Ano VII N.º 4 Abril de 1930

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

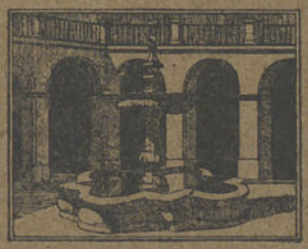
Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon STROPHANTUS

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia producem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc.

Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON**

Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

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

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do oleo de ricino vulgar

INDICADO PARA

CRIANÇAS · GRÁVIDAS · PUÉRPERAS

PREPARAÇAO DE M. GIMENEZ-SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

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

LISBOA

Sala 8
Est. 9
Tab. 1
N.º 88

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

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

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

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

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

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças occasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P.

Nº 1748
3 Julho 1923

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolamincarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinàriamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.
Por conseqüência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideràvelmente inferior
à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar
(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA
92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

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

ALIMENTOS | **ESPECIALIDADES**

ALLENBURYS

da fábrica ALLEN & HANBURYS, LTD., fundada em 1715

N.º 1 — *Lacteo, para recemnascidos*
N.º 2 — *Lacteo, dos 3 aos 6 meses*
N.º 3 — *Maltado, depois dos 6 meses e adultos*
Diet — *para dispepticos e velhos*
Biscoitos — *maltados, para o desmame*
Farinha — *para diabéticos, etc.*

Oleo de Fig. de Bac. — *com malte (Bynol)*
Parafina — *contra prisão de ventre*
Extracto de Malte — *puro (Torch)*
Pastilhas — *mentol, eucalipto, etc.*
Biberons — *o melhor modelo*
Sabonetes — *«Baby Soap», para péles finas*

Carne líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de rícino, etc.

APRECIADOS PELOS MÉDICOS
PREFERIDOS PELA ÉLITE

Folhetos, tabélas e impressos aos Ex.mos clínicos

TERMÓMETROS **HICKS** **GARANTIDOS**

CLÍNICOS marca registada **GENUÍNOS**

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

A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo

PUREZA, POTENCIA e INALTERABILIDADE GARANTIDAS

SÃO as caracteristicas da supremacia e os fundamentos do apreço mundial da

INSULINA "A. B."

APROVADA pelo Ill.mo Prof. Dr. ERNESTO ROMA pela ASSOCIAÇÃO dos DIABETICOS pela MISERICORDIA DE LISBOA

e á de maior venda em Portugal

Frasquinhos de 5 c. c. (100 un. ou 10 dóses)
» » 5 c. c. (200 » » 20 »)
» » 25 c. c. (500 » » 50 »)

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

FABRICANTES UNIDOS:
ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.
Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1386. Teleg. DELTA
Sub-Agente no PORTO: M. P. SILVA, LOIOS, 36, Telefone 701

Distinguir as Pneumonias

segundo o método do Instituto Rockefeller, é considerado de uma grande importância por um grande numero de médicos. Tem sido repetidamente demonstrado que um tipo de pneumonia não dá a imunidade, relativamente a outros tipos. Um doente convalescente do grupo IV, por exemplo, póde contrair o Grupo I contagiado por outro doente.

Aplicada quente sobre tôda a parede toráxica, é o adjuvante que salva e cura no tratamento de **TODAS** as pneumonias e é igualmente eficaz nos

TIPOS I-II-III-IV.

Escritório, Séde e Laboratórios

The Denver Chemical MFG. Co., New-York

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

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Caes do Sodré, 8 LISBOA

Hämatopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da—LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

Telefone Trindade 2525

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com arsénio — brometo de calcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silicio — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável

CONTRA

GONORRHEA

Cystite

Molestias da Bexiga e dos Rins.

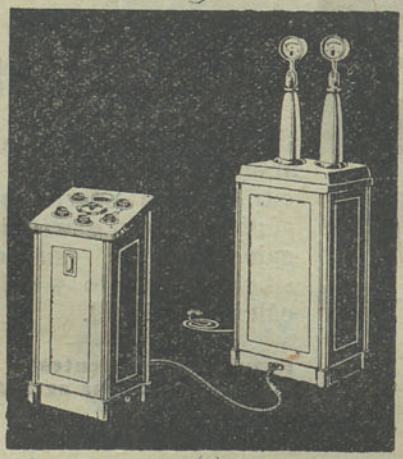
DISMINE FAVROT

Novo Remedio experimentado com o maior exito em Paris nos afamados Hospitaes Saint-Louis e Saint-Lazare.

DOSE:
3 capsulas pela manhã
3 — ao meio-dia
3 — ao deitar.

Agota a **corrimento**
Faz desapparecer as **dores**
Aclara as **urinas**

Laboratorios Doutor H. FERRÉ, 6, Rue Dombasle, Paris



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

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da

casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux Lampadas de arco

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

Amostras a disposição dos Ex mos Srs. Médicos

Representante: **LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.da**

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.º LISBOA

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÓ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções exija-se a assignatura *Exibard*

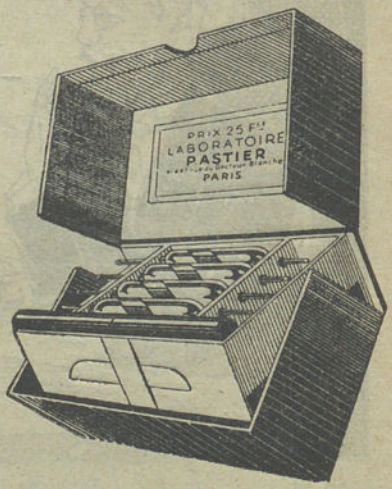
H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & Cie, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

2 novidades
em vacinoterápia

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

colitique

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



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

1) Outras formas: Injectavel e filtrado para aplicações locais.

stalysine

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

A STALYSINE injectavel constitúi a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com sucesso em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue do Docteur Blanche - PARIS
ou nos representantes para Portugal e Colónias
GIMENEZ-SALINAS & C.ª — R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa

SUMÁRIO

Artigos originais

Contribuïção para o estudo dos sarcomas dos ossos, por Custódio Cabeça, Luís Adão e Bernardo Vilar ..... pág. 179
Bradicardia septal permanente num caso de ectasia da aurícula esquerda, por Eduardo Coelho ..... » 192
O diagnóstico precoce da gravidez, segundo o método de Ascheim e Zondek, por José Filipe da Costa ..... » 202

Notas clínicas

Considerações sôbre a reacção de Gaté-Papacostas na doença do sono, por Waldemar Gomes Teixeira ..... » 209

Revista dos Jornais de Medicina ..... » 212
Biblioteca da «Lisboa Médica» ..... » 230
Notícias & Informações ..... » XXIII

CONTRIBUÏÇÃO PARA O ESTUDO DOS SARCOMAS DOS OSSOS

POR

CUSTÓDIO CABEÇA
Professor catedrático de clínica cirúrgica

LUÍS ADÃO e BERNARDO VILAR
Professor auxiliar — Assistente

O presente trabalho — orientado no desejo de colaborar no estudo ainda bastante vago do problema dos sarcomas dos ossos — assenta sôbre investigações clínicas com apoio laboratorial de uma série de 60 casos, que nos foi possível reünir em um período superior a 30 anos, incluindo, bem entendido, nos seus dois últimos decénios o nosso labor na 2.ª Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar.

Para os leitores desejosos de estatísticas opulentas bem pouco parecerá decerto; ainda assim — para seu sossêgo (e mais possìvelmente por patriotismo do que por ânsia de louvor próprio) — não deixaremos de referir que o *comité* americano encarregado de sistematizar, anotar e compendiar a casuística dêsse país conseguiu quando muito, na extensa massa global de doentes das clínicas hospitalares e privadas, apoiar as suas conclusões num grupo de 700 e tantos exemplares pacientemente recolhidos durante largos anos nos vários museus da especialidade.

Possui o nosso serviço, por motivo de afortunada coincidência, uma colecção de mielomas com diagnose clínica (e anátomo-patológica realizada em Portugal e confirmada no Instituto de Hamburgo) que poderá, sem exagêro, apontar-se como uma pre-

RÓMULO
CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

ciosidade no género, e, por isso talvez, mesmo única no mundo. Das restantes variedades (sarcomas osteogénicos, periósticos, etc.) tem também o nosso arquivo belíssimos espécimes, que servirão de ensinamento ou pasto de curiosidade scientífica aos que os desejem consultar.

Os exemplares (peças conservadas em frascos) pertencentes ao Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa foram cuidadosamente apreciados, e era igualmente nosso intuito, da vastíssima série de radiografias que supúnhamos arrecadada no Hospital de S. José, forragear elementos de merecida publicidade. Infelizmente, porém, todas as chapas de vidro tinham desaparecido numa liquidação deplorável para os interêsses da sciência.

*

* *

Vem já de longe o estudo dos sarcomas. Eram os tumores carnosos, a que faziam referência obras que bem merecem, hoje, apelidar-se de venerandas. Virchow, na sua patologia celular, divide-os em periósticos e centrais, e, embora pareça extremamente simplista esta maneira de agrupar, vamos encontrar Simon, de Breslau, no tratado de 1928, adoptando uma classificação, se mais perfeita na diferenciação histogenética e detalhes de estrutura, todavia bastante aproximada da primeira, pelo menos na sinonímia empregada. Kolodny, de Nova York, que subscreve os trabalhos do *comité* americano, e Ewing desdobram as designações por grupos numerosos e para a quási totalidade dos médicos da mais embaraçosa conservação mental.

Preocupou-nos, portanto, dando publicidade aos nossos casos, realizar um estudo de feição clínica e prática, que, apoiando-se na embriologia e fisiologia dos ossos, e concomitantemente na citologia e histogénese dos tumores, permitisse aos que o compulsassem uma leitura proveitosa.

GENERALIDADES

Todos os ossos são provenientes do elemento mesoblástico, embora, todavia, por evolução diferente. Uns passam pela forma conjuntiva e são os chamados ossos de involucro, estando contida

a medula dentro das malhas do tecido esponjoso. São dêste tipo os ossos chatos, que limitam a cavidade craniana. Pode, mesmo, dizer-se que todos os ossos desta variedade se encontram na extremidade cefálica e têm uma medula vermelha.

O maior número de ossos forma-se, porém, sôbre um molde cartilagíneo, produto directo da célula mesoblástica; assim, por exemplo: os ossos dos membros, os corpos vertebrais e alguns ossos da cabeça. Nos ossos chatos o desenvolvimento é directo; nos ossos compridos é denominado indirecto ou por substituïção; o molde aqui é constituído por cartilagem hialina, que desde o início é cercada por tecido conjuntivo realizando o chamado pericôndrio. O tecido cartilagíneo cresce ràpidamente e dêste modo se compreende que êsses segmentos do esqueleto atinjam as suas dimensões habituais antes mesmo de se iniciar a ossificação pròpriamente dita.

Além destas duas formas referidas atribui-se à clavícula uma génese especial, isto é: não provém êste ôsso directamente do tecido conjuntivo, nem é precedido por um molde cartilagíneo; antes procede de um tecido que Fischel apelida de precartilagem e que se encontra já mesmo em embriões de 15 mm. no sítio onde ulteriormente aparecerá o ôsso supracitado. Traços dêste tecido surgirão mais tardiamente no húmero e no fémur.

Em qualquer dos casos para que haja ôsso necessária se torna a presença de osteoblastos, que constituem, por isso, o grau mais elevado da diferenciação da célula mesoblástica. São estas células um elemento *sine qua non* das características de ossificação. Poderemos encontrar zonas de tecidos do nosso organismo calcificadas; a sua semelhança com o ôsso é apenas aparente; porquanto a calcificação é indício, quando muito, de uma aglomeração de sais de cálcio, infiltrando elementos celulares deminuídos de vitalidade ou até mortos. O ôsso é um produto da vida dos osteoblastos e quando estes morrem o ôsso ou desaparece ou se destrói então. A vida do osteoblasto, que atinge o seu limite na idade de 20 anos para a mulher e de 23 para o homem, está ìntimamente ligada com a função endócrina de várias glândulas como a hipófise, a tiroídea, o ovário e os testículos.

O ôsso que atingiu o seu completo desenvolvimento fica assim constituído por:

1) *Periósteo*, membrana fibro-elástica que envolve todo o ôsso, exceptuando os pontos revestidos de cartilagem;

2) *Córtex*, a parte dura, esponjosa, mais ou menos compacta;

3) *Camada osteogénica*, sub-perióstica, nos canais de Havers e no endósteo;

4) *Medula*, contida na cavidade própria do córtex.

A medula tem uma função linfo-hemopoiética, e, quando normal, pode apresentar qualquer dos três aspectos: vermelha, amarela e gelatinosa.

A medula vermelha enche os espaços areolares dos ossos chatos e as epífises proximais dos ossos compridos; a medula amarela encontra-se no adulto nas epífises distais dos ossos compridos, bem como nas suas diáfises, e é a conseqüência da infiltração e degenerescência gorda da medula vermelha, cuja transformação progride com a idade e a velhice. Em certos estados de enfraquecimento a medula amarela torna-se gelatinosa, conservando, porém, a faculdade de poder regressar ao seu primitivo estado.

O regime circulatório constitui uma rêde vascular sanguínea formada por arteríolas, capilares e veias muito abundantes, a que se liga igualmente um tecido adenóide com muitas células conectivas ramificadas realizando lacunas ou alvéolos, que estão cheios com elementos celulares de várias espécies. Nestes alvéolos o sangue caminha lentamente entre os elementos celulares da medula encostados lado a lado e regressa à circulação geral pelas vénulas e veias. Os elementos celulares, que entram na composição da medula, são fundamentalmente os linfócitos, os megacariócitos, os eritroblastos e os eritrócitos.

*

* *

Dêste rápido esbôço julgamos poder concluir que cada ôsso é um verdadeiro órgão constituído por vários tecidos, a cada um dos quais está reservada uma determinada função. Estes tecidos, embora provenientes todos da mesma célula mesoblástica, adquirem uma diferenciação, que os destaca e que jamais se altera ou substitui. Cada camada tem, pois, uma estrutura e uma função

DRYCO

O Leite Ideal
tratado pelos Raios
Ultra-Violetas

Proporciona ás crianças:

nutrição absoluta, facil digestão, perfeito desenvolvimento, ossos fortes, dentes sãos e alinhados, corpo vigoroso actividade e energia.

DRYCO

é leite e luz
alimento purissimo
e irradiação vital.

SPETON

PODEROSO DESINFECTANTE VAGINAL

O protector ideal para as mulheres

conhecido desde ha mais de 25 anos

Fabricante: **Temmler Werke**
BERLIN — JOHANISTHAL

Depositários exclusivos:
Henrique Linker, Ltd.ª
Rua de D. Pedro V., 32 a 36
LISBOA *Telefone* Trindade 2525

SINNODIN

(DR. BAUER)

A TERAPEUTICA DAS ENFERMIDADES REUMATICAS E INFLAMATORIAS

INJECÇÃO INTRA-VENOSA OU INTRA-GLUTEAL, INDOLOR, PARA OS DIFERENTES PROCESSOS REUMATICOS E INFLAMATÓRIOS, GOTA, NEVRALGIAS, MIALGIAS E IRITE.

SINNODIN não contem nenhum anestésico

Caixas com 6 ampolas de 2,1 c. c.

FABRICANTE: *Chemische Fabrik Milkal G. m. b. H.*, Altona-Hamburg

Amostras e literatura fornecem os agentes exclusivos para Portugal
HENRIQUE LINKER, L.da — R. de D. Pedro V, 32-34
LISBOA *Telefone Trindade 2525*

próprias. O periósteo é o involucro protector muito vascularizado e que bastante contribui para a nutrição dos ossos; o córtex dos ossos compridos e as lâminas dos ossos chatos realizam a arquitectura do nosso corpo e o involucro protector dos órgãos que contêm; a camada osteogénica é a parte indispensável para a formação do ôsso e realiza o grau da mais alta diferenciação do tecido ósseo; a medula é, finalmente, um órgão linfo-hemopoiético.

Se cada uma destas camadas tem uma finalidade fisiológica específica e até mesmo características de evolução para determinados estados patológicos, como sucede com a sífilis, por exemplo, justo é admitir que revelem, também, preferência para a localização de determinadas neoplasias. É certo que estas neoplasias não têm uma fórmula histológica própria, que os mesmos elementos celulares se podem revelar nos tumores desenvolvidos em camadas diferentes; mas é igualmente certo que hoje se tende cada vez mais a admitir que os sarcomas periósticos e osteogénicos, por exemplo, não têm elementos redondos, e alguns que aí se encontrem constituam, quando muito, mero acidente nada tendo com a evolução própria do tumor.

