estudarem profundamente este assunto, tendo-se chegado às seguintes conclusões :

1) *Má adaptação dos bordos da ferida e portanto má cicatrização.* — Quer a sutura seja feita em dois planos, quer em três, a peritonização da ferida, condição essencial em toda a intervenção intraperitoneal, não é satisfatória.

LABORATÓRIO NATIVELLE

TERAPÊUTICA DO CORAÇÃO

DIGITALINE NATIVELLE

Insuficiências cardíacas
Cardiopatias valvulares
Miocardites — Aritmias
«Flutter» Auricular
Doenças infecciosas

QUABAÏNE ARNAUD

Insuficiência ventricular esquerda
Miocardites diversas com coração
regular
Tôdas as cardiopatias descompensa-
sadas

NATIBAÏNE NATIVELLE

Miocardite com Taquicardia
Hipertensos em via de Aritmia

QUINICARDINE

Aritmias — Taquicardias

Representante :

HENRI REYNAUD — 127, Rua Aurea — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Prevenção e
tratamento das
infecções
estreptocócicas

por via bucal

SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzêno-sulfamida)

PRODUTO INCOLOR, INSÍPIDO
MEDICAÇÃO NÃO TÓXICA
BEM TOLERADA PELO TUBO DIGESTIVO

Comprimidos a 0 gr. 50 (Tubos de 20)

POSOLOGIA : 4 a 10 comprimidos por dia.

por via parentérica

SOLUSEPTAZINE

D. (γ-fenilpropilamino-α-γ-fenil sulfamida disulfonato de sódio)

SOLUÇÃO AQUOSA, INCOLOR, NEUTRA
PERFEITAMENTE TOLERADA PELO ORGANISMO

Solução a 0% de Sal

Empôlas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5)

POSOLOGIA : 10 a 20 cc. por dia

**INJEÇÕES INTRAMUSCULARES
INTRAVENOSAS E SUBCUTÂNEAS**

TRATAMENTOS ASSOCIADOS

por via bucal e parentérica

DOETTE
LÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA**
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8^e)

Muitos são os casos apontados na literatura médica, de desunção completa da sutura uterina, casos êsses observados nas laparotomias post-cesariana empregadas com fins terapêuticos nas peritonites.

É sabido também que uma condição indispensável para uma boa cicatrização da ferida é o repouso da mesma; ora praticando a secção no corpo do útero, êste não pode de modo algum estar em repouso durante o puerpério, antes pelo contrário, contrae-se para fazer a sua involução. Dêste modo os bordos tendem a desunir, o que é provado pelas inúmeras aderências, que, em geral, se observam após esta operação.

Se nos casos puros, isto é, os casos de membranas íntegras, ela pode dar resultados regulares, o contrário sucede nos casos infectados. Parteiros há, como WEIT, que chegam a afirmar que a Cesariana clássica só poderá ser feita quando a parturiente não tenha sofrido toque algum, pelo menos trinta dias antes do trabalho.

2) *Fragilidade da cicatriz*. — É grande a percentagem da ruptura uterina nas gravidezes ou partos que se seguem a tal operação.

Para HOLLAND ela dá-se em 25 % dos casos. COUVELAIRE e AUDEBERT apresentam números muito inferiores. O primeiro dá 14 %, o segundo apenas 8 %. Estatísticas mais modernas indicam 3 a 4 %. A inserção da placenta na cicatriz faz também diminuir consideravelmente a resistência desta, pois o ôvo, em virtude das propriedades fermentativas do seu trofoblasto, não encontrando mucosa na região da cicatriz, penetra com as suas células no músculo uterino.

Para KUSTNER a inserção da placenta na cicatriz da Cesariana anterior é de 50 %.

CESARIANA BAIXA

O seu uso é relativamente recente entre nós (oito a dez anos). Ela deve ser preferida à clássica, não só porque apresenta menos riscos de infecção e de aderências, em virtude da peritonização da ferida uterina se fazer mais facilmente e do maior poder de defesa da serosa a êste nível, como também pela muito maior so-

lidez da cicatriz. Este último factor é muito importante para as futuras gravidezes e partos.

A solidez da cicatriz dá-se, sem dúvida, em virtude da ferida se conservar em repouso durante o puerpério.

Por outro lado, como a placenta prévia central não é muito freqüente, a inserção da placenta na cicatriz, factor que atrás dissemos contribuir muito para a ruptura da mesma, raramente também se dá. E assim se vê que as rupturas a seguir às Cesarianas baixas são raríssimas, não só em valor absoluto, mas também comparativamente com as altas. Para WETTERWALD as rupturas nas baixas dão-se em 0,28 % dos casos, isto é, dez vezes menos que nas altas.

Outra vantagem da baixa é não só o de poder tentar-se a prova de trabalho, evitando assim muitas Cesarianas, como o seu emprêgo em casos ligeiramente infectados. A-pesar destas vantagens, há ainda parteiros adversários desta histerotomia. Um dêles é CATALA, que apresenta como argumentos:

- 1) O ser muitas vezes difficil a extracção da cabeça fetal.
- 2) O não achar muito menor o perigo da infecção.
- 3) O facto de, em geral, haver grande quantidade de sangue, que torna por vezes pouco visível o campo operatório.

Achamos que alguns dêstes argumentos são destituídos de fundamento e que outros são muito fracos, em comparação com as inúmeras vantagens que ela tem.

A contrastar com a opinião de CATALA, podemos citar a frase de SCHICKELÉ, um dos parteiros que mais se dedicou ao estudo da Cesariana: — «A Cesariana baixa é uma arma maravilhosa, quando aplicada na altura devida».

CESARIANA EXTRAPERITONEAL

Tem sérios inconvenientes de técnica, pois ao fazer-se o descolamento do peritónio, êste rasga-se com freqüência. A-pesar da sutura imediata, nunca se pode garantir a exclusão da cavidade peritoneal. As lesões da bexiga e mesmo dos ureteres, são freqüentes. Além de todos estes inconvenientes, ela é também muito mais morosa que as duas anteriores, factor que por vezes tem grande importância.

Para facilidade de exposição, parece-nos preferível dividir as indicações da Cesariana em:

Cesariana na distócia materna	}	1) Angústia pélvica	}	a) disquinésias uterinas
		2) Distócia uterina		b) lesões cervicais
				c) tumores
				d) alterações estáticas do útero por intervenções anteriores
				e) anomalias uterinas e vaginais
3) Lesões cicatriciais vulvo-vesico-vaginais				
4) Rigidez dos tecidos em primíparas idosas				
5) Afecções dos órgãos genitais externos (varizes, edema da vulva)				
Cesariana na distócia ovular	}	1) De origem fetal	}	Algumas apresentações viciosas (frente, espádua, etc.)
				Feto volumoso
Cesariana nas alterações gerais orgânicas	}	2) Distócia com sede nos anexos ovulares . . .	}	Sofrimento fetal com dilatação incompleta
				Placenta prévia
				Procidência do cordão
				Eclâmpsia
		Toxicoses		Descolamento placentário prematuro com ou sem apoplexia
		Cardiopatias		
		Tuberculose pulmonar		
		Ventre agudo (apendicite, ruptura da vesic., torção de anexos, etc.)		

REGRAS GERAIS QUE SE DEVEM SEGUIR NA PRÁTICA DA CESARIANA BAIXA

A) A Cesariana não deve ser feita muito tardiamente, sendo contudo impossível precisar quanto tempo depois de iniciado o trabalho se deve intervir. Se há casos em que ela tem sido feita passadas setenta e duas horas após a ruptura das membranas, a verdade é que quanto mais tardiamente ela é feita, maiores são as probabilidades de aumentar a mortalidade e a morbidade materna.

A estatística de WINTER é muito elucidativa a tal respeito. Em cento e quarenta e seis casos, nitidamente infectados, a mortalidade foi de 27 %.

A-pesar-de haver autores, como KELLER, que dizem ser artificial a diferença entre casos de membranas intactas e membranas

rôtas, em virtude da bolsa das águas não constituir barreira intransponível para os germens, sabemos, contudo, que quanto menor é o tempo decorrido entre a ruptura das membranas e a intervenção, tanto melhores são, em geral, os resultados.

B) A indicação materna deve ser posta sempre em primeiro plano, a não ser em casos excepcionais, em que o estado da mãe seja tão precário que já pouco conte, e então, é sobretudo a vida do feto que interessa ao parteiro.

C) A Cesariana conservadora baixa está contra-indicada nos casos muito infectados. Nestes, se a via vaginal é absolutamente impraticável, teremos que recorrer à Cesariana de PORTES ou, de preferência, à Histerectomia subtotal (com ou sem drenagem).

A dificuldade maior está em saber até que altura a Cesariana pode ser feita; neste ponto reina grande divergência entre os tocólogos. Se há uns que a contra-indicam desde que haja taquicardia sem temperatura ou com ligeira pirexia, outros há que não hesitam fazê-la, mesmo em casos onde a via vaginal já tenha sido experimentada (versão, *forceps*), facto que, para alguns parteiros, constitue contra-indicação absoluta. Para KELLER, por exemplo, só há contra-indicação nos casos em que existe fisometria ou naqueles que, além de grande taquicardia e pirexia, apresentam, no decorrer da intervenção, edema subperitoneal em volta do segmento inferior (sinal de infecção dos tecidos peri-uterinos).

O mesmo autor diz, ainda, que, se por um lado a sua estatística é levemente carregada, por outro lado tem a grande consolação de ter poupado muitos úteros.

Feitas, assim, estas pequenas considerações, vamos agora tratar cada indicação em especial.

CESARIANA NA DISTÓCIA MATERNA

1) ANGÚSTIA PÉLVICA.

São as bacias apertadas, sem dúvida nenhuma, uma das indicações mais freqüentes desta operação.

Se o diâmetro conjugado verdadeiro, útil, de PINARD, ou ainda promonto-retro-púbico, fôr menor que 8 cms., devemos-nos decidir imediatamente pela Cesariana, visto não ser possível que um feto de termo transponha a fieira pelvi-genital. A intervenção deve, pois, dar-se logo que se inicie o trabalho de parto.

O problema, porém, é mais complexo quando se trata das chamadas «bacias limites», aquelas em que o conjugado verdadeiro oscila entre 8 e 9,5 cms. Nestes casos devemos fazer a prova do trabalho. Esta prova é negativa quando ao fim de algum tempo a parte apresentada se não encrava. A maneira de a fazer e o tempo da sua duração têm sido objecto de inúmeros artigos.

GÊOBAINA



“SICLA,,

SOLUTO DE

g-ESTROFANTINA

A 1/4 DE MILIGRAMA POR CM³

PARA INJEÇÃO INTRAVENOSA

CAIXA DE 6 AMPOLAS, ESC: 16\$ 00

DIRECT. TÉCNICOS: J. PEDRO DE MORAES, PINTO FONSECA E CARLOS COUTINHO

LABORATÓRIOS “SICLA,,— LISBOA

CAMPO 28 DE MAIO, 298—TELEF. 57-107—TELEG. SICLAMINA

privar o feto da protecção do saco amniótico.

Varia também muito de autor para autor o tempo que deve

rôtas, em virtude da bolsa das águas não constituir barreira intransponível para os germens, sabemos, contudo, que quanto menor é o tempo decorrido entre a ruptura das membranas e a intervenção, tanto melhores são, em geral, os resultados.

B) A indicação materna deve ser posta sempre em primeiro plano e não ser em casos excepcionais, em que o estado da mãe

SALIDRIL

"SICLA,,

SOLUTO ASSEPTICO A 10%
DE ACETATO MERCURICO
SALICIL-ALILAMIDO-O-ACE-
TATO DE SODIO E 5% DE 1-
-3 DIMETILOXANTINA

INJEÇÃO INTRAMUSCULAR
OU INTRAVENOSA.



CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 1 c.c. E.S.C. 22,00
CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 2 c.c. E.S.C. 32,00

LABORATÓRIOS "SICLA,, - LISBOA
CAMPO 28 DE MAIO, 298 - TELEF. 57-107 - TELEG. SICLAMINA

imediatamente para Cesariana, visto que o período de
de termo transponha a feira pelvi-genital. A intervenção deve,
pois, dar-se logo que se inicie o trabalho de parto.

O problema, porém, é mais complexo quando se trata das chamadas «bacias limites», aquelas em que o conjugado verdadeiro oscila entre 8 e 9,5 cms. Nestes casos devemos fazer a prova do trabalho. Esta prova é negativa quando ao fim de algum tempo a parte apresentada se não encrava. A maneira de a fazer e o tempo da sua duração têm sido objecto de inúmeros artigos. Vejamos o que dizem vários autores e o que nós pensamos a tal respeito.

KELLER diz que a prova de trabalho deve ser levada o mais longe possível, auxiliando-se, durante êsse tempo, todos os factores que possam influenciar favoravelmente a progressão do trabalho. Êle corrige as posições viciosas do útero por meio de cintas, para que o polo cefálico tenha tôdas as probabilidades de tomar contacto com o estreito superior; combate a contractura uterina com a Spasmalgina e a inércia por pequenas doses de hipofisina.

A combinação destas duas drogas constitue um método fecundo em sucessos. Uma droga corrige a outra: uma, reforça a contractilidade uterina; a outra, combate a resistência cérvico-segmentar. A injeccção separada dos dois medicamentos, com um pequeno intervalo (quinze minutos), é preferível à injeccção simultânea.

Escusado será dizer que só empregamos a hipofisina quando o tono fôr normal ou baixo, isto é, estando o útero mole e as contracções fracas ou espaçadas.

Tem a maior importância observar os fenómenos que se passam ao nível do orifício uterino, pois se há espasmos que melhoram pelos antiespasmódicos, quando dados desde o início, pode também haver rigidez anatómica, que só cede às incisões.

Ao passo que KREIS, de Estrasburgo, indica a ruptura das membranas logo no início do trabalho, KELLER e outros aconselham a fazê-la só depois de haver três a quatro dedos de dilatação, salvo se há contracções espasmódicas que não tenham cedido à spasmalgina e que podem beneficiar da ruptura precoce. Aqui, estamos absolutamente de acôrdo com as ideas de KELLER. Outros há ainda que só aconselham a ruptura depois da dilatação estar completa. COUVELAIRE diz que os parteiros modernos não devem privar o feto da protecção do saco amniótico.

Varia também muito de autor para autor o tempo que deve

durar a prova de trabalho; se há parteiros, como KREIS, GINGLINGER e TASSOVATZ, que dão como limite oito horas, outros há, como KELLER, que vão até às vinte e quatro horas, no caso de não haver temperatura. Se passadas estas horas a cabeça se não encontra encravada, isto é, as bossas parietais não passaram o estreito superior, deve-se dar como terminada a prova e a Cesariana impõe-se.