É êrro considerar-se o sarcoma desenvolvido nas partes moles, músculos ou aponevroses, como provindo da camada externa do periósteo. O primeiro é um tumor de células redondas originado em tecido linfóide; o segundo é um tumor de células fusiformes. No sarcoma perióstico, como no osteogénico, poderá dar-se uma infiltração de células redondas na periferia — como conseqüência talvez de qualquer causa irritativa ou até mesmo pela acção específica do raio X. Por sua vez os sarcomas da medula óssea, os mielomas, podem ter todas as variedades de células redondas, leucócitos e eritroblastos; mas só acidentalmente revelam células fusiformes. O polimorfismo celular dos sarcomas tem fácil explicação pelo grande número de elementos celulares sem estroma, pela compressão mútua dessas células, pelo volume dos seus núcleos e até mesmo pelo modo como foram cortadas as peças pelo micrótomo.

A evolução clínica é muito diferente segundo a localização; o sarcoma perióstico atinge um grande volume em muito pouco ou nada afectando a estrutura óssea, e sobrevindo mesmo a caquexia ou até a morte antes de o córtex ser atingido. Pelo contrário

o sarcoma osteogénico destrói toda a estrutura óssea na forma *osteolítica*, ou vai reproduzi-la nos tecidos vizinhos ou em metástases na forma *osteoblástica*. E, cousa curiosa — se é o osteoblasto a célula indispensável no ôsso, é o sarcoma desenvolvido à custa desta célula a forma mais destruïdora do tecido ósseo também. O sarcoma osteogénico pode também atingir grande volume, menor contudo do que nas variedades periósticas. Os mielomas, em qualquer das suas diferenciações, têm pequeno volume; às vezes pouco ou nada palpáveis.

Aqui o córtex é todavia lentamente destruído até a fractura ou revelando uma moleza de cartão, que permite poder enrolar-se o esterno ou uma costela invadidas por esta espécie de neoplasma.

A radiografia é um elemento que permite destrinçar as diferentes variedades dos sarcomas e as suas relações com as várias camadas de ôsso.

A acção terapêutica dos raios X é inteiramente diferente nos diferentes tipos tumorais. É profunda nos mielomas (muito embora de pouca duração) e nula nos sarcomas fusiformes.

*

* *

Faremos o estudo dos sarcomas dividindo-os nos seguintes grupos:

1) Sarcomas periósticos.	da camada externa;
	da camada interna;
2) Sarcomas osteogénicos	osteolíticos;
	osteoblásticos;
3) Mielomas ou centrais.	mielomas, cloromas;
	endoteliomas e sarcomas de células gigantes.

Os sarcomas, sôbre que baseamos o nosso trabalho (quási todos com história clínica, radiografia, exame histológico e de cuja maioria conservamos as respectivas peças) tinham as seguintes localizações:

Sarcoma	do maxilar superior	12
»	» » inferior	4
»	dos ossos da perna	12
»	dos dedos	6
»	dos côndilos femurais	9
»	do húmero	7
»	do antebraço	3
»	do peróneo	1
»	do pé	3
»	do radio	1
»	da omoplata	2

As observações, radiografias, fotografias dos doentes e das peças, bem como dos cortes histológicos serão insertas após o texto de cada grupo de sarcomas.

SARCOMAS PERIÓSTICOS

É o periósteo uma membrana fibro-elástica, que envolve todo o ôsso, excepto nos pontos onde se insere a cartilagem articular. Rico em vasos e nervos, possui êste involucro duas camadas:

1) *A externa* (ou fibro-elástica pròpriamente dita) é formada por feixes conjuntivos orientados em várias direcções; por fibras elásticas e por abundantes vasos e nervos;

2) *A interna* (também conhecida por osteogénica) é menos vascular e constituída por fibras elásticas finas, dispostas em rêde, em cujas malhas ficam contidos delgados feixes conectivos e também osteoblastos. A sua espessura vai progressivamente deminuindo no decorrer da idade até desaparecer.

Na camada externa originam-se sarcomas fasciculados, de consistência dura, e sarcomas de células redondas de consistência mole, e sob êste aspecto macroscòpicamente semelhantes à massa encefálica. Aderem ao córtex do ôsso, mas nunca infiltram os tecidos circunvizinhos. Podem atingir grande volume e mantêm-se quási sempre lateralizados. São tumores capsùlados, que podem dar metástases antes mesmo de a cápsula se romper. Não produzem ôsso de neoformação e algumas vezes até confundem-se

com sarcomas desenvolvidos nas bainhas musculares ou também nas aponevroses (figs. 3, 4, 7 e 8).

Na camada interna encontram-se, igualmente, duas espécies bem distintas de sarcomas correspondendo aos elementos celulares, que participam da sua constituïção. Uns realizam a variedade fasciculada, a que os osteoblastos em actividade acrescentam a presença de estrias ou agulhas em disposição perpendicular ao grande eixo do ôsso doente e característica dêste morbo (figs. 1, 2 e 11).

A outra variedade forma-se à custa dos osteoblastos existentes na camada osteogénica e situados entre o periósteo e o córtex. Estes tumores crescem empurrando e descolando o periósteo, que acaba assim por lhes servir de cápsula. Apresentam igualmente algumas estrias e em curto prazo destroem de fora para dentro a zona compacta, alastrando para a medula, onde continuam a proliferar, e então, quási sempre, com redobrada actividade. Pela sua origem esta espécie constitui um legítimo sarcoma osteogénico (figs. 9 e 10).

Os sarcomas periósticos externos alcançam um grande volume, como se pode ver pela fig. 7. E, porque comprimem o ôsso, privam-no naturalmente da sua habitual nutrição, entrando êste então a adelgaçar-se, curvando-se e acabando finalmente por se partir quási sempre. Os músculos empurrados pelo tumor amolecem, perdem a sua côr habitual e, mesmo até sem a mínima infiltração, quási se não encontram. A pele conserva a sua côr normal e fica isolada da cápsula neoplásica. À palpação revelam-se duros e fibrosos. Ao corte vemo-los umas vezes brilhantes e quási brancos, mostrando noutros casos, quando davam antes de seccionados a sensação de flutuação, geodos de maior ou menor volume cheios de um líquido sero-hemático escuro.

*

* *

Sob o ponto de vista histológico podemos dizer que as formas moles são as constituídas por células redondas e desenvolvendo-se à custa de leucócitos, que se encontram dispersos nas malhas do retículo fibro-elástico já mencionado. As formas duras começaram por fibromas de uma notável riqueza celular, evolu-

cionando para fibro-sarcomas do tipo fusiforme com grandes células de núcleos grandes. O estroma é fibrilar, os capilares são muito abundantes e formados por uma única camada de células endoteliais, verificando-se mesmo nos tumores de crescimento rápido ser a parede dêsses vasos constituída sòmente por células neoplásicas juxtapostas.

*

* *

Estudo clínico. — Não têm os sarcomas periósticos *facies* clínico de tipo privativo, equivalente por êsse facto ao de outras variedades da sarcomatose óssea. As características de idade, de incidência traumática, de dor, de hipertermia geral e local e de exame do sangue podem faltar, ou então pouco mais elucidam além do que se possa aproveitar estudando um tumor das partes moles da região — como seja um sarcoma desenvolvido à custa de músculos ou aponevroses. O doente Alfredo P., negando qualquer traumatismo, refere formar-se-lhe na crista da tíbia um tumor doloroso, que ao fim de 18 meses atinge o volume de uma laranja. No doente das figs. 1 e 2 o tumor inicia-se há cêrca de um ano. Tem, agora, o volume de uma tangerina, adere ao fémur no seu têrço superior, mas não é doloroso e quando muito entorpece ligeiramente os movimentos. É útil referir que os sarcomas periósticos dão freqüentemente a infecção linfática ganglionar, regional e às vezes mesmo até generalizada.

A radiografia representa ainda o melhor meio de diagnóstico. Nos sarcomas da camada externa vemos o córtex com as suas linhas conservadas ou até um pouco mais condensadas na região onde se instalou o tumor. O ôsso conserva-se quási perfeito até a morte, ou quando muito um pouco curvado e ligeiramente adelgaçado no seu calibre (fig. 3). No grupo desenvolvido na camada interna a presença de estrias ou agulhas calcificadas perpendiculares ao grande eixo ósseo, a conservação e espessamento da porção calcificada impõem motivos de típica diagnose (fig. 11). A sífilis dá o espessamento do ôsso; mas nestas doenças as novas camadas dispõem-se sempre paralela e nunca perpendicularmente ao eixo longitudinal. A forma osteogénica revela-se pela destruïção do ôsso e pela invasão característica da cavidade medular (fig. 10).

Tratamento. — Em qualquer destas variedades o tratamento é nìtidamente operatório: amputação ou desarticulação do membro atingido. O rádio ou os raios X nada podem fazer. As metástases viscerais, quando se mostrem, poderão ceder com a roentgenterapia; mas trata-se, infelizmente, de melhoras por curto prazo, porque a reaparição é fatal ao cabo de poucos meses.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I. — Alfredo P., 23 anos, vaqueiro, Santarém.

Em Maio de 1926 começou a formar-se a meio da perna esquerda e sôbre a crista da tíbia um tumor doloroso que cresceu lentamente até atingir em 18 meses o volume duma laranja. Era muito duro, isolado da pele, aderente e imóvel sôbre a tíbia, superfície lisa e irregular. Há ao lado uma pequena massa com o volume duma azeitona de Elvas, dura também, mas móvel.

Urinas normais.

Análise de sangue:

Hemoglobina	93 %
Glóbulos rubros	4.864.000
Glóbulos brancos	6.600
Linfócitos	30
Neutrófilos	64
Eosinófilos	3,5
F. de passagem	2

Amputado da coxa pelo têrço inferior em 17-III-1928.

Análise n.º 2.194.—Sarcoma parvi-celular de células redondas (figs. 1 e 2)

OBSERVAÇÃO II. — Deolinda de J.

Não foi possível colhêr a observação, porque a doente apresentou-se na consulta e abandonou-a imediatamente.

Análise do sangue em 29-VI-1928:

Hemoglobina	85 %
Glóbulos rubros	4.992.000
Glóbulos brancos	5.400
Linfócitos	54,5
Neutrófilos	42,5
Eosinófilos	1,5
F. de passagem	1

(fig. 3)

OBSERVAÇÃO III. — Maria L. C., 58 anos, Lisboa.

Há 8 meses, lavando roupa, notou que o dedo grande da mão direita estava mais grosso e tinha dores; fez tratamento anti-reumático sem resultado.

Lateralmente e entre a 1.ª e 2.ª falanges há um tumor duro, isolado da pele e agarrado ao ôsso, grandes veias superficiais, muitas dores locais e seguindo o ramo do radial até a espessura.

Desarticulação do dedo em 14 de Maio de 1927.

Análise n.º 2073. — Sarcoma mixto; células fusiformes, redondas e algumas células gigantes (fig. 4).

OBSERVAÇÃO IV. — Helena da P., 50 anos, guarda de linha, Bombarral.

Esta doente veio do Instituto Oftalmológico Gama Pinto. Há dois anos e meio começou sentindo hemicrânias direitas. Um mês depois o ôlho direito passou a tornar-se saliente, mas continuando com boa visão. O exoftalmo tem vindo a pronunciar-se cada vez mais. A visão vai-se reduzindo dia para dia. Já há muito tempo que não tem as dores supracitadas. Respira e dorme bem. Tem emmagrecido bastante e tem pouco apetite.

Tem há meses um corrimento vaginal muito mal cheiroso, umas vezes purulento e outras como água de carne. Nega em absoluto dores no baixo ventre mesmo durante o período menstrual.

Exame vindo do Instituto Oftalmológico Gama Pinto. — «Nota-se que o ôlho direito está muitíssimo saliente. (Vide a fotografia). *Deficit* visual muito grande. Amaurose direita. Constatei que existia ainda visão dêsse ôlho. O exame do fundo do ôlho revela nevrite óptica e algumas hemorragias da retina perto da papila».

Em 3 de Maio fez-se a exenteração da órbita. Extirpou-se num bloco o tumor orbitário com o globo ocular apenso. Hemorragia insignificante. Tamponamento da cavidade com gaze.

Em Junho o fundo da órbita tem boa granulação estando a fazer-se o seu enchimento, progressivamente.

Exame radiográfico em 9-IV-1929. — Uma radiografia da cabeça em posição mento-nasal mostra-nos aumento do espaço orbitário direito pela destruïção do plano ósseo inferior e externo, estando o malar parcialmente destruído.

Análise de urinas feita em 18-IV-1929:

Glicose	Não tem
Serina	Não tem

Nos fins de Junho o toque vaginal mostra um carcinoma ulcerado do colo uterino com invasão dos fundos de saco vaginais. Faleceu em 31 de Agosto de 1929 (fig. 5).

OBSERVAÇÃO V. — Alfredo G. M., 18 anos, Lisboa.

Há cêrca de um ano, sem que tenha a apontar qualquer traumatismo em relação com a doença, apareceu-lhe uma manhã o ôlho esquerdo como que saliente da órbita e com tumefacção das pálpebras superior e inferior. A ce-

gueira absoluta também o surpreendeu logo no primeiro dia de doença mas nunca teve dores. Não tem emmagrecido e conserva a visão normal do ôlho direito. O crescimento do exoftalmo tem-se feito progressivamente.

Observação. — O ôlho esquerdo saliente da órbita e aumentado de volume forma um tumor do tamanho de uma noz. A conjuntiva palpebral bem como a parte externa da conjuntiva do globo ocular estão hiperemiadas. As pálpebras superior e inferior estão edemaciadas, tornando-se salientes, e no conjunto com o tumor ocular dão uma formação implantada na órbita com o volume de uma laranja pequena. Não apreciamos alteração nas partes ósseas da órbita.

11-III-1929. — Pêso, 52,600 quilog.

7-V-1929. — Pêso, 56 quilog.

«Olho esquerdo amaurótico e o exame do fundo revela a existência de nevrite óptica e de algumas hemorragias da retina perto da papila». (Exame do Instituto Oftalmológico Gama Pinto).

Operação em 11-III-1929. — Enucleação do ôlho esquerdo com esvaziamento do tumor que enchia a cavidade orbitária completamente.

Exame histológico ao tumor extirpado (fig. 6-B).

Sarcoma fuso-celular. Toda a preparação apresenta um tumor dividido em lóbulos separados por tecido conjuntivo fibroso e constituído por pequenas células fusiformes. Em todo o tumor se vêem secções de filetes nervosos e na extremidade correspondente à parte externa do tumor vêem-se abundantes fibras musculares e congestão; algumas fibras musculares prolongam-se pelo tumor, que se dissocia.

Biopsia feita aos tecidos que resvestiam a cavidade orbitária 3 meses depois de o doente ter sido operado (31-V-1929).

Inflamação crónica. Grande infiltração parvi-celular, predominando plasmazelen.

Análises de sangue:

	14-II-929	27-II-929	21-III-929	8-V-929	6-XI-929
Hemoglobina	88 %	88 %	66 %	90 %	90 %
Glóbulos rubros	4.660.000	4.594.000	3 220.000	4.544.000	4.864.000
Glóbulos brancos ..	8.400	12.200	6.200	5.800	7.600
Linfócitos	25	36	31,5	36,6	26
Monócitos	1	1	0,5	2	2
P. N.....	59	57,5	55	54	60
P. E.....	11	2,5	4	2,3	6
Basófilos	0,3	—	2	2,3	1,5
Mielócitos	0,3	1	—	—	—
F. P.....	—	1	—	—	4,5
G. M.....	—	—	0,5	—	2

(figs. 6, 6-A e 6-B)

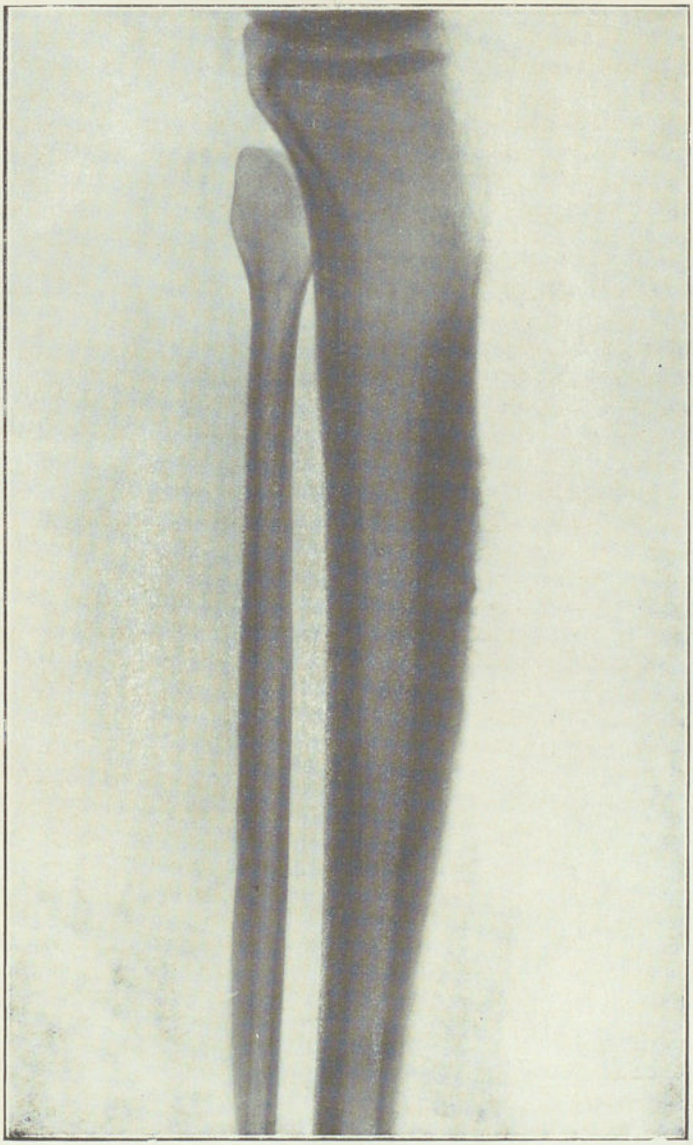


Fig. 1. — Sarcoma perióstico interno

Observação I. — Alfredo P.

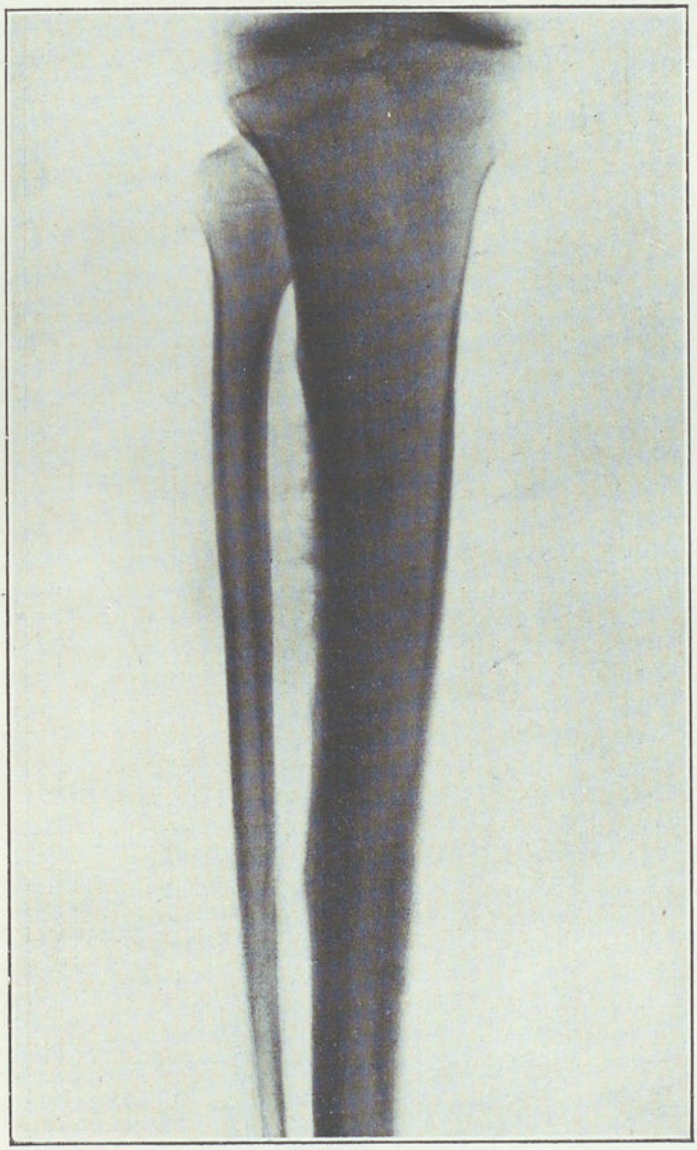


Fig. 2. — Sarcoma perióstico interno

Observação I. — Alfredo P.

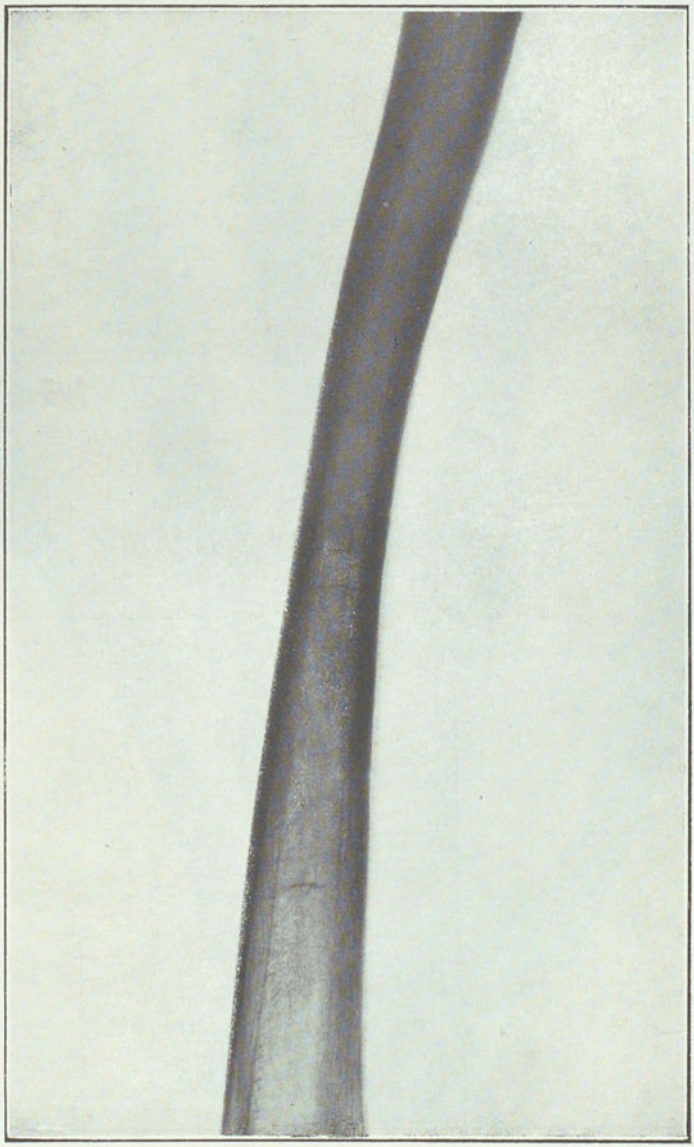


Fig. 3. — Sarcoma perióstico externo

Observação II. — Deolinda de J.

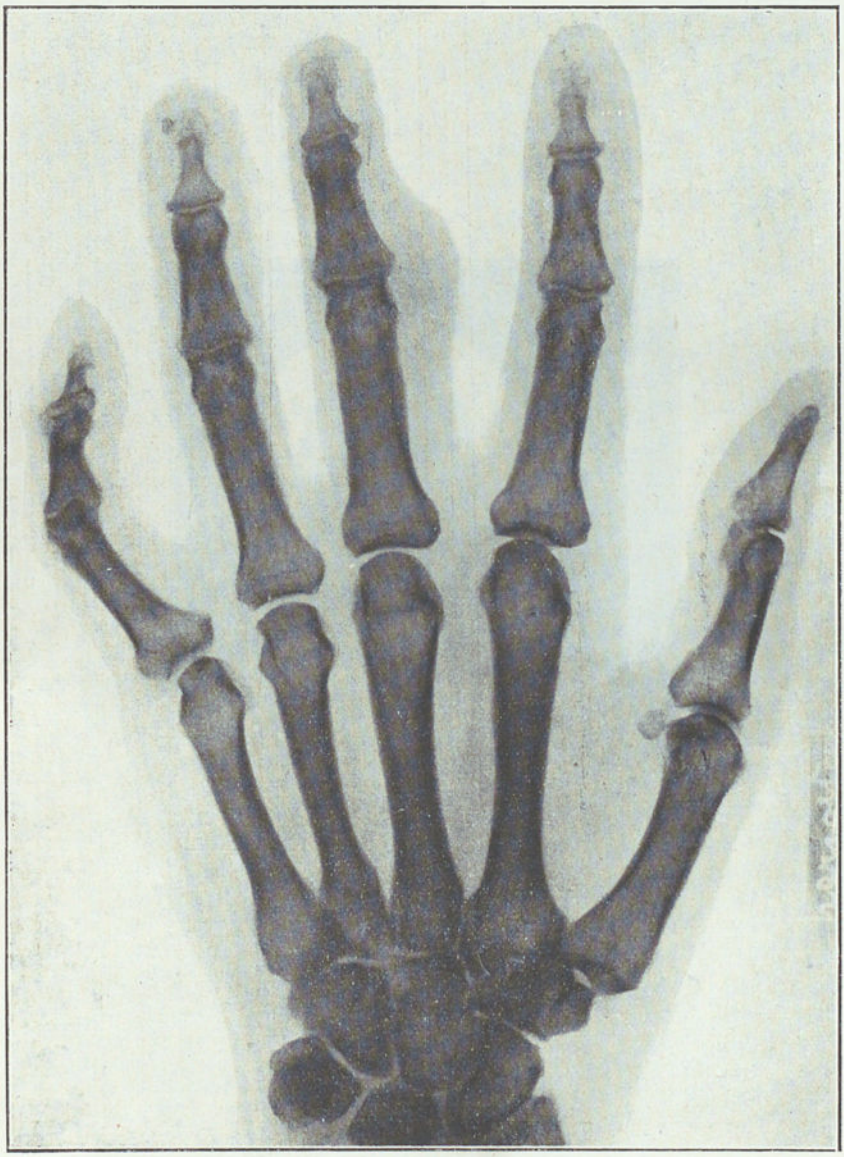


Fig. 4. — Sarcoma perióstico externo da falange do médio

Observação III. — Maria L. C.

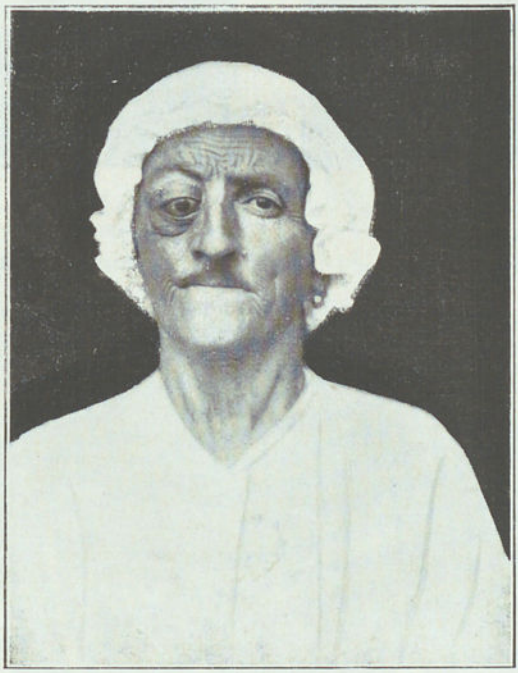


Fig. 5. — Sarcoma perióstico da órbita direita

Observação IV. — Helena da P.

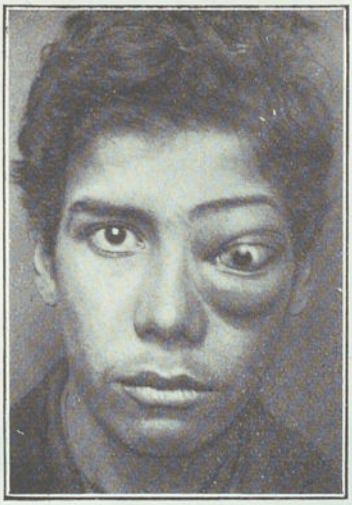


Fig. 6. — Sarcoma perióstico
da órbita esquerda

Observação V. — Alfredo G. M.

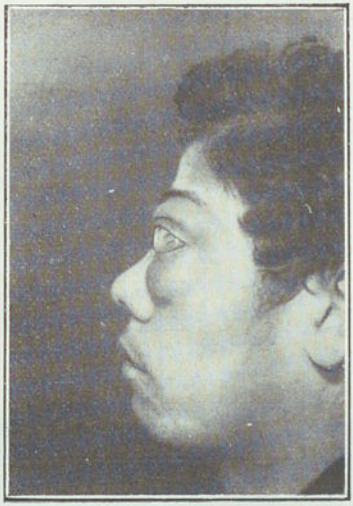


Fig. 6-A. — Sarcoma perióstico
da órbita esquerda

Observação V. — Alfredo G. M.

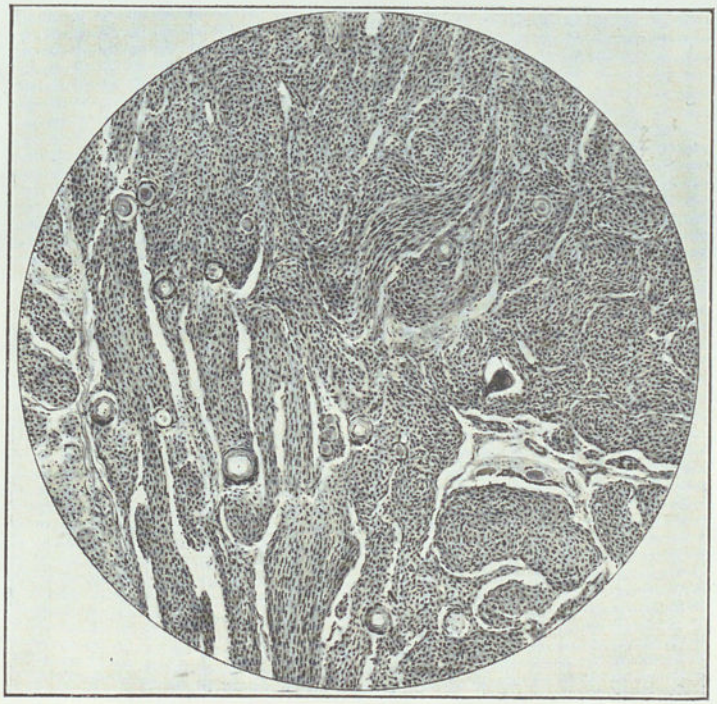


Fig 6-B. — Preparação do sarcoma da órbita

Observação V. — Alfredo G. M.

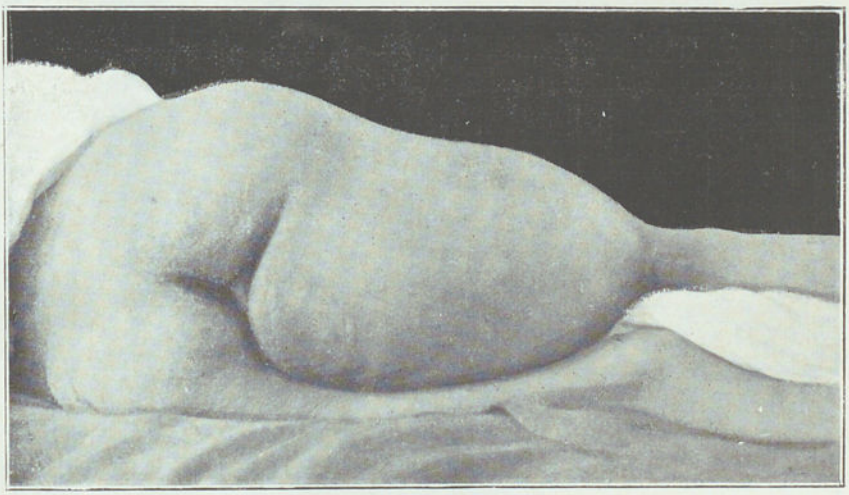


Fig. 7. — Sarcoma perióstico externo

Observação VI. – Evaristo J. P. M.