É muito difícil, senão mesmo impossível, precisarmos quantas horas deve durar uma prova de trabalho, pois que tanto factores de ordem estática como de ordem dinâmica podem influir muito. Assim, referindo-nos aos primeiros, devemos prolongar menos a prova numa bacia limite geralmente apertada, do que na bacia chata e menos ainda na canaliculada. Por outro lado, no que diz respeito ao feto, também a prova será abreviada, se êste fôr muito volumoso ou se a cabeça tiver tendência a desviar-se para uma das fossas ilíacas. Para apreciarmos os efeitos do trabalho devemos servir-nos da manobra conhecida pela «palpação mensuradora»: applica-se a face palmar duma das mãos na face anterior da sínfise púbica e espera-se uma contracção uterina. Neste momento vê-se se a cabeça cavalga a sínfise ou se tem tendência a encravar-se. É grande o valor desta manobra, quando feita várias vezes, pois só assim poderemos ir vendo se o cavalgamento estaciona ou diminue.

Para ROBERT MERGER têm grande importância as relações do segmento inferior com a cabeça fetal, principalmente durante as contracções uterinas. Se o segmento inferior é espesso, sem contacto com a apresentação, o prognóstico é mau; se, pelo contrário, o segmento inferior é delgado e toma pouco a pouco contacto com a cabeça, é bom. Esta acomodação feto-segmentar só será bem observada durante uma contracção; a escola de Lyon aconselha mesmo a expressão abdominal, quando se quiere pesquisar esta acomodação.

Nas apresentações pélvicas é muito mais difícil julgar a prova de trabalho, por não ser tão fácil apreciar as dimensões da bacia em relação à cabeça fetal. Ela deve portanto ser mais curta do que nas apresentações cefálicas.

Tem a prova de trabalho sido atacada por vários tocólogos, principalmente americanos. Num dos últimos números do *Amer. Journ. of Obst. and Gynec.*, SCHUMANN, mais uma vez, a reprova,

dizendo ser cada vez mais a favor da Cesariana precoce ou profiláctica nas bacias limites. Por outro lado vê-se que ODAGESCO constatou, na clínica de TARNIER, que em 70% dos casos de bacias limites o parto se deu pela via natural. Parece-nos, pois, que não se pode nem deve de modo algum abandonar tal prova, antes pelo contrário, devemos continuar a fazê-la, tentando aperfeiçoá-la tanto quanto possível.

2) DISTÓCIA UTERINA.

a) *Disquinésias uterinas*. — Entre as distócias com que o parteiro se encontra com maior freqüência está, sem dúvida, em primeiro lugar a provocada pela contractura uterina. Ela foi durante muitos anos a causa de grande mortalidade fetal e mesmo materna. Em virtude da sua alta gravidade, começou a interessar muito os tocólogos, tendo sido SCHICHELÉ e os seus colaboradores que trataram pela primeira vez da resolução dêste complexo problema.

A-pesar dos ensinamentos dêstes parteiros, sabe-se muito bem que há contracturas que não cedem ao tratamento médico, principalmente quando êste é tardiamente instituído. Assim, o parteiro pôde achar-se em presença de casos que não cederam aos anti-espasmódicos e de outros em que a medicação não foi instituída. Na grande maioria das vezes essas parturientes apresentam-se da maneira seguinte :

«Dilatação incompleta (mais raramente completada), cabeça acima do estreito superior, membranas rôtas, útero contracturado».

Para estes casos pensamos que o único tratamento racional será a Cesariana — baixa — conservadora ou mutiladora, conforme as regras por nós atrás citadas.

b) *Lesões cervicais*. — A verdadeira distócia cervical primitiva é quási sempre devida à fibrose do colo. Em alguns casos, raros, a sífilis e a aderência de membranas são susceptíveis de ocasionar a distócia cervical. No caso de existir a fibrose, pode-se recorrer às incisões do colo ou à Cesariana, optando nós por esta última. Havendo cancro do colo, proceder-se-á à histerectomia total.

O edema do colo pode também ser indicação da via alta, pois

que se a dilatação manual num colo normal já não é operação muito recomendada, por ser antifisiológica, num colo edemaciado ela está absolutamente contra-indicada. Nos casos graves de edema do colo é em geral à operação de PORTES ou à Cesariana mutiladora que se tem que recorrer, pois que por via de regra se trata de mulheres muito infectadas.

c) *Tumores.* — Podem os tumores uterinos provocar duas causas de distócia: mecânica e dinâmica.

Na primeira, por obstrução do canal pelvi-genital; na segunda, por anomalia da contracção uterina, impedindo não só que a dilatação se faça regularmente como também predispondo às grandes hemorragias post-dequitação. Vê-se pois que a Cesariana conservadora nuns casos, mutiladora noutros, encontra aqui uma indicação que obedece às regras gerais que tivemos ocasião de enunciar.

d) *Alterações estáticas do útero por intervenções anteriores.* — Se a ligamentopexia à DOLERIS, ou qualquer outro processo, não dá geralmente distócia séria, o mesmo não sucede à histeropexia pela parede uterina anterior, visto que tôda esta parte do útero não se desenvolve normalmente durante a gravidez, tendo o parto, na altura do trabalho do parto, que recorrer por vezes à Cesariana, em virtude de ser impossível a extracção pela via vaginal. A primeira operação de PORTES que tivemos ensejo de fazer foi numa mulher operada anteriormente de histeropexia. Publicámos êste caso, com JOAQUIM FONTES, em 1929, na *Medicina Contemporânea*.

e) *Anomalias uterinas e vaginais — septos, atresias, etc.* — Algumas vezes as anomalias uterinas e vaginais (casos de útero didelfo, vários septos vaginais, etc.), podem ser indicação de via alta.

3) LESÕES CICATRICIAIS VULVO-VESICO-VAGINAIS.

Podem estas lesões ser indicação de Cesariana, não só por a rigidez do tecido cicatricial tornar impraticável a passagem do feto pelas vias naturais, como também pelo perigo dos grandes descalabros que essa passagem pode produzir em vaginas anormais.

4) RIGIDEZ DOS TECIDOS EM PRIMÍPARAS IDOSAS.
Nestes casos pode-se por vezes ter necessidade de recorrer à via alta, principalmente nas apresentações pélvicas.

5) AFECCÕES DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS (VARIZES, GRANDE EDEMA DA VULVA, ETC.).

Pensamos serem raríssimas as indicações da via alta nestes casos.

CESARIANA NA DISTÓCIA OVULAR

1) DISTÓCIA DE ORIGEM FETAL

Apresentação de frente. — Quando falamos de apresentação de frente, queremos referir-nos apenas aos casos em que a cabeça, apresentando-se no estreito superior pela frente, se encrava e desce na escavação na mesma atitude, fazendo-se o desencravamento também em frente. Achamos conveniente esta explicação, pois que obstetricistas há que confundem a verdadeira apresentação de frente com a atitude especial em que por vezes se faz o encravamento das cefálicas de vértice nas bacias chatas. Isto é tanto assim que reina grande discordância nas estatísticas da freqüência desta apresentação. Assim, para KLEINWACHTER, existe uma apresentação de frente em cinco mil partos, ao passo que para HENRICIUS D'HELSINGFORS uma em quatrocentos. Esta enorme discordância deve, em grande parte, ser devida à diferente forma de interpretar a dita apresentação.

É nas bacias ligeiramente apertadas ou não muito largas, em relação à cabeça do feto, que a apresentação de frente aparece com maior freqüência. As intervenções são muito freqüentes, podendo mesmo dizer-se que, falando em apresentação de frente, equivale a parto distócico. O verdadeiro mecanismo do trabalho de parto nesta apresentação ainda hoje não é bem conhecido; é clássico considerar-se três teorias de encravamento: a de M^{me} LA CHAPELLE, MANGIOGELLI e POLSSON.

É à Cesariana que temos muitas vezes de recorrer se quisermos aliviar um pouco o prognóstico do feto e por vezes também o da mãe, não só por ser mal conhecido o mecanismo do trabalho, como também por se tratar, em geral, de mulheres com viciação pélvica, como já acima dissemos.

As condições da sua aplicação são as enunciadas nas regras

gerais. Devemos só deixar evolucionar o parto pelas vias naturais, tratando-se de bacias muito amplas ou de grandes múltiparas.

Apresentação de espádua. — A apresentação transversa ou de espádua é uma apresentação distócica; o parto espontâneo num feto de termo é impossível. Raríssimas vezes a espádua pode ser substituída pela pelve ou cabeça, dando-se o que se chama a *versão espontânea*.

Na grande maioria dos casos a distócia é resolvida pela versão por manobras internas, seguidas de extracção manual; contudo, a Cesariana tem também as suas indicações. Vejamos: membranas rôtas, dilatação incompleta, feto vivo, útero contracturado — Cesariana conservadora ou mutiladora, conforme o grau de infecção. Pode haver casos com feto morto em que a histerotomia está indicada pela impossibilidade de introduzir o embriótomo, não só por falta de dilatação, mas mais ainda pela existência de uma forte contractura.

Há também quem aconselhe a Cesariana nas primíparas, logo que se inicie o trabalho, mesmo que não tenha havido ruptura das membranas — Cesariana profilática.

Esta conduta só nos parece razoável nos casos de primíparas idosas com colo grande e perineo rijo. GUENIOT aconselha a fazer nestes casos a Cesariana alta, em virtude do segmento inferior estar mal formado.

Apresentação de face. — Na grande maioria das vezes o parto faz-se espontaneamente nesta apresentação; achamos, porém, indicada a Cesariana nos *raríssimos* casos em que o mento roda para trás ou então quando a dita apresentação (face) aparece com qualquer das distócias que já por si indique a intervenção.

Apresentação pélvica. — Pode a Cesariana ter indicações nesta apresentação, muito especialmente tratando-se de primíparas já idosas. Assim, BRINDEAU diz que o facto de se encontrar uma pélvica numa primípara deve fazer pensar imediatamente que existe uma anomalia anatómica ou fisiológica do útero, devendo por consequência o prognóstico do parto pelas vias naturais ser reservado. Portanto, se o trabalho é anormal, com contracções irregulares, dilatação demorada, ruptura precoce das membranas e

pelve alta, a anomalia é confirmada, estando indicada, por isso, a Cesariana.

Feto volumoso. — Nos fetos muito volumosos é no desencravamento das espáduas que se dá com maior freqüência a distócia, podendo ocasionar a fractura das clavículas, humero, paralisia obstétrica e até mesmo morte do feto por asfixia, em virtude de não ser possível fazer a extracção rápida dos membros superiores. Para evitar essas complicações têm-se por vezes que recorrer à Cesariana.

Já tivemos ensejo de fazer uma hysterotomia a uma grávida em que os dois primeiros filhos — que pesavam, respectivamente, 6 e 6^{kg},200 — tinham morrido asfixiados em virtude do enorme diâmetro bi-acromial tornar impossível a extracção rápida das espáduas. Graças à hysterotomia, o terceiro filho nasceu vivo, pesando 5^{kg},900.

Sofrimento fetal, com dilatação incompleta. — É sabido ser condição indispensável para o parto pelas vias naturais o orifício uterino estar dilatado ou ser dilatável. Dêste modo, sempre que estivermos em presença dum caso de sofrimento fetal com pequena dilatação, teremos que recorrer à via alta, muito especialmente se o colo não estiver íntegro, visto nesse caso estar contra-indicado a dilatação manual sob raquianestesia.

2) DISTÓCIA COM SEDE NOS ANEXOS OVULARES.

Placenta prévia. — A Cesariana dá, indiscutivelmente, óptimos resultados no tratamento desta afecção.

Das suas indicações na placenta prévia é que nem todos estão de acôrdo. Vejamos algumas opiniões: BALARD trata só por via genital os casos muito simples, aquêles em que a ruptura das membranas faz sustar a hemorragia. Se esta persiste, não hesita em tomar a via alta. Diz o mesmo parteiro que na placenta prévia de duas uma: ou o parto se dá espontâneamente ou é à hysterotomia que se deve recorrer.

Estamos absolutamente com DESOUBRY e KELLER, que propõem a Cesariana nos seguintes casos:

- 1.º — Placenta central, quer seja parcial ou total.
- 2.º — Casos de grande hemorragia no início do trabalho.

3.º — Casos em que a mulher chega muito anemiada (transfusões prévias muitas vezes).

4.º — Casos em que as mulheres têm pequenas, mas repetidas perdas de sangue, que as leva ao estado de anemia média.

Em todos os outros casos que não se encontram nos atrás apontados, são os meios obstétricos que devem ser aplicados (ruptura de membranas, balão de CHAMPETIER, versão de BRAXTON HICKS, etc.).

O processo de DELMAS, ou seja a dilatação do orifício uterino por meio de raqui, deve ser pôsto de parte pelos numerosos casos apontados de ruptura do segmento inferior, ainda que o seu autor o defenda à *outrance*.

Se o feto estiver morto ou tiver poucas probabilidades de viabilidade, só em casos excepcionais pode a Cesariana abdominal estar indicada, sendo preferível a vaginal ou, se possível fôr, a extracção do feto através a placenta, prática a que muito raramente se deve recorrer.

Procidência do cordão. — Esta complicação pode resolver-se, na maioria das vezes, pela via vaginal. Contudo há casos em que só a via alta deve ser escolhida, a-fim-de evitar a morte do feto:

1.º — Ansa irreductível com orifício pouco dilatado.

2.º — Sofrimento fetal com pequena dilatação.

Ao fazer a Cesariana devemos ter o cuidado de laquear o cordão umbilical, de modo a não fazer passar pela cavidade abdominal a parte do cordão que fazia procidência.

CESARIANA NAS ALTERAÇÕES GERAIS ORGANICAS

TOXICOSES.