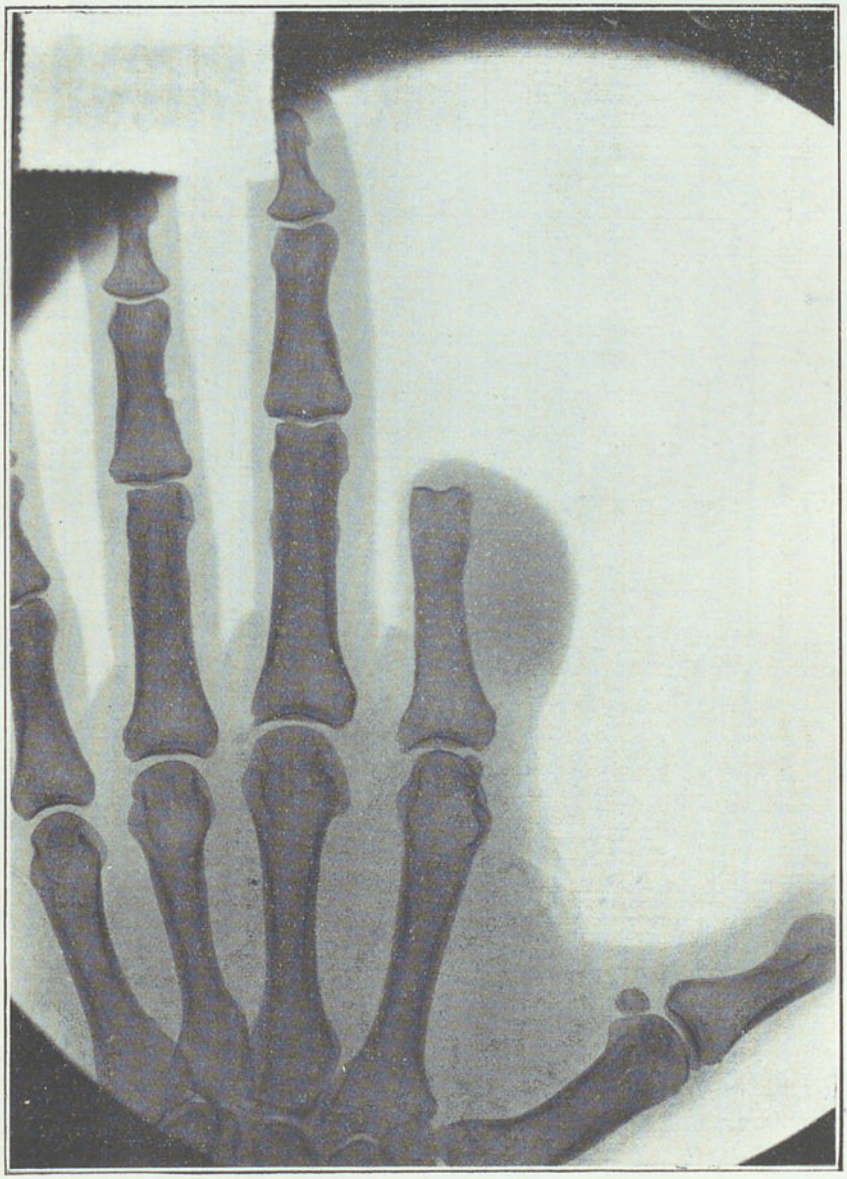


Fig. 8. — Sarcoma perióstico externo, recidivado

Observação VII. — Sofia A.

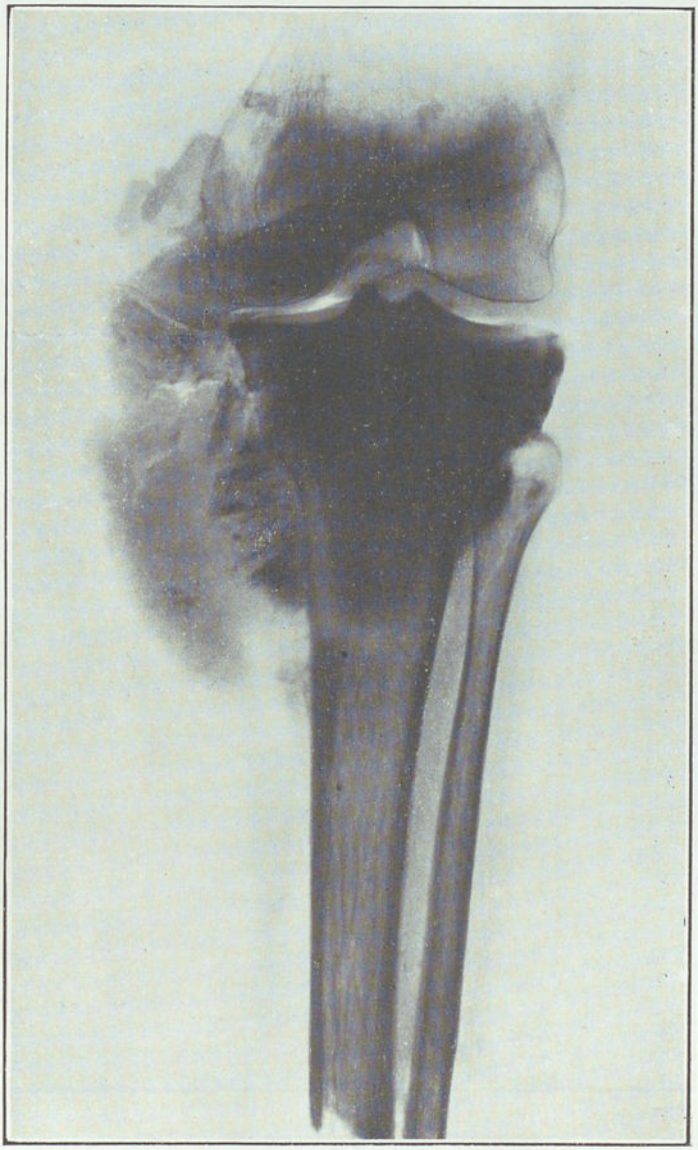


Fig. 9. — Sarcoma periòstico interno

Peça n.º 1 do Museu de Anatomia Patológica

Resultado do exame histológico: O tumor é constituido por células fusiformes com bastantes mitoses e algumas células gigantes do tipo mononuclear. O tecido intercelular sem importância limita-se a uma fraca rède fibrilar em raros pontos tomando o aspecto de tecido hialino

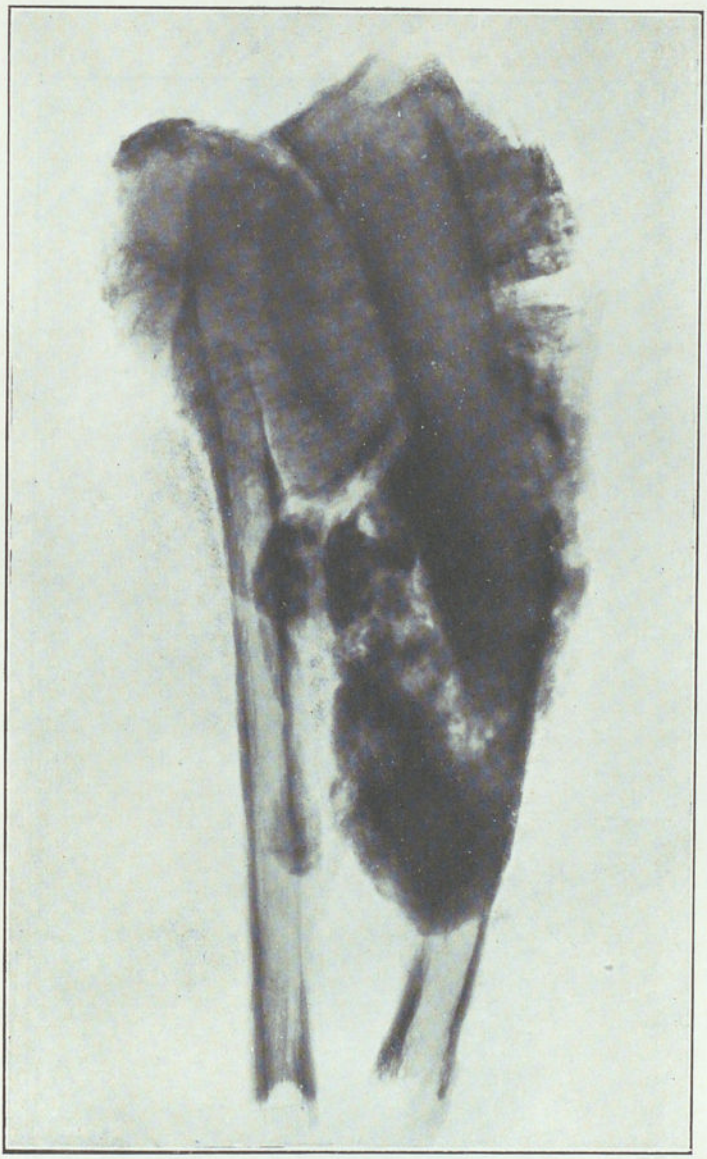


Fig. 10. — Sarcoma do rádio perióstico interno
Peça n.º 1.529 do Museu de Anatomia Patológica

Resultado do exame histológico: Sarcoma rico em células fusiformes. A preparação mostra apenas tecido fibroso que em alguns pontos é rico em células. Verificam-se também muitos elementos celulares em necrose

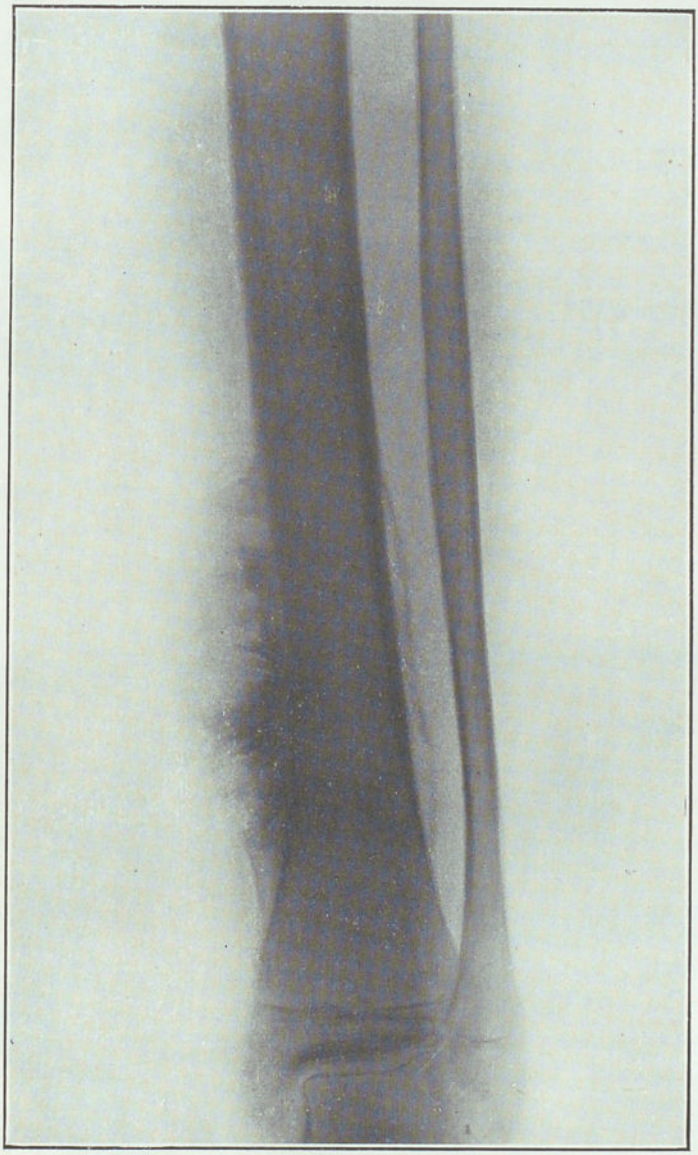
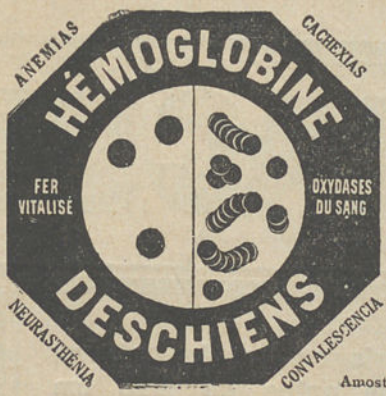


Fig. 11. — Sarcoma perióstico interno do têrço inferior da tíbia esquerda



Opotherapia Hematica

Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS

de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, Dr em Pia, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

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

"Ceregumil" Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados e principios minerais (fosfatos naturais).

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL MÁLAGA

Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.ª

Rua Nova da Trindade, 9-1.º

LISBOA

NORMACOL

A prisão do ventre crónica pede antes de tudo um tratamento absolutamente inofensivo e não irritante. Sob esta ideia foi creado o

NORMACOL

que sem ser por si nutritivo, dá, todavia, aos alimentos ingeridos uma composição e uma consistencia que favorecem a funcção intestinal. Sendo, portanto, mais um „correctivo da alimentação" do que um "medicamento" não tem algum inconveniente. Latas de 100 e 250 grs. Peça amostras e literatura a

SCHERING LIMITADA,
LISBOA
RUA VITOR CORDON 7—3.º

62531803

HEIMBECK

OBSERVAÇÃO VI. — Evaristo J. P. M., 72 anos, trabalhador, Santa Iria 2 de Maio de 1929 — 10 de Maio de 1929.

Há três anos que a coxa direita começou a aumentar de volume, especialmente pelo lado de trás, não causando, porém, grandes dores, as quais só mais tarde apareceram. Há 5 meses está deitado, pois a perna tornou-se sempre mais pesada e dolorosa.

As dores começaram abaixo da região glútea, do lado direito, e irradiavam até o joelho. Últimamente tem o pé direito edemaciado. Não tem tosse.

Exame. — A coxa direita encontra-se muito aumentada de volume devido a um tumor que compromete toda a parte posterior da coxa direita, incluindo toda a musculatura e fazendo fortemente saliência para trás. O tumor começa logo acima da região poplítea direita e chega até a região glútea direita — é de consistência semi-elástica, em parte com pseudo-flutuação.

Circunferência da coxa esquerda	— 36 cm.	15 cm. acima do bordo superior da rótula
» » » direita	— 63 cm	

Duas radiografias feitas em planos perpendiculares não nos mostram sinais de lesões ósseas.

Análise de sangue em 4-V-1929:

Hemoglobina	47 %
Glóbulos rubros	2.688.000
Glóbulos brancos	7.800
Linfócitos	12
Monócitos	0,5
P. N.	78,5
P. E.	8
	1

(fig. 7)

OBSERVAÇÃO VII. — Sofia A., 44 anos, doméstica, Lisboa.

Há dois anos e meio foi-lhe amputado, pela parte média, o indicador direito, devido a um tumor que tinha nesse dedo. A operação foi-lhe feita em Abrantes. Há 7 para 8 meses, na região dorsal da porção do dedo que ficou depois da amputação, apareceu um novo tumor que tem crescido ùltimamente muito ràpidamente.

Observação. — Tumor do tamanho dum ôvo de pomba, parecendo formado à custa das partes moles, de superfície irregular, estando a pele que o cobre muito avermelhada. Palpa-se na axila direita um gânglio aumentado de volume.

Foi feita a desarticulação da falange em 26 de Outubro de 1923 (fig. 8).

(Continua)

BRADICARDIA SEPTAL PERMANENTE NUM CASO DE ECTASIA DA AURÍCULA ESQUERDA

POR

EDUARDO COELHO

Gallavardin e Gravier publicaram em 1921 uma observação de rítmo septal (nodal), que consideram a primeira da literatura médica, mantendo-se de uma maneira estável durante vários meses.

Entretanto, já na sessão de 7 de Maio de 1919, da *Berliner Medizinische Gesellschaft*, apresentou W. Koch um caso de ritmo septal permanente, a autópsia do qual mostrara o nódulo sinusal de Keith e Flack completamente destruído por lesões tuberculosas. O que restava dêsse nódulo estava separado da musculatura auricular por calosidades produzidas por trombos sépticos.

As observações de bradicardia septal, em clínica, são raras. O primeiro caso descrito na literatura médica é o de Belski, observado, todavia, transitòriamente. Outras observações apareceram depois, algumas equìvocamente rotuladas de automatismo ventricular.

Maior raridade clínica constituem ainda os casos de bradicardia septal permanente.

Seguimos desde há oito meses uma doente, na qual vimos observando *permanentemente* uma bradicardia septal que nos parece sugerir interessantes problemas clínicos e electrocardiográficos.

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

Beatriz G., de 24 anos de idade, casada. Consulta externa. Agosto de 1929.

Vem à nossa consulta, recomendada pelo seu médico assistente, queixando-se de cansaço e palpitações.

ANAMNESE:

Doença actual. — Levantou-se há 15 dias de uma convalescença de febre tifóide, tendo estado três meses de cama. Já antes desta última doença can-

sava muito, mas piorou consideràvelmente depois da febre tifóide. Cansaço com o menor esfôrço físico. Vertigens e palpitações com as emoções. Lipotímias.

D. a. Traumatismo violento no tórax, em pequena. Nega outras doenças. Marido sifilítico (casada há 6 meses).

Exame objectivo. — Ausência de edemas. Pulso jugular. 24 respirações por minuto.

Alargamento da área de macicez cardíaca à custa de todos os seus diâmetros, havendo principalmente um exagêro das dimensões cardíacas no

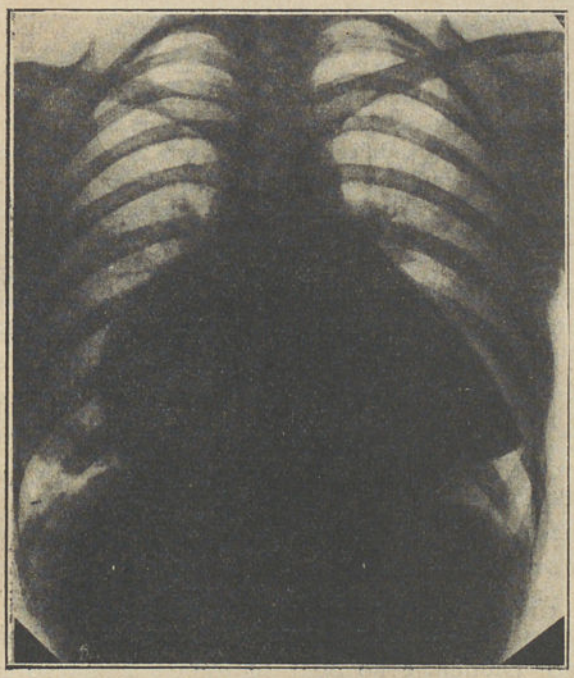


Fig. 1. — Teleradiografia frontal

sentido frontal. Sôpro sistólico audível no foco mitral, prolongando-se para a axila.