Eclâmpsia. — Tem aqui a histerotomia por vezes indicação. Como se sabe, a eclâmpsia é uma toxicose muito grave, não só para a mãe, mas muito mais ainda para o filho, chegando a matar, por ano, nos Estados-Unidos, doze mil fetos. A-pesar desta toxicose ter deminuído bastante de freqüência, em virtude, principalmente, dos ensinamentos profiláticos colhidos pelas grávidas nas consultas de higiene pré-natal, ela continua, contudo, a preocupar muitíssimo os que a êste assunto se dedicam. Têm sido variadíssimos os tratamentos propostos para esta toxicose em virtude

ACÍDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

ATEBRINA

ZEFIROL

AVERTINA

COM A

PER-ABRODIL

HYPOPHYSINA

PROTARGOL

SUPRARENINA

CAMPOLON

PRONTOSIL

PELLIDOL

CAFIASPIRINA

GARDAN

FUADINA

YATREN

FESTAL

CANTAN

EVIPAN

LUTREN

UNDEN

SALYRGAN

PROLAN

DEVEGAN

ERUGON

HYDRONAL

GRAVITOL

ADALINA

HELMITOL

INSULINA

MITIGAL

SELYORAL

RIVANDI

Cruz-Bayer

SOLARON

PANTOCAINA

TRYPFLAVINA

ASOCHINA

CHOLEFLAVINA

TONOFOSFAN

AMPHOTROPINA

THEOMINAL

ELITYRAN

SAIODINA

PADUTINA

PRELOBAN

NOVOCAINA

ELDOFORMIO

NOVALGINA

LACARNOL

OPTARSON

CRESIVAL

PANFLAVINA

O SINAL
DA
CONFIANÇA

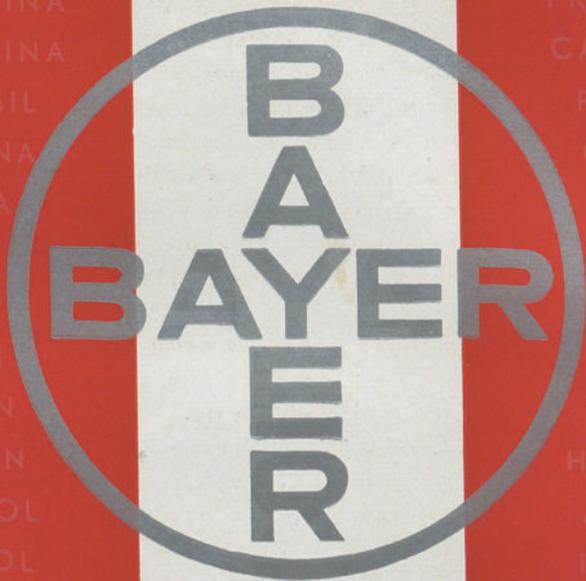
BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2º, LISBOA.

ACIDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

COM A



Cruz-Bayer

O SINAL DA CONFIANÇA

ATEBRINA
 AVERTINA
 HYPOPHYSINA
 SUPRARENINA
 PRONTOSIL
 CAFIASPIRINA
 FUADINA
 FESTAL
 EVIPAN
 UNDEN
 PROLAN
 ERUGON
 GRAVITOL
 HELMITOL
 MITIGAL
 RIVANTOL
 SOLARON
 TRYP AFLAVINA
 CHOLEFLAVINA
 AMPHOTROPINA
 ELITYRAN
 PADUTINA
 NOVOCAINA
 NOVALGINA
 OPTARSON

DROGONA
 FRIKID
 ZEFIROL
 PER-ABRODIL
 PROTARGOL
 CAMPOLON
 PELLIDOL
 GARDAN
 YATREN
 CANTAN
 LUTREN
 SALYRGAN
 DEVEGAN
 HYDRONAL
 ADALINA
 INSULINA
 SELVORAL
 PANTOCAINA
 KAMOKCHINA
 TONOFOSFAN
 THEOMINAL
 SAIODINA
 PRELOBAN
 ELDOFORMIO
 LACARNOL
 CRESIVAL
 PANFLAVINA

das também variadíssimas teorias que têm aparecido para a explicar.

Êsses tratamentos são: uns, puramente médicos e outros, cirúrgicos. Correndo a literatura obstétrica, vemos parteiros defendendo à *outrance* cada um dêles; assim, vejamos: o velho método de STROGANOFF, que consiste na aplicação sistemática de morfina e cloral, tem ainda hoje numerosos adeptos pelos bons resultados que pode dar. Uns aplicam-no só como STROGANOFF o ensina, outros fazem concomitantemente outra terapêutica, como sangria, sulfato de magnésio, etc. Se é certo que estes processos dão muitas vezes bom resultado para a mãe, a verdade é que êles são menos brilhantes para os filhos. É por isso que vários parteiros preconizam a Cesariana. Vejamos algumas opiniões:

RAZETTE, diz: «assim como o cirurgião não pode saber como evolucionará um caso de apendicite aguda, assim o parteiro ignora a evolução duma eclâmpsia». Pensando desta forma êle aconselha sempre a histerotomia em presença dum ataque convulsivo.

SHANDZ é, como êste último, grande partidário da Cesariana.

MAXINI escreve: «a supressão do parto pela Cesariana precoce nos últimos meses de gestação com feto vivo é o tratamento que dá mais segurança para a vida da mãe e do filho».

Para o pré-eclampsismo o mesmo autor aconselha o tratamento médico, passando ao cirúrgico logo que apareça a primeira convulsão.

PHANEUF vai mais longe; para êle a Cesariana deve ser empregada no pré-eclampsismo. Da mesma opinião é LOISEAUX. Para DAVIS é ela a única operação aconselhada para os casos de eclâmpsia convulsiva não melhorada pelo tratamento médico.

G. MOSHER é mais moderado nas suas indicações. Aconselha só a Cesariana nos casos de primíparas com colo rijo que não tenham melhorado com o tratamento médico. Nós não seguimos nem a escola de STROGANOFF, com as suas variantes, nem a dos intervencionistas sistemáticos. Combatemos o pré-eclampsismo antes de mais nada (regime hipocloretado, sôro glucosado, acecolina, sangria, etc.). Uma vez desencadeado o período convulsivo, e que se veja não haver tendência a sustar a situação medicamente, o esvaziamento do útero impõe-se.

Feto viável, dilatação nula ou quási nula, primípara — Cesariana abdominal. Se o feto não é viável — Cesariana vaginal. Pri-

mípara ou múltipara, com orifício dilatado ou dilatável, feto vivo — *forceps* ou versão; com feto morto — embriotomia.

Descolamento prematuro da placenta com ou sem apoplexia útero-placentária. — Várias também são as teorias que tentam explicar esta situação, razão por que vários também são os tratamentos aconselhados, tal qual como acontece na eclâmpsia. Se SOLOMONS e DE SNOW são absolutamente abstencionistas, a escola francesa, à frente dos quais se encontra COUVELAIRE, que foi, sem dúvida, a pessoa que primeiro estudou êste complexo problema, aconselha a recorrer à histerotomia, seguida ou não de histerectomia, conforme a fibra muscular uterina reage ou não à pituitrina.

O mesmo autor segue a via baixa nos casos em que a dilatação permita a extracção do feto. Mesmo nestes casos, se o útero não tem tendências a contrair-se depois de esvaziado, não hesita em recorrer à histerectomia.

CARDIOPATIAS E GRAVIDEZ.

Numa cardíaca grávida podem aparecer accidentes graves que obriguem a uma intervenção. Quando essa intervenção é decidida no termo ou próximo dêle, devem-se eliminar os processos lentos que riscam agravar os accidentes grávido-cardíacos. A extracção vaginal só será indicada nos casos em que se possa fazer com grande facilidade. Em todos os outros recorreremos à Cesariana abdominal, ou vaginal, em casos de feto muito pequeno. Quando operamos por via abdominal e que estiverem contra-indicadas novas gravidezes, devemos aproveitar para a esterilização. Não abordamos aqui o problema de interrupção da gravidez em cardíacas, pela pequena Cesariana por nos parecer estar já fora do assunto que tratamos.

TUBERCULOSE PULMONAR.

Em tôda a tuberculose pulmonar o trabalho de parto deve ser abreviado. Por outro lado é sabida a nefasta consequência que o puerpério tem nestas mulheres.

Atendendo não só a estas duas circunstâncias, mas também ao facto, muito conhecido, do aparecimento de *poussées* febris pré-menstruais, está por vezes indicada a histerotomia, seguida de histerectomia ou a histerectomia em bloco. Só os exames clínico,

laboratorial e radiológico, podem fornecer-nos dados seguros para resolvermos problema tão complexo.

VENTRE AGUDO.

Em presença duma gravidez já avançada ou em trabalho de parto, uma situação de peritonite difusa pode levar o cirurgião a fazer a histerotomia, seguida ou não de histerectomia, a-fim-de melhor tratar a lesão causal (apendicite, etc.).

CESARIANA POST-MORTEM

É de origem muito antiga. Já NUMA POMPILIUS, no ano de 700 antes de Cristo, ditou a lei conhecida por Lex Regia, lei essa que obrigava a abrirem-se todos os ventres de mulheres que morriam grávidas de têrmo ou próximo dêle. Assim nasceram várias personalidades, como BURCARD, GEBHARD, conde de BRÉGEUZ, etc.

Achamos que a Lex Regia deve continuar a ser cumprida.

CONCLUSÕES

Do exposto se conclue que a Cesariana tem um grande papel em obstetrícia.

Contudo, o parteiro só a ela deve recorrer depois dum exame minucioso, em que os prós e contras devem ser muito bem pesados, lembrando-se sempre que só a ela devem recorrer quando a via vaginal não é compatível com a vida dos dois sêres.

Das Cesarianas conservadoras preferimos a baixa transperitoneal, mesmo nos casos puros, salvo raríssimas excepções, como pode ser a indicação duma intervenção muito rápida. A operação de PORTES, intervenção mais teórica que praticamente conservadora, reservamo-la para primíparas infectadas (infecção não muito grave). A mutiladora para as grandes infecções.

NOTAS CLÍNICAS

QUISTO DO EPOÓFORO, COM INFILTRAÇÃO TUBERCULOSA (1)

POR

FERNANDO DE ALMEIDA

Pela sua extrema raridade, publicamos um caso de quisto do epoóforo, com infiltração tuberculosa e que tivemos ocasião de observar, há alguns meses.

Têm sido descritos, com relativa freqüência, quistos do ovário em que se encontre um processo baciloso; ; no entanto, até 1923, MOENCK (2), ao retinir todos os trabalhos publicados sôbre o assunto, não conseguiu juntar mais que trinta e quatro casos autênticos! ; Que dizer agora dos quistos do epoóforo, com infiltração tuberculosa, quando NURNBERGER, na edição espanhola do *Tratado de patologia e biologia da mulher*, de 1932 (tômo IX, pág. 334) afirma não conhecer senão dois casos?

Por êste motivo procurámos o que de novo haveria na bibliografia recente do ligamento largo; ; infelizmente, até esta data, não encontramos mais nenhum caso semelhante aos descritos!

O tumor por nós operado, de que damos os aspectos macro- e microscópico (figs. 1 e 2 e estampa), foi encontrado em C. P., de 21 anos de idade, solteira, natural do Fundão, onde era vendedeira ambulante.

Dois meses antes da data em que a observei pela primeira vez, tinha uma dor forte no quadrante inferior direito, acompanhada de enjoos; a dor irradiava para a coxa do mesmo lado. O médico, que então a tratou, aconselhou-a a vir a Lisboa para ser operada de apendicectomia. Desde aquela data, as dores não a deixaram mais e por isso resolveu dar entrada no serviço.

Antecedentes pessoais. — Há quatro anos, ascite, provávelmente tuberculosa, tratada com repouso, helioterapia, etc. Melhorou rapidamente em poucos meses e voltou em breve a fazer a sua vida habitual.

Menarca aos 11 anos, sem dores. Pouco antes do ventre aumentar de volume, isto é, aos 17 anos, dismenorreia pré-menstrual; as dores eram localizadas ao lado esquerdo e irradiavam para a região sagrada. Depois da ascite,

(1) Publicado no *Arquivo de Obstetricia e Ginecologia*. Vol. IV. N.º 2. Setembro de 1939.

(2) J. MILLER, in LUBARSH & HENKE, *Handbuch der speziellen path. Anat. und Histologie*.

a dismenorreia passou a ser post-menstrual (nos dois dias seguintes). Últimamente tem piorado, sofrendo de dores nas duas semanas que se seguem à menstruação, sempre localizadas ao lado esquerdo.

Antecedentes hereditários. — Pais e irmãos saudáveis; não consta que qualquer parente próximo ou remoto tenha sofrido ou sofra de tuberculose.

Observação. — Bom estado geral. O ventre é de forma normal; pâncreo adiposo regularmente desenvolvido; não há hiperestesia cutânea; é depressi-

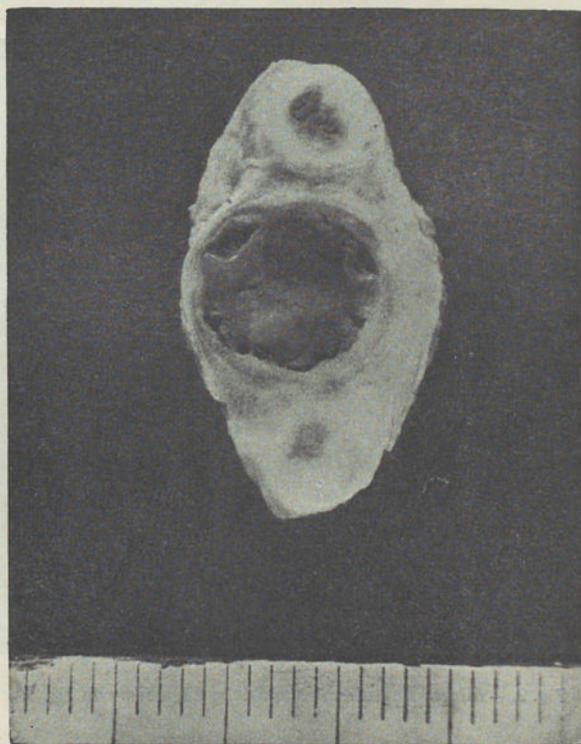


Fig. 1. — Fotografia (ampliada) da peça. De cima para baixo a trompa, o quisto e um grande folículo tuberculoso.

vel sem resistência. À palpação do ponto de MAC-BURNAY, provoca-se dor, que irradia para a coxa. Em nenhum outro ponto do ventre se provoca dor pela palpação.

Na impossibilidade de fazer o toque vaginal (tratava-se de uma virgem), fez-se o toque rectal; útero de tamanho normal e anexos ligeiramente dolorosos mais à direita, onde estavam um pouco aumentados.