Pulso lento, pequeno. 40 pulsações por minuto. Tensão arterial $^{180}/_{9}$.

Exame pulmonar. — Normal. Ausência de sinais de estase.

Abdómen. — Área de macicez hepática na linha mamilar. — Normal.

Exames laboratoriais:

Ureia no sangue — 0,35 $^{0}/_{00}$.

R. W. — — — —.

Análise de urinas. — Normal.

Sangue:

Hemoglobina	74%
V. globular	1,03
Glóbulos rubros	3.575.000
Glóbulos brancos	6.600
Linfócitos	20
Neutrófilos	68
Eosinófilos	4
Monócitos	7
Basófilos	1

Teleradiografia.—Aumento da sombra cardíaca, à custa de todos os seus diâmetros, com abaulamento anormal e exagerado do bordo direito (fig. 1).

Electrocardiogramas sucessivos durante oito meses.—Bradicardia septal permanente (fig. 10) sem modificações com as provas da atropina, da adrenalina, do reflexo óculo-cardíaco e de Czermak. A adrenalina provocou o aparecimento de extrasistoles ventriculares—bigeminismo ventricular, sem alteração do rítmo septal (fig. 11).

Evidentemente que se impõe o diagnóstico clínico de insuficiência mitral. Mas o que mais nos impressionou no exame desta doente foi o grande abaulamento do bordo direito da sombra do coração, fazendo *presumir* uma dilatação da respectiva aurícula. O director do Serviço de Radiologia do Hospital Escolar (Dr. Bénard Guedes), apesar da sua larga experiência radiológica, nunca examinou teleradiografia que a esta se sobrepusesse.

Em radioscopia, observava-se nìtidamente a pulsação desta zona e os seios diafragmáticos estavam completamente livres. De sorte que não havia dificuldade do diagnóstico diferencial com o derrame pericárdico, como no caso de *cor bovinum* ùltimamente descrito por Dietlen, e no qual se impôs a punção pericárdica.

Assente sem discrepância, portanto, a ausência de derrame pericárdico ¿o aumento do *arco* direito corresponderia a uma dilatação da aurícula direita?

Os diferentes elementos que constituem o bordo direito da sombra cárdio-vascular foram estudados nos últimos anos por meio das injecções opacas no cadáver. Mostraram êsses trabalhos que o bordo direito é formado algumas vezes pela veia cava inferior, mas, sobretudo, pela aurícula direita, e pela veia cava superior seguida do tronco bráquio-cefálico direito. Entretanto, mostra-nos a nossa experiência — observamos todos os nossos cardiopatas pelo exame radioscópico — que entre a aurícula direita

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro-fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.
» » » 6 » » 5 » »

Porque é

DE ASEPSIA GARANTIDA
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE
DE APLICAÇÃO INDOLOR
PRODUCTO PORTUGUÊS
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

TODOS OS EX.MOS CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS:
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.DA - Rua da Prata, 237 – LISBOA
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.DA — Rua das Flores 153 — PORTO

Centro Tip. Colonial

NEO=PLASTINA
SEIXAS=PALMA

NEO-PLASTINA
SEIXAS-PALMA

LABORATORIO BIOL

10 EMPOLAS DE 1,5 CC
EMULSÃO-ASEPTICA-DE-LECITINA &
LUTEÍNAS-EM-SÔRO FISIOLOGICO

LABORATORIO-DE-BIOLOGIA &
QUIMIOTERAPIA-LISBOA

Emulsão aseptica de lecitina
e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado
não provoca reacção

EM CAIXAS DE
10 ampolas de 1,5 c.c.
6 " " 5 " "

e o tronco venoso bráquio-cefálico também a aorta ascendente e o esterno podem, às vezes, contribuir para formar a região média do bordo direito da sombra normal.

Estas noções nenhuns esclarecimentos nos prestam para a interpretação da sombra anormal do bordo direito do coração da nossa doente.

As condições de reacção das cavidades nas diferentes doenças do coração, sendo muitas vezes mal conhecidas, podem conduzir-nos a erradas interpretações radiológicas.

Toma-se freqüentemente o alongamento do bordo direito por uma dilatação da aurícula direita, quando se trata de uma aurícula ESQUERDA muito dilatada, cuja sombra cerca e ultrapassa a da cavidade falsamente incriminada (Vaquez).

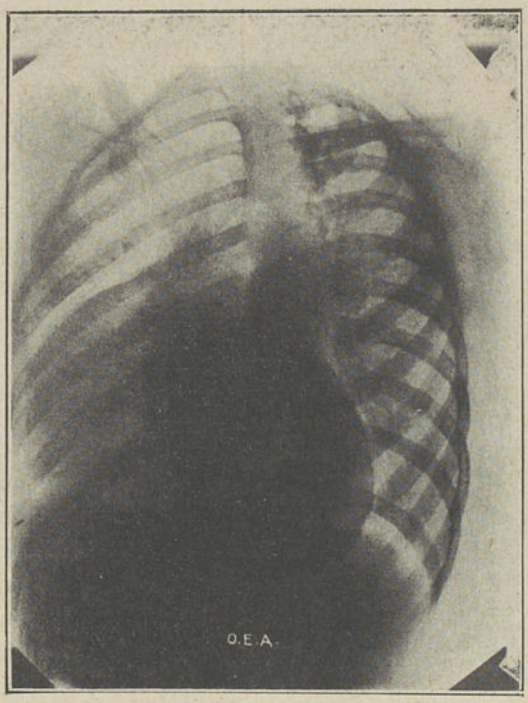


Fig. 2. — Teleradiografia em O E A para exame da aurícula esquerda

Assmann descreve dois casos de dilatação exagerada da aurícula esquerda, com saliência à direita, na doença mitral, e um caso de insuficiência aórtica com insuficiência mitral. Na teleradiografia que reproduz dum caso de insuficiência mitral (1.ª prancha, fig. 3) nota-se claramente o duplo contôrno auricular à direita. Assmann reproduz ainda três teleradiografias, nas quais a aurícula esquerda cerca e ultrapassa a sombra da aurícula direita. Bordet publicou também quatro observações de saliência anormal da aurícula esquerda para a direita, em casos de estenose mitral ou de doença mitral.

Outros autores consideram êste desenvolvimento exagerado da aurícula esquerda, fazendo saliência à direita, como a conseqüência de uma dilatação primitiva da aurícula respectiva. Com esta disposição radiológica, Lutembacher publica três casos de aneurisma da aurícula esquerda (1917). Quatro observações com autópsia são publicadas por Emanuel (1923), Shaw (1923), Labadille (1925) e East (1926). Foram relatadas depois duas observações clínicas, uma por Pareja e Barcier, outra por Rosselet e Bach. Nesta última, a teleradiografia apresenta no bordo direito da sombra cárdio-vascular a sobreposição das duas aurículas. Os casos publicados ùltimamente por Ivan Mahaim documentam essa configuração teleradiográfica da aurícula esquerda.

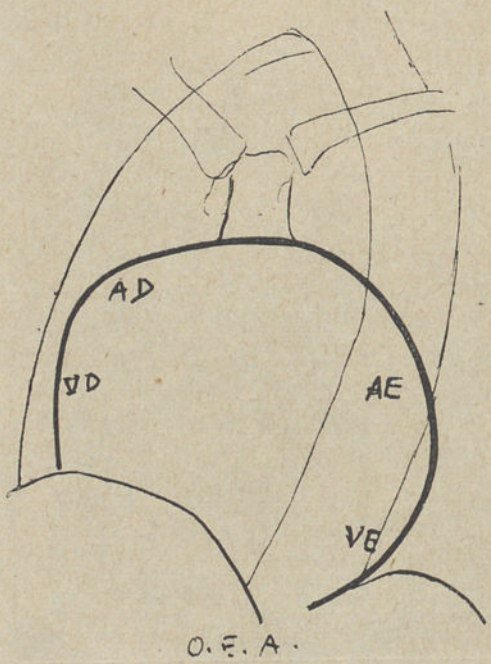


Fig. 3

Na nossa doente dois factos avultavam: primeiro, o volume considerável do coração; depois, o abaulamento exagerado do bordo direito sem sintomas de insuficiência do coração direito: não há cianose nem estase visceral (pulmonar ou hepática). E uma insuficiência mitral com hipertrofia cardíaca tão acentuada à direita deveria provocar manifestações pulmonares e hepáticas, que nunca se observaram na nossa doente.

Ao examinarmos a teleradiografia frontal (fig. 1) pensámos primeiro numa dilatação da aurícula e do ventrículo direitos. Sabíamos já que Lutembacher, em presença de uma imagem semelhante, emitira esta hipótese que não teve a confirmação anatómica, e que na nossa doente os sinais clínicos contrariavam essa

presunção. O exame da doente nas posições oblíquas, reconhecidas como as mais favoráveis para a observação das aurículas, esclareceu-nos inteiramente sôbre a constituïção do arco direito exageradamente dilatado. De feito, as posições oblíquas mais favoráveis para o exame da aurícula esquerda são a oblíqua esquerda anterior (O E A) e a oblíqua direita posterior (O D P); para o exame da aurícula direita são a oblíqua direita anterior (O D A) e a oblíqua esquerda posterior (O E P). Sabe-se que no estado normal o contôrno do coração é separado da sombra da coluna vertebral por um espaço claro que tem o seu mínimo de largura nos dois terços inferiores.

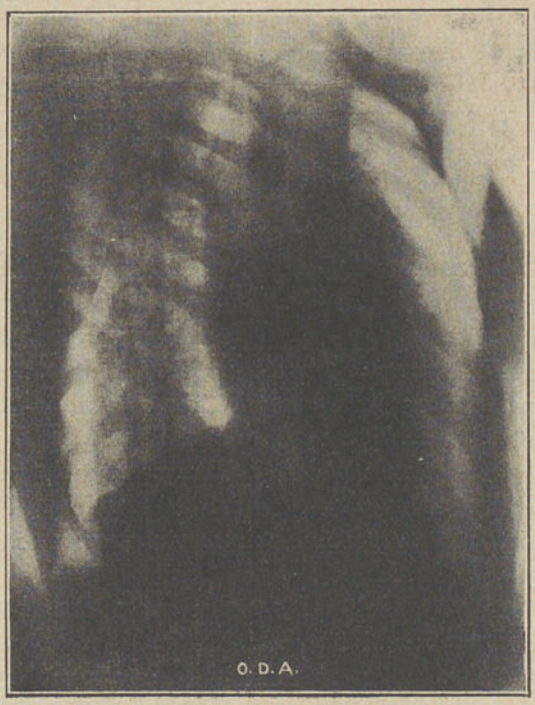


Fig. 4. — Teleradiografia em O D A para exame da aurícula direita

Ora em O E A (figs. 2 e 3), no espaço claro retro-cardíaco, o bordo do coração que normalmente se mostra sob a forma de uma linha ligeiramente convexa, indo do ventrículo à crossa da aorta, apresenta na nossa doente uma enorme dilatação arredondada, ultrapassando a sombra da coluna vertebral. Esta sombra só pode ser constituída pela *aurícula esquerda* ectasiada, ou, então, exageradamente dilatada. Em O D A (figs. 4 e 5), a aurícula direita, embora dilatada, mal atinge a coluna vertebral.

Não se pode admitir a confusão com uma aneurisma da aorta. Esta apresenta-se regularmente calibrada. Além da dilatação que se observa na teleradiografia, nota-se a altura considerável da corda

auricular direita (115 mm.). Segundo Bordet não se pode admitir que êste número pertença sòmente à aurícula direita; indica a altura das duas aurículas, e uma parte da convexidade deve atribuir-se à presença da aurícula esquerda aumentada de volume.

Emfim, mostram-nos todos estes factos que a aurícula esquerda é visível através da aurícula direita.

Nestes casos a estenose mitral é freqüente; em algumas observações não havia sinais de apêrto e, todavia, a autópsia mostrou a sua existência.

Por vezes os sintomas de estenose desaparecem e a grande dilatação da aurícula esquerda produz uma insuficiência do orifício mitral de cada vez maior. Os sinais que a doente apresenta, actualmente, são apenas de insuficiência mitral.

*

* *

Existe nesta doente uma alteração especial do ritmo cardíaco, segundo a qual as aurículas se contraem simultâneamente com os ventrículos (fig. 10). O estímulo cardíaco inicia-se, não na região sinusal, mas no nódulo de Tawara. Houve um deslocamento do *pacemaker* para o nódulo de Tawara. Em vez do *ritmo sinusal* observa-se aqui o *ritmo septal* (1).

Consoante o ponto em que começa a excitação septal está acima, ao nivel, ou abaixo do nódulo de Tawara, assim podemos denominar os ritmos de *supranodais*, *justanodais* ou *infranodais* (Clerc e Pezzi).

Se o nódulo de Tawara substitui o nódulo de Keith-Flack, a excitação subirá para as aurículas, e descerá para os ventrículos.

As relações cronológicas das contracções auriculares serão portanto modificadas: 1) aparecem reduzidas; 2) anuladas, sendo as contracções auriculares e ventriculares simultâneas; 3) ou os ventrículos contraem-se antes das aurículas.

---

(1) *Ritmo nodal* é a nomenclatura mais vulgarmente empregada. Adoptamos a designação de *ritmo septal*, contràriamente à de *ritmo nodal*, proposta por Mackenzie, porque esta se presta a confusões, tendo servido para englobar perturbações que nada têm com o nódulo de Tawara.

Lewis e outros cardiologistas ingleses denominaram-no — rítmo átrio-ventricular.

Metodo cytóphylatico do Professor Pierre Delbet

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

DELBIASE

estimulante biologico geral

por hypermineralisação magnesia do organismo.

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet.

Principais Indicações :

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

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, en meio copo d'agua

DEPOSITO : **LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE**
8, rue Violenne, PARIS
A pedido mandam-se amostras aos medicos

IODALOSE GALBRUN

IODO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A UNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel do *Iodo* com a *Peptona*
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Communicação ao XIII° Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

PROFILAXIA E TRATAMENTO

"PER OS"

PELO

STOVARSOL

DE TODAS AS

ESPIROQUETOSES,
DISENTERIA AMIBIANA,
PALUDISMO

Tratamento arsenical dos estados de anemia e de astenia

Embalagem: Em frascos de 28 comprimidos doseados a 0 gr. 25
— 70 — — 0 gr. 05
— 200 — — 0 gr. 01

O emprego do STOVARSOL deve ser feito sob a vigilancia do Médico

---

Société Parisienne d'Expansion Chimique
Marcas POULENC FRÉRES et USINES DU RHONE
86, Rue Vieille du Temple - PARIS - 3e

Representante — **CARLOS FARINHA**
Rua dos Sapateiros, 30, 2.º - LISBOA

As experiências electrocardiográficas de Lewis mostram, de feito, que a eliminação do nódulo de Keith-Flack provoca uma modificação da topografia da formação das excitações: ausência ou inversão do acidente *P* (a inversão deste acidente indica uma marcha retrógrada da onda de excitação auricular). Segundo Gallavardin e Gravier a inversão de *P* está longe de ser constante nos casos de ritmo septal.

Numa série de experiências realizadas no coração do cão *in situ*, de colaboração com J. Rocheta (cães anestesiados pela cloralose, abertura do plastrão esterno-costal, respiração artificial mantida durante oito horas pelo aparelho de Meyer, da casa Otto E. Kobe, de Marburgo), além de outras particularidades interessasantes da fisiologia do tecido específico auricular, tivemos a confirmação das investigações de Lewis. Quando destruíamos o seio de Keith-Flack com alcool a 90° ou com nitrato de prata a $^1/_{10}$, ou esmagando o seio com uma pinça apropriada, obtínhamos electrocardiogramas em que o acidente *P* aparecia negativo, noutras experiências estava aumentado.

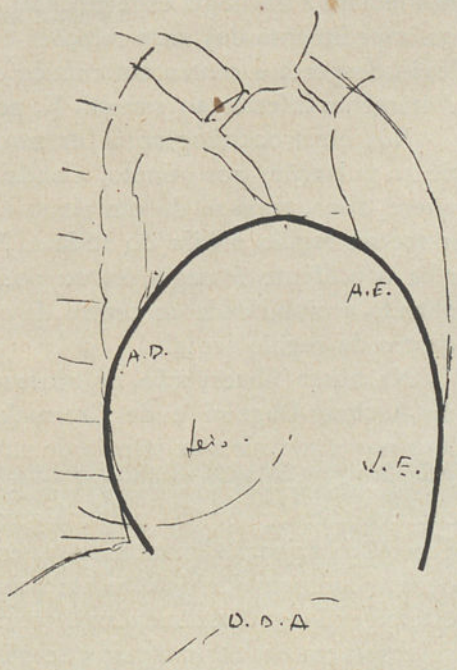


Fig. 5

As figs. 7 e 9 mostram-nos as duas variedades de electrocardiogramas obtidas depois da destruïção do seio. Quer o acidente *P* esteja invertido, quer ausente, observa-se sempre uma bradicardia, e o complexo ventricular conserva a forma supraventricular.

É fácil provocar de uma maneira transitória o ritmo septal, no homem. A excitação dos nervos cardíacos e, sobretudo, do

pneumogástrico esquerdo, a atropina, a respiração forçada, a dedaleira, etc., podem desencadeá-lo passageiramente.

O ritmo nodal transitório pode aparecer ainda na convalescença das doenças infecciosas agudas (difteria, escarlatina, febre tifóide, reumatismo poliarticular, etc.) e em algumas afecções crónicas.

O ritmo septal permanente é extremamente raro, estando nós, entretanto, convencidos de que alguns casos passam despercebidos pela dificuldade do seu diagnóstico sem o electrocardiograma.

Esta perturbação permanente do ritmo supõe a destruïção orgânica do nódulo sinusal, uma lesão fixa e irredutivel, consoante nos mostra a fisiologia experimental. Destruïção do nódulo sinusal ou impedimento das suas relações com o músculo auricular, essa lesão desperta o centro automático de Tawara, cujo ritmo é imediatamente inferior ao sinusal. É, portanto, um ritmo de socorro.

Nos electrocardiogramas da nossa doente, em que o ritmo é de 40 pulsações por minuto, a onda P confunde-se com a onda *R;* quere dizer, trata-se de um ritmo septal justanodal; o estímulo nasce na região média do nódulo. Mas observa-se ainda em clínica o acidente *P* negativo, ou positivo e junto de *R*, testemunhando a mobilidade do centro de origem da excitação auricular dentro da região septal.

Na nossa observação, as provas da atropina, da adrenalina, de Aschner-Dagnini e de Czermak foram negativas. Este facto leva-nos a admitir a existência de uma lesão irreparável do nódulo de Keith-Flack. Mas a adrenalina (1 c. c. a 1 $^0/_{00}$ em injecção subcutânea) deu origem ao pulso bigeminado ventricular, uma hora depois da injecção, mantendo-se, entretanto, o ritmo septal com o mesmo número de sístoles normais (fig. 11). Devemos aproximar êste bigeminismo *ventricular* de certas pertubações de ritmo que se observam em alguns casos de miocardite grave.

Algumas observações acusam o aparecimento de vertigens, atribuídas à coexistência de perturbações de condutibilidade. As lipotímias que, de onde a onde, apresenta a nossa doente não são de tal intensidade que as possamos relacionar com as perturbações circulatórias cerebrais da doença de Adams Stokes.

¿ Haverá uma relação causal entre as duas afecções que esta doente apresenta ?

A dilatação exagerada da aurícula esquerda não justifica a

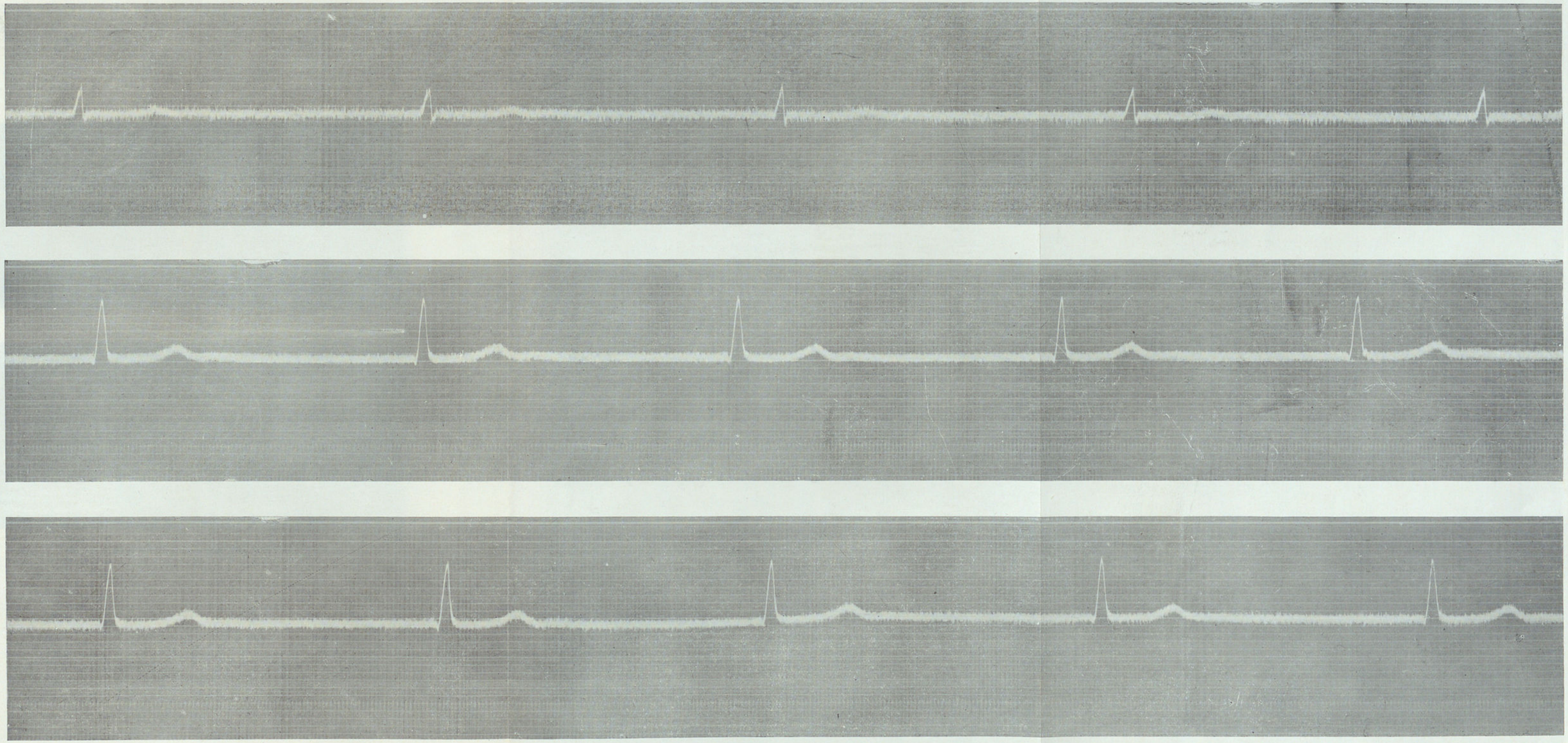


Fig. 10 — Electrocardiograma nas 3 derivações. Tempo 1/50 ". *P* confunde-se com *R*

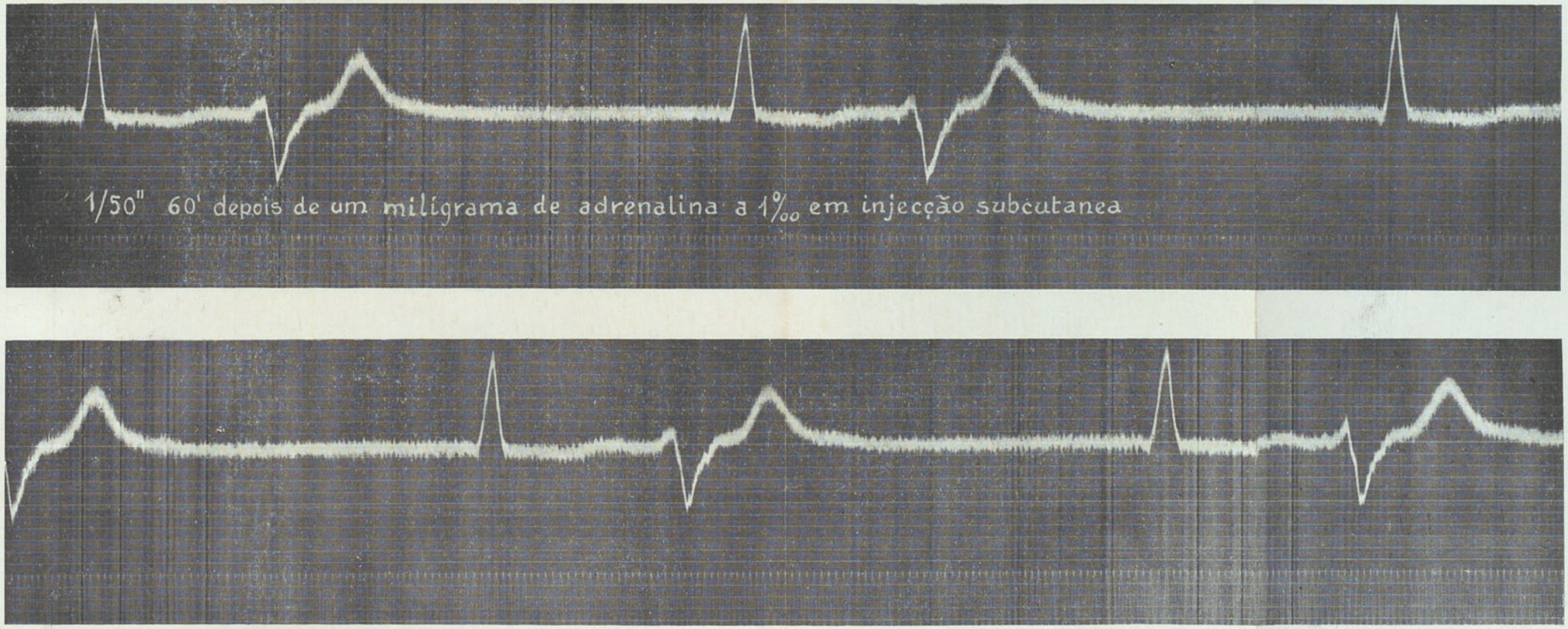


Fig. 11. – Electrocardiograma na 2.ª derivação, uma hora depois da injecção subcutânea de um miligrama de adrenalina. Bigeminismo por extrasistoles ventriculares esquerdas, que durou 24 horas

presença do ritmo septal. Supomos as duas afecções independentes, mas com a mesma unidade patogénica, para o apuramento da qual nem a doente nem os exames laboratoriais nos forneceram quaisquer dados de valia

Conclusão. — A associação das duas lesões — lesão do nódulo de Keith e Flack, originando o ritmo septal, e dilatação exagerada da aurícula esquerda — conduz-nos a filiá-las no mesmo processo. A ausência de estenose mitral, a doença que geralmente origina essa dilatação, e a sintomatologia que a doente apresenta, faz-nos presumir que é primitiva a natureza dessa lesão, certamente de origem vascular, e que a insuficiência mitral que a doente possui é meramente funcional, produzida pela dilatação extrema da aurícula.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSMANN. — *Klin. Röntgendiagnostik d. Inn. Erkrankungen*, 3.ª ed., 1924.

BELSKI. — Beobacbtungen über atrwvent. Automatie im Verlauf d. Infektionsk. — *Zeits. f. klin. Med.*, pág. 515. 1909.

DIETLEN, H. — Cor bovinum oder Herzbeutelerguss? — *Wiener Arch. f. innerer Medizin.* Vol. 18. 1929. Pág. 19.

DONZELOT e GÉRAUDEL. — Un cas de bradycardie septal permanente. — *Arch. des mal. du cœur.* Pág. 401. 1924.

EAST. — Great dilatation of the left auricule. — *Lancet.* 1923. I. N.º 12.

GALLAVARDIN e GRAVIER. — Bradycardie nodale permanente. — *Arch. des mal. du cœur.* N.º 2. 1921.

KRAUS. — Uber die Möglichkeit der klin. Diagnose intrakardialen aneurysmen. — *Berl. Klin. Woch.* 1919. Pág. 529.

LABADILLE. — *Les dilatations anévrismales de l'oreillette gauche.* Paris. 1925.

LEWIS. — *The mechanism and Graphic regist. of the Heart Beat.* 3.ª ed., 1925.

LUTEMBACHER. — Anéurisme de l'oreillette gauche. — *Arch. des maladies du cœur.* N.º 4. 1917.

—— Deux nouveaux cas d'anéurisme de l'oreillette gauche. Ibid. N.º 10. 1918.

MAHAIM, J. — De l'aneurisme primitif de l'oreillette gauche. — *Ann. de Méd.* Vol. XXI. 1927.

ROSSELOT e BACH. — Un cas d'anéurisme de l'oreillette gauche. — *Arch. des mal. du cœur.* N.º 2. 1924.

ROTHBERGER. — in *Handbuch d. normalen u. Pathologischen Physiologie.* Vol. 7.º, 1.ª parte. Berlim. 1926.

SHAW. — Horizontal dilatation of the left auricule. — *Lancet.* N.º 10. (Vol. II). 1924.

VAQUEZ e BORDET. — *Radiologie du cœur et des vaisseaux de la base.* 4.ª ed 1928.

WENCKEBACH e WINTEBERG. — *Unregelmässige Herztätigkeit.* Leipzig. 1927.

Trabalho da 2.ª Clínica Médica
(Prof. Pulido Valente)

O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA GRAVIDEZ, SEGUNDO O MÉTODO DE ASCHEIM-ZONDEK (1)

POR

JOSÉ FILIPE DA COSTA
Assistente da Faculdade

Entre os problemas que mais vezes se deparam ao médico prático, não são por certo dos de menor importância aqueles que se relacionam com o diagnóstico da gravidez. É inútil encarecer o valor que pode assumir, em tantos casos, o seu diagnóstico precoce; supérfluo nos parece também salientar o quanto, sob o ponto de vista de diagnóstico diferencial, a prenhez se pode prestar a confusões, muitas vezes de desastrosas conseqüências.

Com efeito, os meios físicos de diagnóstico, vulgarmente empregados, nunca aparecem nos primeiros tempos que seguem a fecundação, e mesmo em ulteriores períodos não são suficientes para afirmar a natureza gravídica de determinado tumor abdominal, senão quando a gravidez atinge uma fase já adiantada da sua evolução. Compreende-se que, em face de dificuldades tão freqüentes e de tal importância, se tenha procurado resolver o problema do diagnóstico decisivo e precoce da prenhez por outros meios, mais complicados, mas menos falíveis, baseados todos nas alterações que o estado gravídico tráz às mais variadas funções do organismo.

A maioria dêstes métodos, porém, tem ido caindo em desuso, alguns por complicada técnica, quási todos por deficiência dos resultados, e dêles apenas um merece subsistir: o método de Ascheim-Zondek. Assenta êste sôbre bases fisiológicas, que, embora ainda não de todo elucidadas, merecem já no emtanto ser

(1) Comunicação apresentada nas sessões scientíficas do Hospital Escolar.

conhecidas — são as relações hormónicas hipófise-genitais. — Assunto, pela sua extensão e transcendência, difícil de resumir num artigo desta natureza, é-nos porém indispensável tentar fazê-lo, visto serem tais relações endocrínicas que constituem o fundamento do método.

A influência da hormona do lobo anterior da hipófise sôbre o *tractus* genital era já bem conhecida desde que V. Horsley pela primeira vez, em 1886, Dandy, Reichert e Smith mais tarde, verificaram os resultados obtidos por hipofisectomias sôbre animais em diferentes estadios da vida sexual, e desde que, como ulterior contraprova, se observaram os efeitos dos enxertos da glândula em animais nas mesmas condições.

Os efeitos, tanto das hipofisectomias como dos enxertos, são diferentes consoante o estado de evolução sexual do animal operado. Referir-nos hemos apenas às alterações observadas em animais impúberes, visto que só êste caso interessa ao fundamento do processo.

As hipofisectomias em animais impúberes (rato, por exemplo) determinam um atraso acentuado do desenvolvimento físico e em particular do referente ao aparelho genital, cujos órgãos, tanto internos como externos, se apresentam atrofiadíssimos: ovários pequenos, não contendo senão folículos de Graaf degenerados, folículos primordiais e células intersticiais não evolutivas (o que se demonstra pela ausência completa de corpos amarelos), útero pequeno, pouco vascularizado e atrofiado, com a mucosa sem alterações oestrais, tal como sucede com a vagina.

Pelo contrário, por meio de enxertos do lobo anterior da hipófise, em animais também impúberes (por exemplo, ratinha de três semanas), a aparição precoce da puberdade era nítida, caracterizada pelo aparecimento rápido dum verdadeiro período oestral: formação do orifício vulvar e canal vaginal, com presença de abundantes células queratinizadas e estado grumoso da secreção (*Shollenstadium* dos alemães), ovários com numerosos folículos de Graaf em adiantado estado de evolução, útero distendido (devido à hipertrofia das várias camadas) e hiperemiado.