Operação. — Com o diagnóstico de apendicite crônica em um ventre onde certamente se encontrariam aderências de antiga peritonite bacilosa, fizemos laparotomia mediana infra-umbilical. Aderências fortes do epíloon à parede,

ao útero e à bexiga. Destruição das aderências. Salpingite bacilosa à esquerda, tubérculos raros; ovário livre. Anexite bacilosa à direita; não foi possível individualizar o ovário. Pequeno tumor duro do ligamento largo direito, do tamanho de uma avelã. Uma aderência repuxava o apêndice pelo meio e mantinha-o dobrado em ângulo agudo. No peritoneu visceral das ansas delgadas, viam-se alguns tubérculos. Extirpação dos anexos direitos com o quisto do ligamento largo; apendicectomia.

Post-operatório bom. Revista seis meses mais tarde, apresentava ótimo



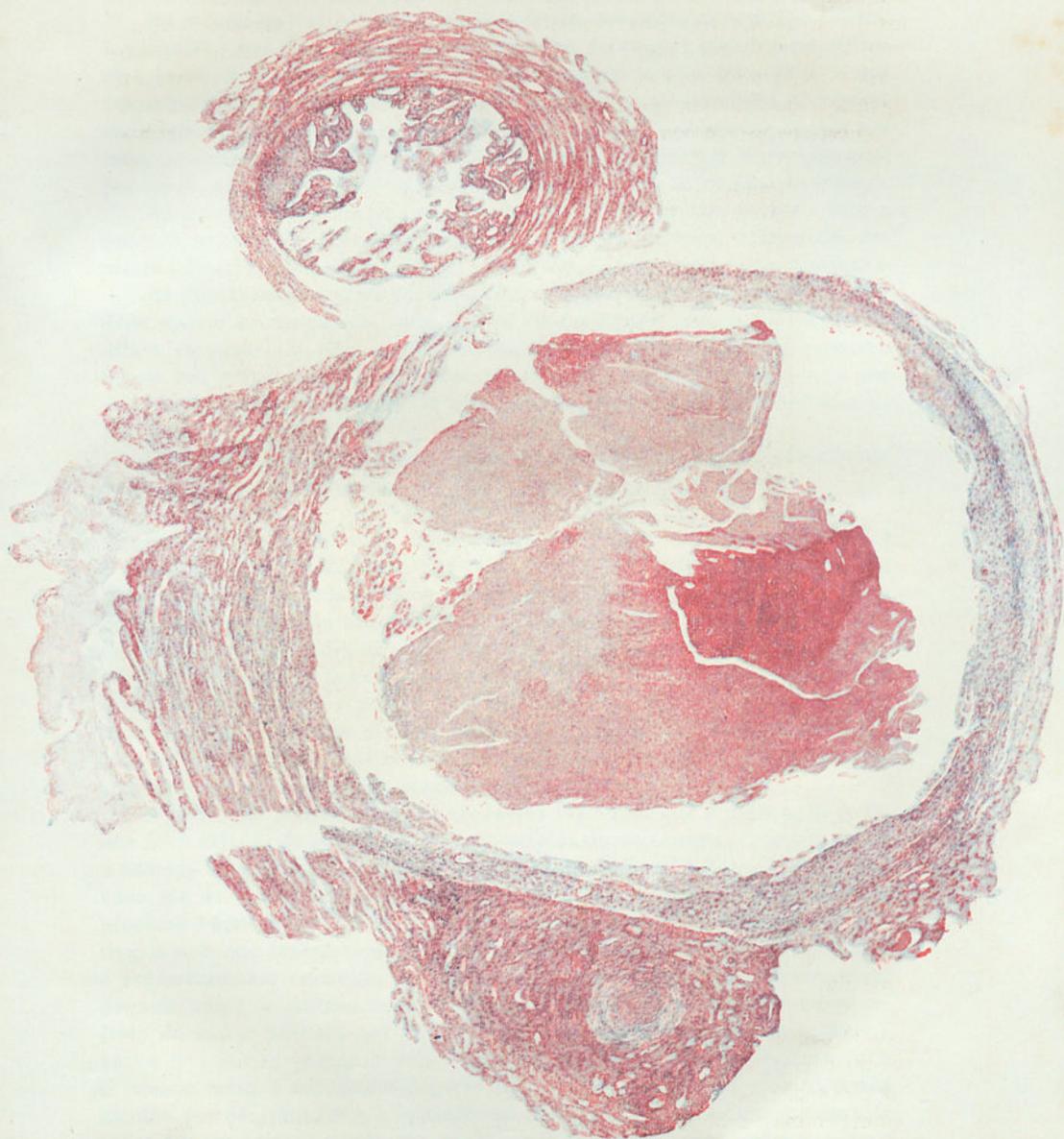
Fig. 2. — Microfotografia. A disposição é a mesma da Fig. 1.

estado geral; dores ligeiras no quadrante inferior esquerdo durante o período menstrual. À direita não voltou a ter dores.

Anatomia patológica. — Extraímos o seguinte do relatório do Prof. WOHLWILL (a quem mais uma vez agradecemos seus ensinamentos) sobre as peças enviadas para o laboratório:

O ovário apresentava algumas cavidades quísticas, quer de paredes delgadas e lisas, contendo líquido incolor, quer mais espessas e esbranquiçadas, de conteúdo sanguinolento. Estroma rico em vasos; alguns folículos atrésicos e uma formação fibrosa com muitas células contendo sideróforos; hemorragias para o lume dos folículos atrésicos e que se propagavam um pouco para o estroma vizinho. Havia folículos contendo no seu lume uma massa homogênea, eosinófila.

FERNANDO DE ALMEIDA: Quisto do epoóforo,
com infiltração tuberculosa





A trompa apresentava no estroma da mucosa um folículo constituído por células epitelióides e células gigantes, tipo de LANGHANS, sem caseificação; havia focos análogos, mais pequenos, mesmo no estroma das vilosidades.

No mesovário havia uma cavidade quística, revestida por epitélio cúbico, incompleto; sob esta camada encontraram-se formações glandulares múltiplas, também revestidas por epitélio (quer achatado, quer cilíndrico) e que desembocavam na superfície da cavidade. Entre estas glândulas e o ponto onde faltava o epitélio de revestimento da cavidade, encontrava-se, por um lado, uma infiltração difusa por linfócitos, grandes histiócitos e granulócitos; por outro lado, folículos circunscritos, como os descritos na mucosa da trompa.

As células histiocitárias, ao tornarem-se soltas, haviam entrado para o lume da grande cavidade. O conteúdo desta última consistia, além disso, em massas amorfas com partículas de cromatina e uma hemorragia compacta.

As glândulas descritas encontravam-se exclusivamente no lado da cavidade oposto à trompa, ao passo que os folículos tuberculosos e a infiltração difusa existiam em toda a circunferência. Devemos ainda referir especialmente um grande folículo existente por baixo da região das glândulas e que se vê muito bem na gravura, com células epitelióides no centro e linfóides na periferia.

O apêndice mostrava pouco tecido adiposo na submucosa; lesões muito ligeiras de apendicite antiga.

Os dois casos rétinidos por NURNBERGER são um de KELLY (Operative Gynecology) e outro de THYE (Ueber einen Fall von Cystoma paraovarii mit Tuberculose). Em ambos também se tratava de doentes tendo padecido de peritonite bacilosa antes da intervenção. No de THYE, a doente tinha 18 anos de idade e a ascite fôra aos 15; dera entrada no hospital por «dores espasmódicas de bastante intensidade na fossa ilíaca direita». O quisto era do tamanho de uma cabeça e pesava 1,600 grs.; havia tubérculos na sua superfície, bem como no peritoneu vizinho. A camada epitelial do quisto estava quasi toda intacta, mas, nalguns pontos e principalmente ao nível do pedículo, encontraram-se tubérculos que atravessavam a parede.

A peritonite bacilosa nos antecedentes faz supor que a infiltração se tenha feito através do peritoneu do meso-salpinx ou na trompa; talvez por isso a camada externa do quisto seja atingida antes da interna. Esta, que no nosso caso era de epitélio cúbico, encontrava-se destruída incompletamente pelo processo baciloso; o mesmo sucedeu no caso de THYE. Ainda por outro motivo, o caso que descrevemos se aproxima do de THYE (a referência de KELLY é excessivamente resumida para podermos fazer comparações); assim, se no daquele autor se tratava de uma rapariga de 18 anos de idade que havia sofrido de ascite bacilosa aos 15, no nosso a doente tinha 21 anos de idade e a ascite fôra aos 17, portanto pela mesma idade e com intervalo sensivelmente o mesmo entre o derrame específico na cavidade abdominal e os sintomas agudos que determinaram a intervenção. Há só um pormenor em que os dois casos diferem muito: é pelo que diz respeito ao tamanho da neoplasia, que no do autor alemão era igual a uma cabeça e no nosso a uma avelã, o que o torna muito raro entre os quistos daquela região, pois é sabido que os quistos do

epoóforo variam geralmente de volume entre o de um ôvo de galinha e o de uma cabeça de adulto; alguns chegam a ser tão grandes que atingem pesos inverosímeis, como o de GUTTLER (53 quil.). Por êste motivo não fizemos o diagnóstico de quisto antes da intervenção, ao contrário de THYE.

Antes de terminar, queremos chamar a atenção para os pequenos tubos glandulares existentes por baixo do quisto, dos quais alguns comunicavam com a cavidade. Supomos tratar-se, não só pela estrutura como pela situação, disposição, etc., de *ductuli transversi* do epoóforo. Êles vêm assim apoiar a origem que atribuímos ao tumor.

RÉSUMÉ

L'A. décrit un cas rare d'un petit kyste de l'épooaphore avec infiltration tuberculeuse. La tumeur a été trouvée chez une jeune fille de 21 ans, qui, quand elle avait 17, a été traitée de ascite bacilleuse.

Revista dos Jornais de Medicina

OLIODÁTUM

IODO EM COMBINAÇÃO OLEOSA
CADA C^{m3} CONTEM 0,24 GR.^s DE IODO
PARA INJECCÃO INTRAMUSCULAR

"SICLA,,



CAIXA DE 10 AMPOLAS DE 1 c.c. ESC: 25\$⁰⁰

CAIXA DE 10 AMPOLAS DE 2 c.c. ESC: 35\$⁰⁰

LABORATÓRIOS "SICLA,, - LISBOA

CAMPO 28 DE MAIO, 298 - TELEF. 57-107 - TELEG. SICLAMINA

Principia o A. por acentuar que a tuberculose intestinal é, em geral, a consequência de uma tuberculose pulmonar avançada, de modo que não se

epoóforo variam geralmente de volume entre o de um ôvo de galinha e o de uma cabeça de adulto; alguns chegam a ser tão grandes que atingem pesos inverosímeis, como o de GUTTLER (53 quil.). Por êste motivo não fizemos o diagnóstico de quisto antes da intervenção, ao contrário de THYE.

Antes de terminar, queremos chamar a atenção para os pequenos tubos glandulares existentes por baixo do quisto, dos quais alguns comunicavam com a cavidade. Supomos tratar-se, não só pela estrutura como pela situação, disposição, etc., de *ductuli transversi* do epoóforo. Êles vêm assim apar-

DIGISTÂNDAR

"SICLA,,



PÓ DE FOLHAS DE DEDALEIRA
(AFERIDO BIOLOGICAMENTE)

EM COMPRIMIDO DE 0,10 GRAMAS
TUBO DE 15 COMPRIMIDOS, ESC: 10\$00

LABORATÓRIOS "SICLA,,— LISBOA

CAMPO 28 DE MAIO, 298—TELEF. 57-107—TELEG. SICLAMINA

Revista dos Jornais de Medicina

Pneumotórax espontâneo. (*Spontaneous pneumothorax*), por R. CHARR. — *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XL. N.º 5. 1939.

Se exceptuarmos o pneumotórax espontâneo idiopático, cuja patogênese é ainda obscura, mas seguramente não filiada em lesões tuberculosas, activas ou latentes, a grande maioria das rupturas pleurais, com pneumotórax consecutivo, deve-se, de-facto, à existência de lesões daquela natureza. O A. apresenta dez casos de pneumotórax espontâneo, oito dos quais se verificaram em tuberculosos e dois em doentes com antraco-silicose. Em todos, o seu aparecimento foi súbito, e ocorreu com os doentes na cama, sem tosse prévia, espirro ou qualquer outra forma de esforço torácico; as queixas apresentadas foram dispnea e dor ao nível da perfuração. Na autópsia verificou-se que a ruptura se tinha dado, em sete dos doentes, na linha médio-axilar e em três, na linha médio-clavicular; nesta última localização tratava-se de perfurações realizadas ao nível de lesões exsudativo-caseosas, de data recente, cobertas por pleura muito fina e transparente e sem a presença de aderências. Pelo contrário, no grupo dos outros sete doentes existiam aderências pleurais em tórno dos pontos róticos e tratava-se de lesões pulmonares de forma crónica; nestes casos a ruptura devia-se ao estiramento que aquelas aderências pudessem provocar sobre o pulmão, sabido como é que exactamente ao longo daquela linha é onde o pulmão, nos seus movimentos respiratórios, maior excursão realiza no sentido vertical. O facto de não se ter encontrado uma única perfuração na face posterior do pulmão ainda torna mais favorável a tese da causa mecânica, provocadora das rupturas, pois a face posterior é exactamente de tôdas as faces do pulmão aquela que menos se move.

Nas lesões de antraco-silicose a ruptura pleural ou se faz ao nível de qualquer bôlha de enfisema superficial, em geral também por possível repuxamento das mesmas por aderências pleurais que se formam na sua proximidade, ou então por gradual extensão da necrose da massa antraco-silicática, até à periferia.

J. ROCHETA.

Tuberculose intestinal e gluconato de cálcio. (*Intestinal tuberculosis and calcium gluconate*), por V. V. PISANI. — *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XL. N.º 5. 1939.

Principia o A. por acentuar que a tuberculose intestinal é, em geral, a consequência de uma tuberculose pulmonar avançada, de modo que não se

pode obter qualquer resultado terapêutico, favorável na primeira, se não se procura influenciar benêficamente a segunda; por outro lado, deve acrescentar-se que os resultados effectivos a obter com o gluconato de cálcio só podem esperar-se depois de um longo período de administração, sempre para além de seis meses. É também importante um diagnóstico precoce, pois naturalmente lesões intestinais muito avançadas não são próprias para qualquer tratamento. Infelizmente, o grau de melhoria que possa realizar-se não pode ser rigorosamente controlado, pois, até à data, não possuímos nenhum método de diagnóstico que permita fazê-lo; tem, portanto, que contar-se com um certo coeficiente pessoal, na avaliação das melhorias observadas. Nesta conformidade, apresenta o A. uma estatística de quarenta e três casos de tuberculose intestinal tratados com injecções intramusculares de gluconato de cálcio, durante um período médio de três meses; dos doentes tratados pode afirmar-se que vinte melhoraram definitivamente. Ao comparar as mudanças clínicas observadas nos doentes tratados com o cálcio e daqueles não submetidos a esta terapêutica, é forçoso reconhecer as propriedades farmacológicas benéficas do cálcio; assim, verificou-se que um pequeno grupo de doentes que por êrro tinham suspenso a aplicação d'êste medicamento ao fim de quatro a cinco meses, depressa se queixavam dos primitivos sintomas, que rapidamente desapareciam após algumas semanas de continuação do mesmo. Pode, pois, dizer-se que d'êste grupo de doentes se tirou como conclusão evidente a idea de que o cálcio rectifica a actividade perturbada do intestino, pela desaparição ou deminuição das náuseas, dos vômitos, da flatulência, das eructações, diarreia ou constipação e consecutivo aumento de appetite, pêsso e energia, que produz.

J. ROCHETA.

A. origem apical da tísica. (*The apical origin of phthisis*), por S. PUDEK. — *Tubercle*. Vol. XX. N.º 10. 1939.

O problema do início topográfico da tuberculose pulmonar não deixou ainda de constituir tema de discussão para os clínicos; de vez em quando surgem nas revistas da especialidade artigos que procuram defender a tese da origem apical e outros que, pelo contrário, julgam provar absolutamente a sua origem não apical. A questão é, de-facto, bastante difficil de esclarecer por completo, atendendo à variedade de aspectos que a doença pode tomar, agravada pela insuficiência dos nossos meios de análise; por exemplo, há lesões apicais activas que podem, durante algum tempo, passar desapercibidas aos raios X, e, por outro lado, há lesões radiográficas ao nível do apex que são inactivas, como é sabido — a chamada tuberculose abortiva dos franceses — mas cuja diagnose exacta nem sempre é fácil.

O A., que é decididamente partidário da origem predominantemente apical da tuberculose do adulto, insurge-se em particular com o t'ermo de catarro apical ou apicite, empregado por alguns autores, que assim pretendem fazer um diagnóstico precoce desta doença, mas admitindo-a neste período como uma lesão brônquica de pouca gravidade. Ora, para o A., tal idea é bastante falsa, pois nem a tuberculose apical começa por lesões brônquicas, nem pode

ser considerada de pouca importância, mas sim encarada sempre com a possibilidade de dar origem a uma tuberculose progressiva.

J. ROCHETA.

Reacção cutânea dos tuberculosos pulmonares ao polisacarídeo extraído do terreno de cultura do bacilo de Koch. (*Reattività cutanea dei tubercolosi polmonari di fronte al polisaccaride estratto del terreno di cultura del bacillo de Koch*), por G. DADDI e C. PANÁ. — *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano III. N.º 7-8. 1939.

Em continuação dos trabalhos de Morelli, Daddi e Cattaneo, que tinham verificado a existência de propriedades tuberculínicas nos polisacarídeos, obtidas em terreno de Santon, onde se tinha desenvolvido o bacilo de Koch, e ainda em virtude da importância, sempre crescente, que os polisacarídeos das bactérias estão a adquirir nas investigações sobre as propriedades biológicas dos componentes químicos de muitos germens patogénicos e não patogénicos, resolveram os AA. referir os resultados obtidos com a reacção cutânea dos tuberculosos pulmonares, após a injeccção intradérmica em diversas soluções, de polisacarídeos do terreno de cultura do bacilo de Koch.

Digna de relêvo é a precocidade da reacção positiva no sentido tuberculínico, pois 50 % dos casos apresentam, já ao fim de cinco horas, não só rubor e edema local, mas ainda uma autêntica infiltração da pele, que persiste até as quarenta e oito horas; tais fenómenos locais adquirem — especialmente em correspondência com a intradermo reacção, em diluições mais concentradas, em indivíduos muito sensíveis — uma intensidade notável, e são acompanhados, muitas vezes em cerca de 30 %, de ligeira dor do membro superior e de febre, fenómenos que desaparecem depois das vinte e quatro horas. A estas particularidades o polisacarídeo junta ainda a circunstância, num certo número de casos, de provocar imediatamente, após a injeccção, rubor local e edema, que desaparecem completamente ao fim de uma hora, cuja interpretação ainda falta esclarecer. Da comparação da reacção cutânea e das formas anátomo-clínicas da tuberculose pulmonar não resultou nenhuma relação precisa; deve, porém, notar-se que nos casos graves a sensibilidade ao polisacarídeo diminuiu muito.

J. ROCHETA.

O valor prático da rádio-quimografia na associação pneumotórax-frenicoectomia. (*Il valore pratico della roentgenchimografia nella associazione pneumotorace-frenicoexeresi*), por G. TORELLI. — *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano III. N.º 7-8. 1939.

O valor prático da rádio-quimografia, no estudo das lesões pulmonares, ainda se não impôs de tal modo nas clínicas da especialidade, que obriguem, por necessidade evidente, ao seu emprêgo sistemático nas mesmas. De uma maneira geral, pode mesmo dizer-se que são muito poucas aquelas que lhe têm dedicado um particular interesse, e mesmo nessas as indicações para a sua aplicação são bastante restritas. É evidente que a rádio-quimografia nos

permite esclarecimentos mais completos sôbre a amplitude dos movimentos das costelas e do diafragma, e mesmo do próprio parênquima pulmonar, do que as radioscopias habituais, que nunca puderam permitir uma visualização tão rigorosa da dinâmica respiratória como aquela, que, de resto, constituirá sempre um documento objectivo, arquivável; mas onde a rádio-quimografia tem sido particularmente elogiada por alguns autores é nas indicações que ela fornece a-propósito da eficácia que se pode obter com a frenicectomia. É sabido como esta intervenção, depois de ter gozado de uma excessiva aplicação por tôda a parte, cafu quasi rapidamente em desuso, a não ser para aquelas lesões activas das bases, que sofrem a acção directa, por assim dizer, do traumatismo respiratório do diafragma. E, todavia, todos nós conhecemos bons resultados desta intervenção em casos com lesões mais altas, que nem sempre podem ou querem sujeitar-se a uma toracoplastia, e que com indicações mais explícitas da frenicectomia poderiam, em determinadas condições, ser submetidas com mais segurança a esta última intervenção. Por isso se compreende o interêsse que deve merecer o estudo rádio-quimográfico pulmonar, para uma melhor destrição dos casos que podem beneficiar com a exêrese do frênico, e que, como já disse, tem sido elogiado por alguns autores.

Torelli apresenta uma casuística de nove casos de associação de pneumotórax-frenicectomia, aos quais fêz estudos rádio-quimográficos seriados, e nalguns dêles durante bastante tempo, tendo verificado a eficácia da segunda intervenção só naqueles casos (seis da sua casuística) onde a acção do diafragma influenciava os movimentos respiratórios das lesões. Nalguns desses casos pôde assim verificar-se, conforme tem sido apontado por outros autores, como a acção daquele músculo se pode estender até bastante alto no parênquima pulmonar e impedir, dêste modo, o repouso necessário para que as lesões cicatrizem, o que o pneumotórax só, não poderia realizar, em virtude de aderências que lhe impediam a sua aplicação eficaz.

J. ROCHETA.

As primeiras vias respiratórias nos bronquiectásicos. (*Le prime vie respiratorie nei bronchiectasici*), por R. MOTTA. — *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano III. N.ºs 7-8. 1939.

Tem-se discutido muito a importância que possa ter, para o aparecimento das bronquiectásias, a existência de lesões inflamatórias ao nível dos seios para-nasais (maxilares, frontais, etmoidais e esfenoidais), sabido como as secreções que nelas originam se escoam para as narinas e daqui rapidamente podem atingir as vias brônquicas; alguns autores até, não só impressionados com esta fácil comunicabilidade das vias aéreas superiores e inferiores, mas ainda pelo facto da frequência muito elevada de lesões sinusais em bronquiectásicos, admitem a hipótese que uma parte destes devem a sua afecção brônquica àquelas lesões.

O A. teve ocasião de estudar vinte e três doentes com bronquiectásias, sob o ponto de vista das lesões das primeiras vias respiratórias, e de uma maneira geral pode dizer-se que o resultado da sua observação não confirma de nenhum modo a hipótese daqueles que admitem um nexu íntimo entre as

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidr carbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afecções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estômago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

duas zonas das vias respiratórias. Só em três casos existiam alterações nasais — polipos do meato médio do lado oposto ao da lesão brônquica, apagamento etmóido-maxilar esquerdo em bronquiectásias também bilaterais. A mucosa nasal e faríngea em geral apresentavam-se hiperêmicas, mas sem qualquer particularidade digna de nota; por seu lado as amígdalas também nada tinham que referir especialmente. Simplesmente o sistema pneumático para-nasal se mostrava, em regra, mais desenvolvido que a média normal.

J. ROCHETA.

Notas a-propósito de alguns endometriomas. (*Remarques à propos de quelques endométrïomes*), por MOCQUOT, PALMER, MORICARD e MAZINGARBE. — *Mémoires de l'Acad de Chirurgie*. Vol. LXX. Pág. 988. Junho de 1939.

Os AA. fazem algumas considerações sobre os nove únicos casos de endometriomas ou de adenomiomas que apareceram no Serviço de Ginecologia do Hospital Broca (Paris), durante os últimos três anos.

O número de laparotomias ginecológicas naquele período foi de quatrocentas e setenta e duas, donde se conclue que a frequência da endometriose foi bastante rara.

O diagnóstico pré-operatório só foi feito duas vezes; três casos foram diagnosticados pelo aspecto macroscópico durante a operação; os restantes foram revelados pelo exame histológico, a que aliás têm por hábito sujeitar todas as peças operatórias.

Depois de uma descrição resumida das suas observações, os AA. fazem várias considerações sobre a endometriose. Dizem que o diagnóstico não pode ser feito com certeza senão pelo exame histológico; no entanto, pode haver grande probabilidade se o tumor for doloroso durante a menstruação (principalmente nos últimos dias) e se aumentar de volume durante esse período.

Nem todos os quistos de alcatrão ou de chocolate, quer sejam do ovário, quer se encontrem perto de endometriomas, são endometriomas. Por outro lado o microscópio pode vir a mostrar que aquilo a que pelo exame macroscópico se podia chamar fibromioma banal, salpingite, quisto do ovário, não é senão endometrioma.

Chamam a atenção para a diferença entre endometrioma e adenomioma: o primeiro compreende as formações ectópicas, constituídas por tubos glandulares em continuidade ou a distância do endométrio, revestidos de epitélio cilíndrico, análogo ao do útero e assentando em um córion citogéneo.

O adenomioma desenvolve-se, principalmente, em órgãos com fibras musculares, onde se desenvolvem fibras musculares lisas, epitélio e tecido citogéneo, estes com as características dos da endometriose.

A analogia entre uns e outros repousa sobre os caracteres morfológicos e funcionais.

Os AA. não observaram, nos endometriomas estudados, sinais clínicos ou histológicos de degenerescência maligna. Não tiveram recidivas, excepto provavelmente em um caso.

F. DE ALMEIDA.

Sobre um caso de endometriose vaginal tendo evoluído no decurso de uma gravidez. (*Sur un cas d'endométriose vaginale ayant évolué au cours d'une grossesse*), por PORTES, FRANÇOIS e VARANGOT. — *Bull. de la Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique*. N.º 7. Pág. 467. 1939.

Tratava-se de uma mulher de 32 anos de idade, que no passado genital não tinha de anormal senão um abôrto espontâneo, de 2 meses e meio, havia já oito anos.

Estava grávida de sete meses (por consequência, segunda gestação) quando a parteira, ao fazer um toque, encontrou sangue na vagina. Observada pelos AA., foi por êles notada a existência de um tumor ulcerado no fundo de saco lateral direito da vagina, do tamanho de uma noz grande, alongado de diante para trás. Feita imediatamente uma biópsia, o resultado foi: *epitelioma espino-celular da vagina*.

Depois dêste diagnóstico, o Dr. Lacassagne viu a doente e observou os cortes histológicos; recomendou abstenção de qualquer terapêutica até ao parto e fazer então novo exame histológico.

A extracção do feto foi por cesariana, que os AA. aproveitaram para fazer o primeiro tempo de extirpação total da vagina, a concluir depois de conhecido o resultado da segunda biópsia; esta foi feita quatro dias depois da cesariana. A resposta veio completamente diferente da da primeira: *endometrioma típico da vagina*.

O êrro no diagnóstico histológico foi motivado pelas transformações decíduais que sofre o estroma da endometriose, com aumento crescente do tumor e apagamento dos elementos epiteliais.

Os AA. chamam para o caso a atenção dos histologistas ao diagnosticarem carcinoma da vagina durante a gravidez, pois as endometrioses parece serem mais freqüentes do que se pensa.

O diagnóstico clínico neste caso não foi possível fazê-lo, porque as endometrioses se manifestam quando a mulher é menstruada; aqui, em amenorrea gravídica, o único sintoma foi a hemorragia ao fazer o toque.

Os AA. são de opinião que a cesariana está indicada nestes casos, para evitar a dilatação do tumor sangrante da vagina; a castração, que êles, aliás, praticaram com outra idea, também deve seguir a extracção do feto, por só assim se ter a certeza de curar a endometriose, sempre grave nestas localizações latero-cervicais.

F. DE ALMEIDA.

Colecistite aguda. (*Acute cholecystitis*), por FRANK GLENN. — *Surg., Gyn. and Obstetrics*. Vol. LXIX. Pág. 431. 1939.

Trabalho baseado no estudo dos duzentos e dezanove doentes com colecistite aguda, que passaram pelo New-York Hospital nos últimos seis anos e foram operados por, pelo menos, doze cirurgiões diferentes.

O tratamento operatório, que há vinte anos só se praticava depois de os sintomas agudos terem desaparecido, tem a pouco e pouco dado lugar à intervenção imediata. A série de casos que o A. apresenta, vem confirmar esta maneira de ver.

O diagnóstico foi sempre feito cuidadosamente. Em alguns casos havia, nos antecedentes, história de cólicas biliares freqüentes, outras vezes a história nada dizia a êsse respeito. A dor era forte, localizada ao quadrante superior direito e podia irradiar para o ombro ou costas; era bastantes vezes acompanhada, no início, de vômitos e enjoos. Em alguns doentes havia somente hipersensibilidade e rigidez muscular no dito quadrante. A vesícula palpava-se em muitos casos, como uma massa mole e distendida. Pulso rápido, febre ligeira, leucocitose. Quando a doença se tinha iniciado havia mais de vinte e quatro horas, era freqüente um ligeiro grau de icterícia.