Todavia, verificou-se que os mesmos enxertos, praticados em fêmeas prèviamente castradas, não provocavam jamais o aparecimento das alterações extraováricas mencionadas; portanto, se as alterações passadas ao nivel dos ovários se tinham de consi-

derar directamente dependentes da hormona do lobo anterior da hipófise, as do restante *tractus* genital já o eram simplesmente duma maneira indirecta, isto é, por meio duma outra hormona própria do ovário, mas cujo aparecimento estaria ainda dependente da primeira. Realmente, há muito que foi bem demonstrada a sua existência — é a foliculina.

Perante estas e outras numerosas experiências, puderam finalmente os fisiologistas tirar as seguintes conclusões, em que se funda o processo de Ascheim-Zondek: «a implantação do lobo anterior da hipófise, ou injecções seguidas da sua hormona em animais impúberes, provoca a estimulação do ovário, produzindo a maturação dum número considerável de folículos de Graaf, com superovulação, aparecimento de corpos amarelos e da sua hormona própria — foliculina. — Por seu turno, esta actua sôbre o restante *tractus* genital, transformando em adulta a sua estrutura infantil».

Assentes estes dados, resta saber que as relações entre a hipófise e o *tractus* genital não se reduzem a uma simples dependência deste *tractus vis-à-vis* da hipófise, mas são pelo contrário recíprocas. Assim, não falando nas alterações ante-hipofisárias por ablação dos ovários, para o nosso caso sem interêsse em especial, sabemos que, durante a gestação, o lobo anterior da hipófise se hipertrofia consideràvelmente (hipertrofia que regressa ràpidamente depois do parto, embora nunca readquira o volume primitivo, e cada vez menos importante com a continuação das gravidezes). Mais ainda: a sua estrutura altera-se, hiperemiando-se, multiplicando e hipertrofiando as suas células principais, que se transformam em células de gestação e aumentando a percentagem da sua hormona. São estas alterações, consistindo pois numa hiperactividade da glândula e que a maior parte dos autores consideram dependentes duma hormona placentária, que explicam certos sindromas clínicos do período gravídico, como intolerância pelo açúcar (glicosúria gravídica) e acromegalias frustes.

Confirmado por Ascheim-Zondek o aumento desta hormona ante-hipofisária no sangue das grávidas e o seu rápido desaparecimento em seguida ao parto, da mesma maneira que Frank e depois Frankel tinham feito para a foliculina, restava apenas conhecer a sua via de eliminação, para termos o último ponto

capital do método de que nos ocupamos. E os mesmos autores, por novos trabalhos, mostraram que, como a hormona do ovário, também aquela se eliminava pelo rim, estudando e comparando depois as suas vias de eliminação. Ao passo que a percentagem da hormona ante-hipofisária aumenta bruscamente no organismo em seguida à fecundação, atingindo logo de início o máximo, para só no 8.º mês começar a decrescer progressivamente até desaparecer uma semana depois do parto, a foliculina pelo contrário, aumenta vagarosa e sucessivamente durante as oito primeiras semanas e em percentagens bastante variáveis de mulher para mulher. A partir da 3.ª semana é que o aumento se acentua mais, conservando-se em curva ascendente até o momento do parto e terminando igualmente oito dias depois dêste.

Como se vê, portanto, emquanto o aparecimento da primeira hormona se faz duma maneira explosiva, tendo o período de maior percentagem logo no início (quando o diagnóstico da gravidez, mais que difícil, é mesmo impossível), a segunda só se torna apreciável num período mais adiantado e menos necessário. Além disso, a presença desta última tem sido igualmente verificada nos tempos que precedem a menopausa e em certas amenorreias, como numa forma hiper-hormónica descrita por Ascheim-Zondek, a qual se acompanha de alterações próprias da mucosa uterina.

Foi pois, jogando com estes elementos que temos vindo a descrever, que os autores constituíram o seu novo método. Resumindo o que vimos dizendo, consiste êle, pois, na verificação da hormona ante-hipofisária nas urinas das grávidas, por meio das alterações que esta provoca no aparelho genital de ratinhas impúberes, alterações que foram por nós mencionadas no início desta descrição.

A técnica é a seguinte: trabalha-se, por ser a mais concentrada, com a primeira urina da manhã; esta é filtrada e acidificada com algumas gotas de ácido acético, caso a sua reacção ao papel de *tournesol* não seja ácida. Durante os 3 dias que dura cada experiência, podemos utilizar sempre a urina do primeiro dia, conservada com tricresol (1 gota para 25 c. c.), ou, o que é vantajoso, pedir à pessoa sôbre que recai a experiência para nos enviar nova úrina cada dia.

Escolhidas 5 ratinhas de 3 semanas aproximadamente, com

cêrca de 6 a 8 gramas de pêso, são estas injectadas respectivamente com $0^{cc},20$, $0^{cc},25$, $0^{cc},30$, $0^{cc},30$ e $0^{cc},40$ de cada vez durante os três dias, em harmonia com êste horário:

1.º dia — 1.ª injecção às 11 horas
2.ª » » 17 »
2.º dia — 1.ª » » 10 »
2.ª » » 13 »
3.ª » » 17 »
3.º dia — Uma única injecção às 10 horas

Passados dois dias da última injecção (por exemplo uma sexta-feira se as experiências começaram a uma segunda-feira), são os animais mortos com gás de iluminação e imediatamente autopsiados. Examinam-se, então, os órgãos sexuais, onde é possível, segundo os autores do método, verificar três graus de reacção:

REACÇÃO I — MATURAÇÃO DO FOLÍCULO. OVULAÇÃO. CIO.

O folículo amadurece, constitui uma cavidade na sua espessura *(cumulus oophorus)*, rebenta, o ôvo cai na trompa e forma-se um corpo amarelo. A hormona ovárica aparece e com ela as alterações do restante *tractus* genital: hipertrofia de todos os órgãos do aparelho sexual com aumento e estado gromoso da secreção do útero e vagina *(Sollenstadium)* — é o cio.

REACÇÃO II — PONTOS HEMORRÁGICOS

Esta é marcada pela presença de pontos hemorrágicos. O folículo aumenta de volume e muitas vezes luteinizado, é a sede de uma hemorragia em massa, reconhecível macroscòpicamente, como uma mancha azulada.

REACÇÃO III — LUTEINIZAÇÃO. FORMAÇÃO DE CORPOS AMARELOS ATRÉTICOS

Nesta observa-se a luteinização das células da teca e da granulosa, mas, sobretudo, forma-se um corpo amarelo vascular com

STAPHYLASE do Dr DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do Dr DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

PARIS, **P. LEBEAULT & Cº**, 5, Rue Bourg-l'Abbé.

A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS

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

YODALGON

COM ARRENAL

Combinação orgânica de IODO, FOSFORO e ARSENICO associada aos principios activos do fucus vesiculosus, fumaria e juglans regia. Muito rico em VITAMINAS.

XAROPE MUITO AGRADAVEL DE TOMAR

Artritismo, Escrofulose, Arteriosclerose, Linfatismo, Tuberculose e Doenças da pele.

RECONSTITUINTE DE EFEITO SEGURO NAS CRIANÇAS

Doses: Adultos, 3 colheres das de sôpa. Crianças, 3 colheres das de chá.

Depositarios para Portugal e Colonias: *Gimenez-Salinas & Cª*, Rua Nova da Trindade, n. 1.º — Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 · BARCELONA

VIGANTOL

Vitamina-D

Acção favoravel sobre a dentição crescimento dos ossos e a formação do cálcio ao nivel das fracturas. Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbidas.

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

Embalagens originais:
VIGANTOL solução óleo
VIGANTOL chocolatado em drageas

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

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

um ôvo incluso: é o corpo amarelo atrético, também visível macroscòpicamente, com côr amarelada.

Destas, a reacção I não é considerada específica da gravidez, visto encontrar-se no decurso de processos de crescimento, como tumores de rápido desenvolvimento (carcinomas), mixedemas, etc. Pelo contrário, as reacções II e III podem confirmá-la, pelo que, no caso de não serem apreciáveis macroscòpicamente, se deve proceder a exame microscópico dos ovários.

As experiências a que procedemos, e que servem de base a ulteriores trabalhos, não são de molde, pela sua percentagem, a fornecer uma opinião segura sôbre o método. Por isso, antes da nossa contribuïção pessoal, registamos a estatística dos autores citados: — Ascheim-Zandek, em 511 provas, obtiveram os seguintes resultados:

a) Em 37 casos, os animais morreram, inutilizando a prova que nalguns casos se pôde repetir; foram quási todos feitos com urinas de carcinomatosos.

b) Em 197 casos de gravidez teve 2 % de erros.

c) Os restantes, nas seguintes situações:

6 menopausas — negativas.
16 mulheres não grávidas — negativas.
3 metrorragias — negativas.
15 homens — 14 negativas e uma R. I.
15 doentes do aparelho respiratório e circulatório — negativas.

Perturbações endocrínicas:
- 3 acromegalias — negativas.
- 3 obesidades hipof. — negativas.
- 3 tumores da hipóf. — negativas.
- 5 mixoedemas — duas R. I.

3 mulheres castradas — negativas.
12 afecções do aparelho genital feminino — negativas e 2 R. I.
20 cancros genitais — 11 negativas, 7 R. I, 2 R. II. Berblinger verificou, nestes 2 casos de R. II, alterações do lobo anterior da hipófise, semelhantes às da gravidez, devendo, pois, ser esta a causa do resultado obtido. (Simples interêsse scientífico).
Abortos — positiva até 8 dias depois do parto.
2 casos de mole hidatiforme — positivos.

14 casos de gravidez tubária:
- 11 positivos (feto vivo).
- 3 negativos (feto morto).

10 tumores benignos dos anexos — negativos e 1 R. I.
18 fibromas uterinos — negativos e 3 R. I.
42 amenorreias — 39 negativos e 3 R. I.

Pela nossa parte, de todas as experiências efectivadas, apenas 17 casos se harmonizam com ilações concretas. Os outros são ainda objecto de estudo e, por isso, não entram nesta apreciação.

Das 17 experiências, 8 foram feitas com resultados positivos (R. II e III), em grávidas de 2, 3, 5 e 6 meses.

As restantes, todas negativas, incidiram em 3 casos de amenorreias, uma doente tuberculosa não grávida, duas urinas de homens, duas mulheres normais e uma acromegalia.

Para terminar, afiguram-se-nos lícitas, do que vimos dizendo, algumas conclusões:

1.º — Embora não específica da gravidez, a reacção de Ascheim Zondek tem-se, no emtanto, mostrado negativa em todos os casos que se podem confundir com ela, visto a sua positividade se resumir, além daquela, a situações clìnicamente bem evidentes.

2.º — Nas gravidezes nìtidamente averiguadas, a negatividade só se mostrou em 2 por cento de casos.

3.º — Como corolário das duas primeiras, se pode deduzir a vantagem da sua introdução na prática corrente, com o fim de procurar resolver as dificuldades que o diagnóstico precoce da gravidez tão freqüentemente apresenta.

NOTAS CLÍNICAS

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REACÇÃO DE GATÉ-PAPACOSTAS NA DOENÇA DO SONO

POR

WALDEMAR GOMES TEIXEIRA
Médico de 1.ª classe

É já sabido que, nas regiões tropicais, além da tripanosomíase, várias outras doenças, como o paludismo, a lepra, o pian, a sífilis, a tuberculose, etc., podem dar ao sôro dos doentes a propriedade de gelificar em contacto com o formol. Esta formol-gelificação, ou reacção de Gaté-Papacostas, não teria, portanto, outro valor que não fôsse o de fazer supor, quando positiva, uma doença geral crónica, se bem que êsse mesmo valor não seria, em todo o caso, para desprezar.

Mas, G. Ledentu e M. Vaucel, do Inst tuto Pasteur de Brazzaville, verificaram que, em certas condições de tempo, a reacção de Gaté poderia ser um bom sinal de presunção da doença do sono. Mostraram êles que, sempre que a tripanosomíase era diagnosticada microscòpicamente, a reacção de Gaté mostrava-se positiva muito ràpidamente, nunca depois de 30 minutos.

Porque a reacção, nas condições apontadas por Ledentu e Vaucel, era realmente tentadora de praticar-se, quer pela sua rapidez, quer pela sua simplicidade — não requerendo a sua técnica aparelhos especiais que o seu rudimentar laboratório não possuía — resolvi experimentá-la.

Tendo feito a reacção de Gaté nos soros de 363 indivíduos, cujos gânglios tive de picar para análise da linfa, venho dar conta dos resultados verificados.

A reacção foi praticada pelo processo conhecido de juntar 3 gotas de formol a um centímetro cúbico de sôro sanguíneo. Ao fim de 30 minutos considerava-se a reacção terminada, apontando-se como negativa quando a êsse tempo o sôro não estava ainda gelificado.

RESULTADOS

Portadores de gânglios *positivos* para tripanosomas com reacção de Gaté *positiva*	76
Portadores de gânglios *positivos* para tripanosomas com reacção de Gaté *negativa*	27
Portadores de gânglios *negativos* para tripanosomas com reacção de Gaté *positiva*	27
Portadores de gânglios *negativos* para tripanosomas com reacção de Gaté *negativa*	233

Vê-se que em 75 %, aproximadamente, dos tripanosomados verificados a reacção de Gaté foi positiva nas condições consideradas, falhando, portanto, em 25 %.

Por outro lado, só em 10 % — isto é, 27 vezes em 260 — a reacção foi positiva em coincidência com um suco ganglionar negativo.

Dêsses 27 indivíduos suspeitos, em que, tendo a Gaté sido positiva, a análise não revelou tripanosomas, uma grande parte poderia talvez ser doente de tripanosomíase. De facto, um dos doentes que examinei, portador da ficha sanitária n.º 753, apresentando sintomatologia clínica da doença do sono, teve a linfa ganglionar negativa para tripanosomas e mostrou o Gaté positivo em 30 minutos; a análise do líquido céfalo-raquídeo, feita em virtude dos sinais clínicos fazerem fortemente suspeitar doença do sono, revelou, além de uma intensa alteração, a existência de tripanosomas. É já bem sabido que só as análises positivas são peremptórias; ainda supondo peremptórios alguns dos exames negativos dos 27 indivíduos, não é impossível que, estando êsses em crise tripanolítica, um novo exame os mostrasse tripanosomados.

Juntando aos tripanosomados aqueles 27, a percentagem de positividade da reacção de Gaté subiria perto de 80 % (103 em 130).

Poderia ser observado que, dos últimos 233, com reacção de Gaté negativa, também alguns haveria em que um segundo exame revelasse tripanosomas; a percentagem de 25 % de tripanosomados com Gaté negativo, já verificada, e mesmo a de 20 %, suposta, seriam suficientes para comportar êsses casos despercebidos.

Das 76 gelificações positivas até 30 minutos, em doentes tripanosomados averiguados, foi a seguinte a incidência nos períodos e nos tempos:

GELIFICAÇÃO	NÚMERO DE CASOS			
	1.º período	2.º período	Não classificados	TOTAL
Até 10 m.	9	7	21	37
De 10 a 20 m.	4	11	7	22
De 20 a 30 m.	3	4	10	17
	16	22	38	76

	1.º período	2.º período	Não classificados	TOTAL
Tempo médio de gelificação	10 m.[9]	20 m.[1]	12 m.[8]	14 m.[7]

A nenhuma conclusão se pode chegar sôbre o tempo de gelificação, segundo o período, porque, embora pareça à primeira vista que a gelificação é mais lenta no segundo período e seja certo que nos casos do primeiro período há maior percentagem de gelificações rápidas, em ambos aparecem todos os

GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

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

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

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

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

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

Tratamento especifico 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.ie**, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

Plasmochina

o reputado remédio moderno para tratamento do

Impaludismo

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

Para a cura

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

Para a profiláxia

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

Para o saneamento

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

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

Soluto a 1 %

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

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Secção scientifica farmacêutica *Bayer-Meister Lucius*

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante depositário

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º - LISBOA

tempos até 30 minutos; e, ainda só metade dos casos têm o período de doença determinado.

Não sei a razão porque doentes com tôda a aparência, tanto clínica como laboratorial, de estarem no mesmo estado, apresentam diferenças na formol-gelificação dos seus soros que vão de 0,5 a 30 minutos, para não citar os que têm a reacção negativa até meia hora.

Os 27 casos de Gaté positivo em portadores de gânglios em que não pôde ser verificada a existência de tripanosomas, distribuíram-se, segundo o tempo de gelificação, da seguinte forma:

Até 10 m.	11
De 10 a 20 m.	6
De 20 a 30 m.	10
Tempo médio	16 m.³

Também, comparando estes números e tempos com os dos tripanosomados certos, nada de positivo pode ser concluído.