Nem sempre foram encontrados todos estes sintomas; por vezes havia apirexia, a leucocitose era normal e até mesmo ausência de quaisquer sinais agudos; o diagnóstico foi feito ou durante a operação, ou pelo anátomo-patologista. O diagnóstico diferencial entre colecistite aguda simples e complicada, também por vezes foi muito difícil e só foi esclarecido pela intervenção.

A vesícula apresentou-se, de uma maneira geral, avermelhada, distendida, de paredes espessas e edemaciadas; continha cálculos e bilis descorada ou pus sob pressão. Ao ser observada com cuidado, encontraram-se, por vezes, zonas de necrose, de gangrena ou mesmo perfurações mais ou menos limitadas pela aderência de algum órgão em tórno. A zona habitual de perfuração era o fundo da vesícula, talvez pela sua irrigação defeituosa.

Pelo exame a que o A. procedeu, chegou à conclusão de que a intervenção imediata não agravou o prognóstico nos casos não perfurados. A mortalidade aumentou com a idade do doente e foi tanto mais elevada quanto há mais tempo se havia iniciado a doença da vesícula.

Dividiu as histórias clínicas que estudou por três grupos e chegou às seguintes conclusões: a colecistite aguda simples, figurou em 73,6% dos casos, com uma mortalidade de 2,5%; com gangrena em 18,7%, dos quais morreram 2,4% e as perfuradas foram 7,7% e morreram 11,1%.

O tratamento foi sempre a colecistectomia, a não ser quando havia alguma contra-indicação: perfuração seguida de peritonite, ou a vesícula de tal modo aderente aos órgãos em tórno, que havia quasi a certeza de os lesar se se tentasse a colecistectomia, ou então um estado geral grave.

A intervenção, por vezes, foi muito difícil (abscesso peri-colecístico, etc.).

Dos duzentos e dezanove casos observados, em duzentos foi feita colecistectomia e em dezanove colecistostomia. O coledoco foi explorado sempre que havia suspeitas de cálculos; em nove havia cálculos, que foram extraídos.

F. DE ALMEIDA.

A sinfisiotomia subcutânea. Com especial referência às suas indicações actuais. (*La sinfisiotomia subcutánea. Con especial referencia a sus indicaciones actuales*), por RAFAEL ORIHUELA. — *Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*. N.º 10. Pág. 517. 1939.

A indicação da sinfisiotomia pode ser posta ou já durante os últimos meses da gravidez, ao encontrar uma bacia apertada, ou então durante o parto, quer se trate de um apêto que só então foi observado, quer de desproporção feto-pélvica, ou ainda de atitude viciosa.

Além destas indicações, existem outras novas que têm sido trazidas pelas Escolas cubana e argentina. No entanto, o A. lembra que para tôdas há dois factores indispensáveis: um diâmetro promonto-púbico mínimo maior que 8 cms. e o feto vivo ou suposto vivo.

Refere-se ao trabalho de Garcia Marruz, onde êste autor diz ter resolvido pela sinfisiotomia defeitos de flexão da cabeça desproporcionada ou ligeira viciação óssea materna, ou ainda de dilatação estacionária, por falta de contacto polar com o colo, devido a desproporção feto-pélvica.

Entre as indicações secundárias cita também as situações encravadas, em que uma aplicação de *forceps* pode trazer graves conseqüências; a cabeça última desproporcionada também é uma indicação, assim como a procidência irreductível do cordão, os casos em que o abaixamento dos ombros não é possível, etc.

Cita estatísticas cubanas, por exemplo a de Ramirez Olivella e Ortiz Pérez, de cento e sessenta e duas sinfisiotomias, com uma morte materna, por septicemia, não conseqüência da operação, e 2 % de morte fetal.

O A. chama a atenção para o exame minucioso, que deve preceder tôda a decisão de sinfisiotomia, averiguar se a distócia não será devida ou complicada por hipertonia do útero, generalizada ou localizada a determinada zona e que se combaterá com morfina ou espasmalgina; se, pelo contrário, haverá hipotonia, e então se tornará necessário lançar mão da pituitarina; se haverá desvios do eixo do útero, neoplasia, infecção; circular do cordão ou cordão curto, etc.

O A. faz, seguidamente, um resumo das várias técnicas empregadas até chegar às usadas actualmente: a de Zarate e a de Ortiz Pérez. Estas últimas têm sôbre as que as precederam a vantagem de não seccionarem completamente os ligamentos da sínfise púbica, pois conservam um freio cirúrgico formado em cima pelo entrecruzamento das fibras aponevróticas dos músculos grandes oblíquos do abdômen, em baixo por uma parte do *arcuatum* e atrás por parte do ligamento posterior.

Faz a descrição da operação de Zarate, na qual se usa um canivete fino e deve ser executada com muita cautela e com uma dextreza e conhecimentos da região «exquisitas». O A. pratica sempre a modificação de Zarate feita pelo seu compatriota Ortiz Pérez, que usa um canivete rombo. Em resumo, a técnica é a seguinte: anestesia local ou geral (protóxido de azote). Sonda mole na uretra. Dois ajudantes sustentam as pernas da parturiente, em posição obstétrica. Introduzem-se na vagina os dedos indicador e médio esquerdos, para afastarem a uretra para o lado e reconhecerem o bordo superior da sínfise. A meio da sínfise, introduz-se, perpendicularmente a ela, um canivete vulgar com a lâmina para o lado da vulva; depois de ter atingido o plano ósteo-articular, leva-se a ponta do bisturi para cima, até à parte mais elevada da sínfise, introduz-se na articulação e dá-se-lhe depois um ligeiro movimento de lateralidade. Retira-se o bisturi para o substituir por outro de ponta romba, que se introduz pelo trajecto aberto até à pequena cavidade feita na sínfise. Incisão da articulação para baixo até ao *arcuatum*. Os ajudantes vão deixando, gradualmente, aumentar a abdução das coxas. Se não se obtiver separação apreciável, seccionam-se mais umas fibras superiores, ou inferiores, ou posteriores, até se conseguir o afastamento desejado.

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA

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 insuficiências das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

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

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

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES : Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos à ovariectomia. Vômitos 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 aumentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovárico Antiamenorreico não obtiver resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovárico 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.^a a recorrer à **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



Nas primíparas o A. faz sempre episiotomia; também nas múltiparas, se se tornar necessário aplicar o *forceps*.

Na ferida da pele, na sinfisiotomia, coloca-se um agrafe ou passa-se um ponto de crina.

O A. praticou quinze sinfisiotomias; das mãis, treze ficaram bem, uma teve uma rasgadura total, depois da aplicação de *forceps* (sem episiotomia), e outra teve uma flebite ligeira; dos fetos, morreram dois, um por compressão do cordão, outro por intervenção tardia.

Diz que é lamentável uma intervenção tão simples não ser usada por mais colegas; ela arrasta desde há muito tempo uma carga de incompreensão, que não tem razão de ser.

E, para terminar: «*¿ cuánto conocimiento obstétrico se necesita para practicarla con todo éxito; para no apelar a ella en casos en que no está indicada!*»

F. DE ALMEIDA.

¿ Deve ser considerada operação inocente a «Symphysiotomia de Zarate»? , por ARNALDO DE MORAIS. — *Annaes brasileiros de Gynecologia*. Vol. VIII. Pág. 121. 1939.

Alguém afirmou, na tribuna da Academia Nacional de Medicina, que a operação de Zarate é inocente e o A. resolveu imediatamente pôr os incautos de sobreaviso.

Diz que desde a primeira sinfisiotomia, feita em 1777, existem duas das mais graves e freqüentes seqüelas «que collocam a intervenção entre operações de fortuna, excepcionalíssimas nas clinicas obstetricas orientadas scientificamente».

Aprécia uma série de trabalhos sôbre o assunto; Falsia, um discípulo do próprio Zarate, fez um estudo de cento e quatro sinfisiotomias; pois comparando os resultados por êle colhidos, com os obtidos pela cesariana em trabalhos de De Lee e de Stoeckel, a vantagem fica do lado da cesariana.

Chega a igual conclusão depois de analisar outros trabalhos sôbre o assunto, como os de Beruti e Leon, de Bengaléa. A-propósito de uma visita do Prof. Couvelaire ao Hospital de Rivadavia, dirigido por aquêlê último e ao ser-lhe mostrada uma doente operada por incontinência total de urina em consequência de sinfisiotomia, escreveu: «En souvenir de ma visite au service Gynecologique de Rivadavia et de la reconnaissance d'un accoucheur pour le chirurgien qu'à si bien réparé le mal des accoucheurs».

Analisa ainda mais trabalhos, por exemplo, do Prof. Pérez, de Buenos Aires, onde aparecem quasi tôdas as seqüelas da sinfisiotomia: incontinência parcial da urina, dificuldade em caminhar, prolapso genital, rasgaduras da vagina.

O A. conclue daquela série de citações por dizer que, «contra factos não há argumentos», e que êles são «o bastante para negar a innocencia da Symphysiotomia de Zarate».

F. DE ALMEIDA.

Observações anatómicas em setenta doentes de hospital, após morte súbita. (*Anatomic observations on seventy hospital patients after sudden death*), por JAMES R. LISA e JAMES FINLAY HART — *Archives of Internal Medicine*. Vol. LXIV. N.º 1. Julho de 1939.

O exame necrótico de setenta casos de morte súbita mostrou que a maioria das mortes foi de causa cardíaca, seguida, de longe, pelas causas cerebral, pulmonar e outras. No grupo das doenças cardíacas avultam o infarto miilar agudo do miocárdio (dez casos), a trombose coronária aguda (nove casos) e a miocardite infecciosa aguda (sete casos).

As lesões que determinaram o acidente mortal foram, em 89% das observações, de natureza vascular. A infecção desempenhou um papel importante. Assim, encontram-se freqüentes vezes lesões anátomo-patológicas de sífilis, reumatismo e endocardite aguda, bem como infecções pulmonares agudas e crônicas.

Do ponto de vista clínico, verificou-se que cêrca de um têtço das mortes correspondia ao diagnóstico em vida; em nove casos o diagnóstico considerou-se razoável, e nos restantes trinta e cinco a causa de morte passou completamente despercebida aos clínicos. As possibilidades de fazer um diagnóstico correcto, nestes casos, foram portanto de 1:2. Tal proporção poderia melhorar se alguns doentes permanecessem no hospital o tempo indispensável a um estudo mais profundo.

Os AA. afirmam que se atingiria maior freqüência de diagnósticos correctos se se tivessem em consideração as causas vasculares, ou melhor, cárdiovasculares, especialmente quando está presente uma infecção. Em vinte e cinco dos trinta e cinco casos não diagnosticados, os AA. atribuíram a morte a miocardite, quer pelas lesões de infarto miilar, quer pelas de miocardite tóxica aguda. Como em todos estes casos se verificou a existência de infecção, os clínicos poderiam ter diagnosticado mais correctamente se conhecessem melhor os factos apontados.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Prova da função glomerular pelo ferrocianeto de sódio: novos estudos. (*Test of glomerular function with sodium ferrocyanide: further studies*), por EDWARD J. STIEGLITZ e GARRETT PARK. — *Archives of Internal Medicine*. Vol LXIV. N.º 1. Julho de 1939.

Desde que Marshall e Graffin verificaram que os rins aglomerulares dum peixe (*Lophius piscatorius*) quasi não eliminavam ferrocianeto, procurou-se utilizar esta substância como prova da função do glomérulo.

A técnica que melhores resultados dá é a seguinte: injeção intravenosa de 0,5 grs. de ferrocianeto de sódio hidratado (o que representa 0,25 grs. de sal anidro), dissolvidos extemporaneamente em 10 cc. de água destilada-esterilizada. Colheita de urina, trinta, sessenta, cento e vinte, e cento e oitenta minutos após a injeção. Determinação da quantidade de ferrocianeto por titulação com um soluto de sulfato de cobre a 0,4%. Antes da titulação, acidifica-se a amostra com ácido sulfúrico concentrado. O ferrocianeto de cobre

resultante é um sal mais solúvel que o ferrocianeto férrico (azul da Prússia). Determina-se o final da reacção colocando umas gotas de soluto de cloreto férrico numa cápsula e transportando para esta uma gota da mistura primitiva, à medida que decorre a titulação. Enquanto existe ferrocianeto livre, forma-se imediatamente azul da Prússia; porém logo que todo o ferrocianeto precipitou sob a forma de ferrocianeto cúprico, a reacção do azul não se dá com rapidez. Assim, o ponto final da reacção pode marcar-se desde que a côr azul tarde quatro a cinco segundos no seu aparecimento. Calcula-se a quantidade de ferrocianeto sabendo que 1 cc. do soluto de sulfato cúprico precipita exactamente 0,0038 grs. ou 1,52 % da dose injectada (0,25 grs. de ferrocianeto anidro).

A solução a injectar deverá ser perfeitamente clara no momento da utilização.

Segundo os AA., a excreção do ferrocianeto segue paralela à da fenol-sulfonaftaleina, às provas de concentração e à da limpeza ureica.

A variação dentro das pessoas normais não atinge grandes valores. Baseados no estudo do ferrocianeto que fica retido no corpo, os AA. afirmam que a excreção é bastante uniforme durante todo o período da prova.

Na doença arterial hipertensiva sem mostras de nefrite, a formação glomerular está precoce e claramente perturbada. Nesta doença a curva de percentagem de excreção é característica e mostra que a alteração glomerular oculta atinge a capacidade do glomérulo para excretar com rapidez certos solutos. Estes factos podem conduzir à concepção de que a perturbação glomerular é o factor primário na patogenia da doença hipertensiva.

Não deve usar-se esta prova nos casos de retenção urinária por hipertrofia da próstata e nos casos de lesões uretrais.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

O emprégo da mucina gástrica no diagnóstico da meningite epidémica. (*The use of gastric mucin in the diagnosis of epidemic meningitis*), por S. EDWARD SULKIN. — *The Journal of Infectious Diseases*. Vol. LXIV. Maio-Junho de 1939.

O êxito das culturas de líquido céfalo-raquidiano, na pesquisa de meningococo, depende do período da doença e da técnica empregada.

Quando se encontram raros meningococos no sedimento do *liquor* e, em especial, quando as culturas pelo método habitual permanecem estéreis, o A. propõe o uso do método mucina-ratinho de Miller. É uma técnica a usar especialmente em líquidos de doentes que previamente haviam recebido sôro anti-meningocócico por via raquidiana.

A marcha geral do exame do *liquor* é a seguinte :

Colhem-se dois ou três tubos de líquido espinhal, o segundo dos quais se utilizará para exame microscópico, culturas, inoculações no animal e determinação da glicose, e o terceiro para contagem dos elementos celulares. Rejeita-se habitualmente o primeiro tubo.

Centrifuga-se o líquido, a grande velocidade, durante dez minutos e decanta-se a porção que sobrenada, para ulterior exame quantitativo da glicose.

Fazem-se duas preparações do sedimento, que se coram pelo método de Gram. Uma parcela do sedimento serve para sementeira em meio de agar-sangue de coelho a 5% feito com caldo glucosado. Agita-se o restante sedimento com 5 cc. do líquido primitivo e metade desta suspensão deverá injectar-se no peritoneu de três ratinhos que servirão de testemunhas. Cada ratinho receberá 0,5 cc. da suspensão. A outra metade desta suspensão é de novo centrifugada durante dez minutos e o sedimento obtido agitado de novo com 2,5 cc. de mucina a 5% para se injectar intraperitonealmente noutra série de três ratinhos (0,5 cc. em cada). Depois de quatro, seis e doze horas, aspira-se com uma seringa o líquido peritoneal dos animais vivos e fazem-se preparações coradas pelo método de Gram.

Comparando os resultados dos exames microscópico, cultural e pelo método mucina-ratinho, verifica-se que este último é manifestamente superior.

O processo de Miller descrito ainda tem valor para estabelecer, com mais segurança que os até agora usados, o tempo necessário ao desaparecimento dos meningococos do *liquor* no decurso duma meningite.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Límites da biopsia da medula esternal. (*Limitations of biopsy of sternal marrow*), por E. V. KANDEL e G. V. LE ROY. — *Archives of Internal Medicine*. Vol. LXIV. N.º 1. Julho de 1939.

O exame da medula óssea adquiriu nos últimos anos uma grande importância.

Os métodos de observação têm variado desde a trepanação do esterno e colheita, por raspagem, para subsequente exame histológico, até à simples punção com uma agulha e aspiração por meio de seringa para obter esfregaços em lâminas. O último método é o preferido.

Não é tarefa simples a classificação das células nos esfregaços. Os valores normais de percentagem das diferentes células variam dentro de vastos limites. Não só de lâmina para lâmina, mas em cada uma destas, se obtêm contagens globulares que diferem largamente.

Para Kandel e Le Roy encontram-se poucos casos em que a presença de células normais na medula óssea obtida por punção esternal sirva de auxiliar no diagnóstico.

Dos vinte e oito casos estudados, só em três a punção esternal estabeleceu o diagnóstico de enfermidade não suspeitada pelo exame clínico.

É grande o valor negativo da biopsia, afirmando a não existência de doença da medula, mas também pode suceder que os esfregaços aparentem uma medula normal, ainda que se trate duma perturbação grave.

Os AA opinam que um exame clínico circunstanciado diminui muito o valor atribuído à biopsia da medula esternal. Esta representa apenas um elo mais da cadeia que constitui a observação integral do doente.

O conhecimento de que os preparados activos no tratamento da anemia perniciosa transformam a medula megaloblástica em medula eritroblástica

TRATAMENTO ESPECIFICO DE
HIPOFUNCIONAMENTO OVARICO

HORMOVARINE

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Empólas tituladas a 250 U. I.
Comprimidos doseados a 250 U. I.
Solução (Gótas) a 1.000 U. I. por cc.

Tratamento intensivo :

BENZOATO de DI-HYDRO FOLICULINA BYLA

Empólas de 1 cc. tituladas a 1.000 unidades internacionais
» » 10.000 » »
» » 50 000 » »

Etablissements BYLA— 26, Avenue de l'Observatoire, — PARIS

Amostras e literaturas nos Representantes :

Gimenez-Salinas & C.ª — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

dentro de vinte e quatro horas, permite o uso da punção esternal para a rápida avaliação da eficácia dum produto terapêutico.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

O significado patológico do megaloblasto. (*The pathological significance of the megaloblast*), por M. C. G. ISRAELS. — *The Journal of Pathology and Bacteriology*. Vol. XLIX. Julho de 1939.

Não são idênticas, para todos os autores, as células descritas com o nome de megaloblastos. Ainda maior controvérsia suscitou o significado destas células. Os continuadores de Ehrlich consideram-nas células providas de hemoglobina e que representam ou uma forma modificada de normoblasto ou um tipo completamente diferente. Os que admitem a opinião de Doan e Peabody julgam o megaloblasto uma célula sem hemoglobina, à qual o factor hepático é necessário para sua ulterior maturação. A introdução do método da punção esternal contribuiu largamente para a solução destes problemas.

O A. estudou a morfologia das células eritroblásticas da medula esternal em estados hiperplásticos do tecido eritropoiético e estabeleceu a caracterização dessas células, que classificou como pró-eritroblastos, normoblastos A, B e C, megaloblastos A, B e C, normócitos e megalócitos.

Os verdadeiros megaloblastos surgem apenas quando a hiperplasia é o resultado duma acção imperfeita ou nula do princípio antipernicioso. Nas outras condições aparecem apenas células da série normoblástica. Em todos os tipos de hiperplasia podem aparecer as células de mais atrasado desenvolvimento: pró-eritroblastos e hemocitoblastos.

O desenvolvimento normal da série vermelha deriva, provavelmente, do hemocitoblasto, que passa a pró-eritroblasto e depois a normoblasto de vários tipos (A, B e C). O megaloblasto também deriva do pró-eritroblasto, mas segue depois o seu desenvolvimento até à fase madura: o megalócito.

Os megaloblastos não surgem durante a maturação normal das células vermelhas, na vida extra-uterina; só comparecem se falta o princípio hepático. Na presença deste, por muito grande que seja a necessidade de glóbulos vermelhos, a proliferação é sempre de tipo normoblástico.

Dos diferentes exames realizados conclue o A. que na medula óssea normal a percentagem total de eritroblastos — quasi constituída por normoblastos B e C — não vai além de 30 0/0, e é geralmente de 10 0/0.

As hiperplasias eritroblásticas podem, com o auxílio da punção esternal, classificar-se em dois grupos:

1.º — Anemia perniciosa, anemia perniciosa da gravidez e anemia acrésica, em que se encontram pró-eritroblastos e hemocitoblastos numerosos, e normoblastos em escasso número, sendo especialmente raro o tipo A destes últimos.

2.º — Todos os outros estados, em que a medula óssea mostra pró-eritroblastos e hemocitoblastos, e grande número de normoblastos, inclusivamente do tipo A; não se encontram megaloblastos neste segundo grupo.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Sobre a duração da imunidade contra a difteria. (*Ueber die Dauer der Immunität gegen Diphtherie*), por JULIUS SIGURJÓNSSON. — *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*. Vol. CXX I. Outubro de 1939.

São já numerosos os relatórios acêrca da eficácia da vacinação anti-diftérica e do seu modo de avaliação.

A-pesar das críticas assacadas à prova de Schick como processo de investigar a imunidade contra a difteria, o A. não hesitou e.n empregá-la e louva os seus bons resultados.

O aumento dos casos de difteria em Reykjavík (Islândia) no ano de 1935, levou a uma larga vacinação nesse mesmo ano. Em 1939 praticaram-se provas de Schick nas crianças das escolas, a-fim-de avaliar o grau de acção da vacina injectada quatro anos antes.

Das crianças de 7 a 13 anos de idade que não haviam sido vacinadas, 7,81 a 19,3 0/0, isto é, em média 10,4 0/0, foram Schick-negativas, percentagem semelhante à obtida nas provas feitas em 1935. O estado de imunização entre os não vacinados é, portanto, o mesmo de há quatro anos.

Entre oitocentas e sessenta e sete crianças vacinadas há quatro anos com duas injeccões de toxóide precipitado pelo hidróxido de alumínio, 66,3 0/0 foram, desta vez, Schick-negativas, enquanto que oito meses depois da vacinação haviam sido 95,4 0/0 negativas. Entre quatrocentas e oitenta e três vacinadas com uma só injeccão da mesma vacina, só 19,5 0/0 foram Schick-negativas, e, entre cento e trinta e quatro injectadas com duas doses de anatoxina formolizada de Ramon, 26,12 0/0 apresentaram-se Schick-negativas, em opposição a 80,7 0/0 negativas oito meses após a vacinação.

Noutra série de crianças, passaram de Schick-negativas a positivas, no decorrer de quatro anos: 26 0/0 com a dupla injeccão de toxóide-alumen; 68,2 0/0 com a dupla injeccão de anatoxina formolizada e 50 0/0 pelos processos naturais.

Vê-se, pois, com a prova de Schick, nas crianças, que, em Reykjavík, é fraca e passageira a imunidade adquirida naturalmente, o que resulta talvez das escassas possibilidades de infecção e leva a aconselhar a vacinação generalizada.

A imunidade adquirida por vacinação foi muitas vezes também de curto prazo, em especial quando se emprega a técnica duma injeccão única.

Pelo que respeita à prova de Schick, o A. julga-a, para fins epidemiológicos, completamente satisfatória.

CANDIDO DE OLIVEIRA.

Tratamento da fractura da rótula pela sua extirpação. (*Tratamento da fractura da rótula por extirpação da mesma*), por MILTON WEINBERGER. — *Brasil Cirúrgico*. N.º 1. Setembro de 1939.

Os resultados do tratamento cirúrgico da fractura da rótula, principalmente dos casos de fractura transversal com grande afastamento dos fragmentos, justamente aquêles onde a indicação operatória é formal, nem sempre se podem classificar de óptimos.

As melhores técnicas de síntese, metálica ou não, as melhores *cerclages*, são seguidas muitas vezes de osteoporoses dolorosas, calos fibrosos e rigidez articular mais ou menos pronunciada. Por isso a técnica original de Brook, fazendo a extirpação completa do ôsso fracturado, apresentada por êste autor em 1938 e baseada em trinta casos assim operados, com excelente resultado, foi bem recebida e iniciada em todos os centros cirúrgicos.

O A., depois de estudos sôbre a morfologia e anatomia comparada, ocupa-se minuciosamente do papel da rótula na articulação do joelho, chegando às seguintes conclusões:

A rótula é uma parte do esqueleto herdada filogeneticamente e a sua função não exerce influência nem sôbre a formação nem sôbre o seu crescimento. No homem não desempenha função importante e, a-pesar-de teóricamente dever aumentar a potência do quadricípede, na prática existe séria dúvida acêrca do seu valor mecânico como auxiliar dos movimentos da articulação. É um remanescente morfológico que tende a diminuir e a desaparecer.

Modificou-se para tomar parte nos movimentos do joelho; porém a sua presença constitue um incidente e está longe de ser um auxílio aos movimentos da articulação.

A experiência e várias provas originais realizadas (articulações de cadáveres frescos ligadas a tambores de Marey) demonstram que a sua ausência em nada perturba a eficácia da articulação do joelho e, se alguma modificação existe, é no sentido de aumento da mesma, quer quanto a rapidez, quer quanto a fôrça, quer ainda quanto ao movimento.

O exame cuidado dos trinta doentes de Brook mostrou a plena actividade funcional da articulação, sendo impossível encontrar qualquer diferença, que joelhos tapados, não mostrando portanto a cicatriz, permitisse descobrir o lado operado.

A técnica operatória é simples; após quarenta e oito horas sôbre o acidente pode-se operar. Incisão vertical ou arciforme tombando sôbre o foco, extirpando-se a rótula ou os seus fragmentos, da cápsula fibrosa. O tendão do quadricípede é cuidadosamente suturado com pontos separados a fio de sêda. Levante ao segundo dia. Início da mobilização ao décimo dia, que aos vinte a vinte e cinco dias já deve ser completa.

CARNEIRO DE MOURA.

O hemoperitoneu espontâneo no homem. (*L'hémoperitoine spontané chez l'homme*), por H. MONDOR e CL. OLIVIER. — *Journal de Chirurgie*. T. LIII. N.º 1. Janeiro de 1939.

O hemoperitoneu espontâneo foi durante muito tempo considerado como só existindo no sexo feminino. A gravidez extra-uterina explicou de início todos os casos, depois descobriram-se hemoperitoneus sem gravidez, mas era ainda o aparelho genital que estava em causa. Assim, a conduta cirúrgica habitual era a laparotomia infra-umbilical, que expunha perfeitamente a origem das hemorragias e as permitia tratar convenientemente.

Os AA. lembram que, na realidade, o hemoperitoneu espontâneo no ho-

mem, sendo muito mais raro, não merece todavia a reputação de lesão excepcional. O seu diagnóstico clínico não é impossível, em especial se se tiver presente a possibilidade da sua existência, podendo deixar entrever possibilidades de cura brilhante, em especial se a hemorragia vier duma artéria do estômago ou do baço.

De-facto, a sua origem encontra-se quasi sempre numa viscera cheia ou dum vaso de andar superior do abdómen; por isso o tratamento cirúrgico deve começar pela incisão supra-umbilical.

Os AA. dizem que a maior parte dos cirurgiões, intervindo num ventre cheio de sangue duma mulher, têm imediatamente a orientação correcta das lesões a tratar; mas, pelo contrário, no homem, têm procurado sem método, feito explorações tardias e incompletas. Muitas vezes se tem fechado o ventre sem descobrir a origem da hemorragia; por isso os AA. acham justo passar em revista as causas. E apontam: os hemoperitoneus espontâneos de origem esplênica, em que o paludismo representa um papel importante no capítulo das rupturas do baço. O aforismo: dor na espádua esquerda + sinais de hemorragia interna = ruptura do baço, guarda todo o seu valor no sexo masculino. Os hemoperitoneus de origem vascular são sempre de origem arterial por ruptura dos ramos do tronco celíaco, artérias esplênica e hepática, artérias arteriomáticas, lesões de arteriosclerose e artérias do círculo arterial do estômago. Os mais importantes são: a ruptura espontânea de aneurismas da artéria esplênica, a ruptura espontânea dos vasos do círculo arterial do estômago em hipertensos e a ruptura espontânea do aneurisma da porção hepática da artéria hepática. Há que mencionar ainda os casos de ruptura espontânea do fígado, ruptura dum tumor deste órgão ou dum aneurisma intra-hepático.

No diagnóstico de tôdas estas lesões apontadas, o êrro mais frequentemente cometido (duas vezes sobre três) é pensar-se na úlcera perforada, na apendicite e na pancreatite hemorrágica.

Os AA. insistem em que, demonstrado o hemoperitoneu, que muitas vezes o será até por surprêsa operatória, há que vencer as dificuldades que possam existir na determinação da sede exacta da hemorragia. Para isso é necessário conhecer duma maneira precisa os gestos e até a ordem de os executar. Deve-se introduzir de incio a mão na loca esplênica para palpar o baço; se esta exploração e a do pedículo do baço são negativas, deve-se procurar com cuidado a existência dum hematoma dos mesos do estômago e o estado das artérias das curvaturas, verificando a ausência de sangue na cavidade posterior dos epiploons; só então se passará ao fígado, vesícula biliar e pedículo hepático.

CARNEIRO DE MOURA.

A pneumopielografia na calculose urinária. (*La pneumopielografia nella calcolosi urinaria*), por GIOVANNI BRAVETA. — *Archivio Italiano di Urologia*. Abril de 1939.

A pneumopielografia, aplicada ao diagnóstico da calculose urinária, é um método que merece ser mais correntemente aplicado e ter uma maior divul-

gação, dado que em alguns casos é indispensável e em outros é muito útil, não só com fins diagnósticos, mas até terapêuticos.

Se se empregar o processo com a sua técnica apropriada, que de resto é fácil de executar, não oferece perigo de maior.

Especialmente quando a sintomatologia clínica é favorável à calculose, e esta não aparece ao exame habitual, deverá pensar-se na calculose transparente e executar a injeção de ar pelo cateter ureteral.

O A. recorda neste artigo a história da pneumopielografia e apresenta no fim os seus casos, muito bem documentados, em que se descobriram cálculos permeáveis aos raios X, e outros em que a localização do cálculo foi assim mais perfeita.

CARNEIRO DE MOURA.

Indicações e vantagens do esmagamento do nervo frénico, no tratamento das grandes eventrações. (*Indicaciones y ventajas de la frenico-estrangulación en el tratamiento de las grandes eventraciones*), por JOSE JORGE e O. BERISSO. — *Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. Sessão de 27 de Setembro de 1939.

Os AA. recordam o grave problema que representa para os cirurgiões a cura das grandes eventrações, não só pelo seu tamanho exagerado, como pelo estado dos tecidos em que se vai operar e ainda pelo facto de não existir já muitas vezes capacidade abdominal suficiente para albergar órgãos que de há muito já lá não tinham domicilio. Por isso pensaram resolver o problema pelo lado do aumento da capacidade abdominal, dado que as técnicas de sutura da parede foram esgotadas na maior parte dos casos.

Resolvido o problema do aumento da capacidade abdominal, as manobras operatórias seriam muito mais fáceis e a parede abdominal tornar-se-ia suficientemente elástica para permitir, com êxito, a cura da parede herniária. Para isso pensaram que a inibição temporária do nervo frénico, dando a paralisia do hemi-diafragma correspondente, que se traduz pela elevação do mesmo, seria um passo em diante nesta terapêutica tão difícil.

O nervo frénico é o único nervo do diafragma, e tem a seu cargo não só o movimento do músculo, como também a correspondente nutrição, de modo que a sua secção paralisa a parte correspondente, provocando também a atrofia. O nervo frénico, mais que um nervo é um sistema, formado pelo frénico principal, pelos parafrénicos ou frénicos acessórios e pelas anastomoses simpáticas. Por isso a sua secção, nestes casos, pode substituir-se com vantagem pela interrupção temporária da função, dando atrofia parcial e regeneração do músculo. De resto, esta preocupação foi sempre posta em relêvo pelos cirurgiões torácicos (Alexander, Coryllos).

No entanto, para se obter a paralisia completa do diafragma têm que se interromper tôdas as vias do sistema frénico, não se contentando só com o frénico principal, mas procurando os frénicos acessórios, em especial o ramo subclávio que vem do 5.º cervical. Por êsse motivo os AA. de há muito abandonaram as micro-incisões estéticas, que tanta voga tiveram em outras épocas, e, dado que o seu objectivo é ampliar a cavidade abdominal para facilitar a

redução e contenção das vísceras, procuram o frénico principal, que estrangulam com um nó de *catgut* n.º 0, depois de terem sectionado os frénicos acessórios.

A inibição do nervo não é definitiva, como seria a sua secção ou arrancamento, e mantém-se de 4 a 6 meses, o que é suficiente para os fins que pretendem, pois a seguir realiza-se a operação plástica.

Nunca tiveram inconvenientes com a frénico-estrangulamento, em especial complicações pulmonares post-operatórias.

CARNEIRO DE MOURA.

Tratamento das hidronefroses e da dor renal pela enervação do rim.
(*Treatment of hydronephrosis and renal pain by denervation of the Kidney*), por GUNNAR BAUER (Suécia). — *Acta Chirurgica Scandinavica*.
Outubro de 1939.

Os casos de dor renal persistente e intensa, em que os exames urológicos, os mais completos, nada revelam ou, quando muito, descobrem uma discreta hidronefrose sem causa mecânica, são, relativamente, frequentes.

Para o A. estes casos são explicados por um estado de espasmo ao nível dos músculos circulares dos cálices e bassinete, espasmo êste causado talvez por um excesso de influxo simpático para o rim. Baseado nesta teoria, com a qual está de acôrdo todo o trabalho experimental de Harris, operou onze casos.

Todos os seus doentes foram submetidos a exames urológicos completos e rigorosos, tendo a dor sido catalogada como nefralgia essencial em todos, excepto num, em que o estudo do esvaziamento piélico revelou um pequeno atraso de evacuação do líquido opaco num cálice isolado.

A operação foi a enervação renal instrumental minuciosa, com excelentes resultados. Desaparição do syndroma clínico doloroso, sem qualquer complicação post-operatória digna de nota. Os exames funcionais, algum tempo depois, mostraram que os rins enervados excretavam quantidades de urina normal.

Há todavia a notar que as observações apresentadas não têm mais que um ano, senão em quatro casos.

CARNEIRO DE MOURA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina do Porto

Abriam-se concursos para provimento dos lugares de assistentes dos 1.º, 3.º, 5.º e 8.º grupos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Hospitais

Escolar

Abriu-se concurso, pelo prazo de trinta dias, para provimento do lugar de analista do serviço de neurologia do Hospital Escolar de Lisboa.

Hospital-Faculdade de Lisboa

Iniciaram-se já os trabalhos de terraplenagem para a construção do novo Hospital-Faculdade de Lisboa, que deverá erguer-se nos terrenos limitados pela estrada de Palma de Cima, azinhaga do Asno e estrada de Malpique.

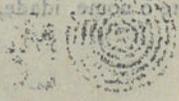
Da Universidade de Coimbra

Novamente se realizam as reuniões científicas do corpo clínico dos Hospitais da Universidade de Coimbra, promovidas pela Faculdade de Medicina. As sessões são às 21 horas tôdas as quintas-feiras.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

No dia 22 de Dezembro, às 21,36 horas, realizou-se mais uma sessão da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, a que assistiram representantes dos núcleos do Norte e Centro do País.

Apresentaram comunicações os Drs. Ferreira da Costa sobre «Novos horizontes da estomatologia», e Pereira Varela sobre «Relações da estomatologia com a obstetria».



Cursos sobre tuberculose pulmonar

Na Estância Sanatorial do Caramulo realizam-se anualmente dois cursos sobre tuberculose pulmonar, nas férias do Natal e da Páscoa, e destinados a grupos de vinte médicos.

O primeiro curso, que, como os outros, será dirigido pelo Dr. Manuel Tapia, durará dez dias, a contar de 12 de Dezembro, e tratará dos assuntos seguintes:

- a) Formas anátomo-clínicas e evolução da T. P.
- b) Diagnóstico radiológico da tuberculose.
- c) Diagnóstico clínico e radiológico diferencial.
- d) Prognóstico da tuberculose.
- e) Curabilidade da tuberculose.
- f) Tratamento quimioterápico.
- g) Colapsoterapia médica.
- h) Colapsoterapia cirúrgica.
- i) Métodos especiais para o tratamento das cavernas.

A inscrição é gratuita.

Instituto de Malariologia

O Dr. Francisco Cambournac tomou posse do lugar de director do Instituto de Malariologia, edificado em Águas de Moura pela Fundação Rockefeller. O Instituto era até à data dirigido pelo delegado da Fundação Dr. Rolla Hill.

A posse realizou-se no gabinete do director Geral de Saúde.

Instituto de Medicina Tropical

A Direcção do Instituto de Medicina Tropical publicou o anúncio seguinte:

«Pela Secretaria deste Instituto se anuncia que desde o dia 22 do mês corrente ao dia 2 de Janeiro p. f. das 12 às 16 horas, todos os dias úteis, está aberta a matrícula para as quatro cadeiras (Higiene, Climatologia e geografia médicas, Patologia exótica e clínica, Zoologia médica, e Hematologia e Protozoologia) que constituem o Curso de Medicina Tropical, devendo os candidatos à matrícula apresentar na referida Secretaria, dentro do mencionado prazo, os seus requerimentos, dirigidos ao Director do Instituto de Medicina Tropical, dos quais conste o nome, idade, naturalidade, filiação, resi-

dência (em Lisboa) e número do bilhete de identidade, instruindo-os com os documentos adiante citados: Pública forma da carta do curso de medicina passada por uma das Faculdades da Metrópole ou pela Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa ou ainda por qualquer Faculdade do Estrangeiro com categoria Universitária (Art. n.º 44.º do Regulamento do Instituto aprovado pelo Decreto n.º 29.532).

«Certificado de média final do curso de Medicina; declaração com a assinatura devidamente reconhecida, nos termos do Decreto-lei 27.003 de 14-9-36.

«O número de candidatos admitidos à matrícula será fixado por Sua Ex.^a o Ministro das Colônias (Artigo 45.º do mesmo Regulamento).

«O pagamento das propinas, que são de 120,500 por cada cadeira teórica e mais 50,700 por cada aula prática (Tabela n.º 1 anexa ao Regulamento) e a assinatura no livro da matrícula, terão lugar nesta Secretaria nos dias 3 a 6 de Janeiro p. f. das 12 às 15 horas.

«Para os combatentes da Grande Guerra as propinas são gratuitas.»

Prof. Maurice Favre

O Dr. Maurice Favre, professor da Faculdade de Medicina de Lyon, realizou, em 13 de Novembro, no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, uma conferência intitulada «Gânglio poradénico».

O conferente, apresentado pelo Prof. Celestino da Costa, falou especialmente sobre a anatomia patológica da linfoadenomatose inguinal.

— Os professores da Faculdade de Medicina ofereceram ao Dr. Favre um almôço de homenagem, a que assistiu o Ministro da França.

Homenagem a Júlio Deniz

Na Academia das Ciências realizou-se uma homenagem a Júlio Deniz, comemorativa do seu centenário.

Antes da sessão, a assembleia geral da Academia elegeu o Prof. Egas Moniz para o cargo de presidente no ano académico de 1940, e o Dr. Júlio Dantas para o cargo de vice-presidente.

Na sessão plenária e pública falaram o Prof. Egas Moniz e o Dr. Júlio Dantas.

— A Faculdade de Medicina do Pôrto associou-se à homenagem, promovendo uma sessão solene, a que presidiu o Prof. Celestino da Costa.

Discursaram os Profs. Fernando Magano, Luiz de Pina, Hernani Monteiro e Almeida Garrett.



Saúde pública

Nas freguesias do concelho de Vila Real afixou-se o regulamento para a execução dos serviços de saúde, que se dividiram pelos cinco partidos médicos seguintes:

1.º — Com sede em Vila Real e abrangendo, além desta cidade, as freguesias de S. Pedro, S. Deniz, Folhadela, Mateus, Arroios, Parada de Cunhos e Constantim.

2.º — Lamesas, Mouços, S. Tomé do Castelo e Valnogueiras.

3.º — Lordelo, Adoufe, Vilarinho da Samardá, Borbela, Mondrões e Vila Marim.

4.º — Quintá, Campeã, Vila Cova, Torgueda, S. Miguel da Pena e Lamas de Olo.

5.º — Abaças, Guiães, Nogueira, Ermida e Andrães.

— Está a concurso o lugar de director clínico do pósto médico do Instituto A. J. Gomes da Cunha, de Gondarém.

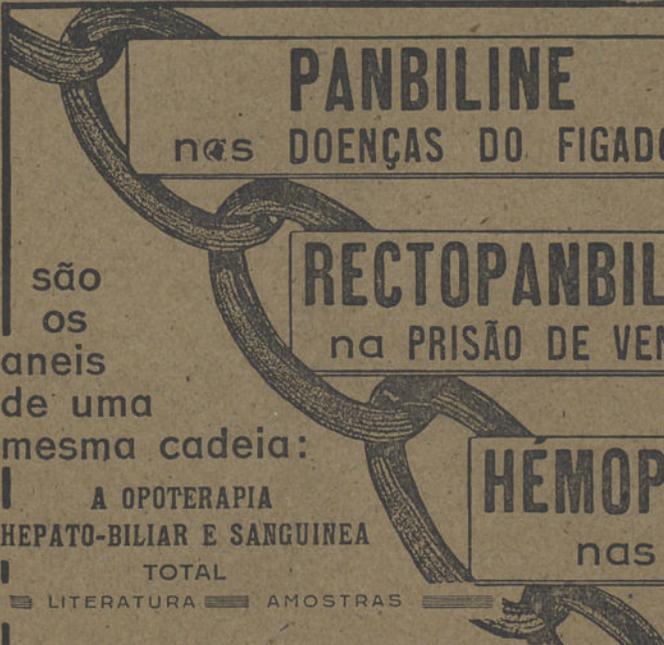
Saúde colonial

O major-médico Dr. Augusto Pereira Brandão deixou o cargo de director dos Serviços de Saúde da Guiné, para exercer idênticos serviços em Angola.

Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Dr. Jaime Rodrigues Braga, antigo combatente da Grande Guerra; e, no Telhal, o Dr. António de Paiva Gomes, médico do quadro colonial e antigo deputado e Ministro das Colónias.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA



Cal - De - A Wander

O novo produto para a calcioterapia intensiva, indicado em todas as perturbações de cálcio e de fósforo

Cada comprimido contem :

Fosfato bífásico de cálcio	0,4 grs.
Lactato de cálcio	0,2 »
Vitamina D (Unidades internac.) . . .	750
Vitamina A « »	500

Tubo de 20 comprimidos Esc. 18\$00

É UM PRODUTO WANDER

Depositários em Portugal:

Alves & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correios, 41, 2.^o Telefone P. B. X. 2 7653

Secção de Material Cirúrgico e de Laboratório

Largo do Chiado, 12, 1.^o Telefone 2 5362

LISBOA