CONCLUSÕES

A reacção de Gaté-Papacostas, só considerada como positiva quando seja verificada a gelificação do sôro até 30 minutos, concorda em de 75 % a 80 % dos casos com a existência de tripanosomas no sistema hemo-linfático, percentagem que não é inferior à da positividade de outras reacções serológicas em uso.

Mesmo considerando, como de facto, isentos de tripanosomíase todos os indivíduos em que um primeiro exame não revelou o parasita, só em 10 % dos casos a reacção seria positiva sem tripanosomíase; como aquela hipótese, muito verosimilmente, não se confirmaria, a percentagem deve, realmente, ser menor.

Se a reacção tem o defeito de deixar despercebidos 20 a 25 % dos doentes, não é nisso inferior a grande parte dos meios de diagnóstico conhecidos.

Por essas razões, considero a reacção de Gaté-Papacostas, quando positiva em menos de trinta minutos, um bom sinal de grande probabilidade da doença do sono.

Pela sua simplicidade e rapidez, poderá ser feita em qualquer lugar, longe do laboratório.

Quando não haja microscópio, em visitas de reconhecimento a povoações em pleno mato, poderá a reacção de Gaté, à falta de melhor, servir como meio de escolha de doentes.

Revista dos Jornais de Medicina

Estudos comparativos radiográficos e anatómicos da tuberculose intestinal. *(Comparative radiographic and anatomical studies of intestinal tuberculosis)*, por MAXIM STEINBACH. — *The Am. Rev. of Tub.* Janeiro. 1930.

De 273 casos com tuberculose pulmonar avançada, estudados radiològicamente para apuramento da coexistência de tuberculose intestinal, pela demonstração do sinal clássico de Stïerlin (falta de visualização do *cœcum* e cólon ascendente, com visualização da porção terminal do íleon e do cólon transverso), os autores obtiveram a autópsia de 67.

Pelo estudo comparativo dos dados de observação clínica ou, mais precisamente, pelo estudo comparativo dos exames de raios X e dos exames anátomo-patológicos, deduzem os seguintes comentários e conclusões:

Estes 67 casos dividem-se em dois grupos principais:

I — Aqueles em que as averiguações radiológicas coincidiram com as lesões, evidenciadas na autópsia.

II — Aqueles outros em que as observações radiológicas estavam em desacôrdo com o exame anátomo-patológico.

O grupo I contém 32 casos. Em 20 os exames roentgenológico e anatómico foram positivos, em 5 o exame roentgenológico foi suspeito e o exame anatómico positivo e em 7 os exames de raios X e anátomo-patológicos foram negativos.

O grupo II consta de um total de 35 casos, 3 casos com aspectos radiológicos positivos e exames anátomo-patológicos negativos, 18 casos com feição radiológica normal mas com lesões anátomo-patológicas de tuberculose ulcerosa do intestino, 6 casos que na autópsia mostraram lesões tuberculosas do intestino e que ao exame radiológico apresentavam sinais indefinidos, mesmo depois de repetidos estudos, 4 casos com exames radiológicos positivos de colite tuberculosa e que pelo exame anátomo-patológico apenas revelaram lesões tuberculosas do intestino delgado.

Os exames anátomo-patològicos do intestino devem abranger o seu estudo macro e microscópico, Estes estudos não são dignos de confiança sem a incisão da parede do intestino, visto que muitas das ulcerações inicialmente apenas atingem a mucosa e a sub-mucosa e não podem tornar-se visíveis antes da abertura e da lavagem da parede intestinal.

Uma grande parte das ulcerações que não são visíveis macroscòpicamente só se revelam pelo exame microscópico.

Em 13 casos autopsiados não havia qualquer lesão suspeita de tuberculose até que se abriu e lavou o intestino e se inspeccionou miùdamente a superfície da mucosa.

Daqui se conclui que a inspecção cirúrgica do intestino *in vivo* pode deixar de mostrar as ulcerações tuberculosas em um considerável número de casos.

Em face dos resultados a que se chegou pela observação dêstes 67 casos clínicos, verifica-se que os sinais radiológicos apontados para a diagnose das

lesões de tuberculose ulcerosa do intestino falham em uma percentagem superior a 52 %.

MORAIS DAVID.

Comparação dos resultados das reacções de Wassermann e Kahn em 1.000 soros. *(Comparison of a thonsand serums tested by the Wassermann and Kahn methods)*, por H. COOKSON e K. BROWN. — *The Brit. Med. Jour.* 8 de Março de 1930.

Em uma série de observações que somam o total de 1.000 análises de soros diferentes, compararam-se os resultados das reacções de Wassermann e Kahn.

As reacções de Wassermann e Kahn podem, afoitamente, comparar-se nas suas conclusões, havendo, contudo, uma preferência em favor dos resultados traduzidos pelas reacções de Wassermann.

Há vantagem indiscutível em proceder simultâneamente a estas duas reacções.

A simplicidade e a rapidez de execução das reacções de Kahn tornam-nas muito úteis nos casos em que as reacções de Wassermann são dificeis ou impossíveis.

A reacção de Kahn não deve suplantar a reacção de Wassermann.

MORAIS DAVID.

O tratamento da úlcera péptica perfurada. *(The treatment of perfurated peptic ulcer)*, por H. WILLIAMS e C. WALSH. — *The Lancet.* 4 de Janeiro de 1930.

Os autores coligiram 158 casos de perfuração do estômago e do duodeno, operados segundo a mesma técnica, com sutura da perfuração e drenagem da cavidade peritoneal, sem gastro-jejunostomia primária, e constatam:

124 casos foram de perfuração de úlcera duodenal e 34 apenas de perfuração de úlcera gástrica.

No acto operatório nunca se encontrou mais de que um orifício de perfuração.

A recidiva de perfuração verificou-se em 3 casos a intervalos de 11 meses, 4 anos e 5 anos do acto operatório.

Os factores mais importantes relacionados com a mortalidade dêstes doentes foram a duração, a sede e a extensão da perfuração.

Não se pôde estabelecer relação entre a idade do doente e o prognóstico. Os doentes mais idosos comportaram-se da mesma maneira que os mais novos.

Entre os 124 casos de perfuração duodenal houve 20 mortes e entre os 34 de perfuração gástrica houve também 20 mortes.

Parece haver determinados factores que intervêm na evolução clínica dos casos de perfuração, mas o seu reconhecimento preciso não pode ser seguramente apreciado. Contudo, de extrema importância é, sem dúvida, a toxicidade e, bem assim, o tipo de infecção do fluido intra-peritoneal.

As perfurações de úlcera gástrica têm uma mortalidade bem maior do que as perfurações de úlcera duodenal.

MORAIS DAVID.

O uso da epinefrina no diagnóstico da angina de peito, com observações dos sinais electrocardiográficos determinados pela injecção de epinefrina em pessoas normais e em doentes com angina. *(The use of epinephrine as a diagnostic test for angina pectoris. With observations on the electrocardiographic changes following injections of epinephrine into normal subjects and into patients with angine pectoris)*, por S. LEVINE, C. ERNSTENE e B. JACBSON. — *Arch. Int. Med.* Fevereiro de 1930.

Conclusões. — A epinefrina foi injectada por via sub-cutânea a 3 grupos de pessoas:

Um grupo de 11 doentes sofrendo de crises de angina de peito;

Um grupo de 10 doentes sem angina de peito;

Um grupo de 10 pessoas normais.

Em todos os anginosos, salvo um, a injecção de epinefrina foi seguida de uma crise dolorosa típica. Nos outros indivíduos a injecção não provocou qualquer crise dolorosa.

Os estudos electrocardiográficos revelaram que, após a injecção de epinefrina, a onda T aumenta ligeiramente no grupo dos doentes com angina de peito, emquanto que nos outros grupos ou não aparecem variedades nos traçados electrocardiográficos ou aparece até uma ligeira deminuïção na altura da onda T.

O aumento na pressão sanguínea e no número de pulsações é um pouco mais evidente nos doentes com angina de peito.

A produção da crise anginosa com a injecção de epinefrina pode servir como prova de diagnóstico. Esta prova não deve aplicar-se aos casos em que o diagnóstico é indiscutível mas só aqueles em que o diagnóstico é indeciso.

Uma vez que a epinefrina reproduz com tanta regularidade as crises anginosas nos indivíduos sujeitos a elas, o uso terapêutico desta droga em uma tal categoria de doentes exige a maior cautela.

MORAIS DAVID.

A acção da urina da mulher grávida no aparelho genital do rato e em particular do rato macho. A sua utilização para o diagnóstico biológico da gravidez. *(L'action de l'urine de femme enceinte sur le tractus génital de la souris et en particulier de la souris mâle. Son utilisation pour le diagnostic biologic de la grossesse)*, por BROUHA, HINGLAIS, SIMMONET. — *Bul. de l'Acad. de Méd.* 28 de Janeiro de 1930.

Zondek e Ascheim descobriram que as urinas das mulheres grávidas contêm, em quantidade biològicamente apreciável, uma substância estimulante da actividade dos órgãos genitais. Esta propriedade serve como reacção biológica para o diagnóstico da gravidez e é conhecida pelo nome de reacção de Zondek e Ascheim.

EPIVOMIN
SANAVIDA

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

Laboratório Sanavida -- Sevilla

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

MAGNESIA
S. PELLEGRINO

Purga,
refresca,
desinfecta

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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

Produtos SERONO

Quando não seja possivel fazer-se um

tratamento anti-sifilítico

pela via hipodérmica, recorra-se ao

VIROSAN "SERONO"

"PER OS"

em pilulas (contendo cada uma 25 mg. de mercurio metálico sob a forma orgânica) que

não tem os inconvenientes comuns nos sais de mercurio

Produtos SERONO

Para as curas reconstituintes que se seguem aos tratamentos anti-luéticos,

lembramos aos srs. médicos a

BIOPLASTINA "SERONO"

ampolas de 1 1/2 e 5 cc.

Emulsão aseptica de lecitina de gema de ovo fresco e luteinas -:- -:- em sôro fisiológico -:- -:-

Envia-se amostras grátis aos srs. médicos

L. LEPORI

Telefone Central 3096

Rua Victor Cordon, 1-E

Apartado 214

LISBOA

Produtos SERONO

Produtos SERONO

Produtos SERONO

A reacção de Zondek e Ascheim tem sido verificada pelas injecções de determinadas porções de urina, provindo de mulheres grávidas, a ratas impúberes, com certas condições de pêso e idade.

Os autores escolheram porém os ratos machos e dizem que, desta modificação, derivam vantagens apreciáveis, e que as reacções não só se tornam mais sensíveis como também mais fáceis de interpretar.

Eis as normas que os autores indicam e os resultados a que chegaram:

A urina da grávida é colhida de manhã, asèpticamente e injectada por via sub-cutânea na dose cotidiana de 0,1 a 0,3 c. c., durante 8 a 10 dias consecutivos, a ratos com pesos compreendidos entre 8 a 15 grs. no comêço da experiência.

Os animais são sacrificados ao fim de 24 horas da última injecção e o simples exame das vesículas seminais permite, sem ambigüidades, apreciar a natureza da reacção obtida.

Em 150 casos os autores obtiveram os resultados seguintes:

1.º — Casos de gravidez certa, 92.

Respostas positivas 92.

2.º — Casos em que não havia certamente gravidez (mulheres normais, amenorreias, fibromas, quistos), 30.

Respostas negativas 30.

3.º — Casos em que o diagnóstico clínico de gravidez era duvidoso ou impossível, 19.

Respostas negativas 6.

Respostas positivas 13.

Todas estas respostas foram confirmadas posteriormente, como certas.

Em 2 casos não foi possível estabelecer o diagnóstico porque a urina era tóxica para os animais.

Assim, com a mesma sensibilidade que a prova primitivamente descrita por Zondek e Ascheim, a reacção provocada pelas injecções das urinas de grávidas aos ratos é mais fácil de interpretar, mesmo macroscòpicamente, e não implica a necessidade estrita de empregar animais impúberes.

MORAIS DAVID.

A pielite no puerpério. *(Pyelitis in the puerperium)*, por J. PRATHER e G. CRABTREE. — *New Eng. Jour. of Med.* 20 de Fevereiro de 1930.

A pielite post-partum deve ser considerada como uma causa possível da febre puerperal.

48 % dos casos são referidos a primíparas.

Os factores etiológicos mais correntes são: trauma durante o período de expulsão, complicações vesicais do puerpério e recrudescência de uma pielite latente.

Os sintomas locais não aparecem por vezes, mesmo quando a temperatura provém exclusivamente de pielite.

A dor à palpação no ponto costo-vertebral e a existência de pus na sondagem com o catéter, são os sintomas mais notáveis em favor do diagnóstico.

O tratamento conservador faz-se pela injecção de líquidos, cêrca de 4l,5 por dia, e pela administração simultânea de um dos antisépticos urinários habituais.

Em certos casos torna-se preciso o tramento local.

O tempo preciso para a cura é, em têrmo médio, de quatro meses.

MORAIS DAVID.

Septicémias de origem buco-dentária. *(Septicémies d'origine bucco-dentaire)*, por THIBAAULT e RAISON. — *La Revue de Stomatologie.* N.º 9. 1929.

As considerações clínicas, bacteriológicas e terapêuticas feitas pelo A. permitem deduzir um duplo ensinamento para o clínico geral e para o especialista.

Para o clínico geral:

1.º — Deve encarar a infecção buco-dentária como uma causa freqüente de septicémias semelhantes às septicémias de outra origem, determinadas como elas por uma polulação local de micróbios, uma exaltação da sua virulência ou uma deminuïção da resistência geral, e diferençando-se apenas pela via de penetração bacteriana.

2.º – Não considerar as relações entre os focos de infecção crónica, alvéolo-dentária e certas doenças a distância, como uma simples hipótese, mas como uma realidade apoiada em factos já numerosos, de que resta definir o grau de generalidade. Com êste fim, os americanos fazem tratamentos buco-dentários completos, esperando encontrar nas estatísticas de mortalidade dos futuros anos um testemunho exacto das relações que existem entre a infecção bucal e certas afecções orgânicas. O estudo sistemático de afecções crónicas, de origem infecciosa ainda indeterminada, será mais proveitoso, sobretudo, se fôr conduzido por uma cuidadosa colaboração entre médicos, estomatologistas e bacteriologistas.

O ensinamento deduzido do estudo das septicémias bucais é igualmente importante para o especialista. Dêle se deduz:

1.º — Que é necessário intervir, em tempo oportuno, numa inflamação local aguda para evitar a disseminação infecciosa, e, sendo preciso, completar esta intervenção com um tratamento geral anti-infeccioso.

2.º — Não se preocupar exclusivamente com a restauração estética e funcional do doente e evitar a sua lesão infecciosa. Para isso proteger o órgão polpar e eliminar a infecção gengival piorreica, muitas vezes fonte segura de intoxicação geral. Quando o especialista descobre uma piorreia alveolar, ou um granuloma apical, deve avisar o clínico geral para saber se o seu doente não sofre de qualquer afecção a distância, procedendo assim de modo idêntico ao do oftalmologista quando descobre uma retinite hemorrágica. A competência do especialista em medicina geral deve ser suficiente para que compreenda os resultados do exame médico, faça a interpretação patogénica e institua um tratamento causal apropriado. O estudo das septicémias buco-dentárias mostra bem como para a prática da arte dentária são necessários grandes conhecimentos médicos.

F. FONSECA.

Sarcoma do útero e roentgenterapia. *(Sarcome de l'utérus et roentgenthérapie)*, por A. BECLÈRE. — *Gynécologie et Obstétrique.* N.º 1. 1930.

No decurso da evolução dos sarcomas do útero, os próprios partidários da intervenção cirúrgica como método preferido de tratamento recorrem mais freqüentemente à radioterapia do que à operação. As razões que levam a recorrer à radioterapia são:

1.º — A radioterapia pode ser aconselhada, com vantagem, depois da intervenção cirúrgica e a título profilático contra uma recidiva sempre a temer.

2.º — A radioterapia está incontestàvelmente indicada a título curativo ou, sobretudo, paliativo:

a) Em todos os casos julgados insuperáveis.

b) Em todos os casos em que a operação está mèdicamente contra-indicada ou é recusada pelos doentes.

c) Em todos os casos de recidiva.

d) Em todos os casos de metástases e qualquer que seja a sede.

F. FONSECA.

Tratamento da diabetes com cholosulin. *(Behandlung des Diabetes mit Cholosulin)*, por H. STEINITZ. — *Klinische Wochenschrift.* N.º 12. 1930.

As pesquisas do autor sôbre a influência da cholosulin sôbre a curva da glicemia e a glucosúria de 20 diabéticos deram um resultado completamente diferente do obtido por Stephan. Experiências conduzidas pela forma indicada por êste último autor mostraram que a cholosulin não actua sôbre a curva da glicemia, nem mesmo quando administrada durante um período longo. Em nenhum dos vinte diabéticos tratados com cholosulin, qualquer que fôsse a sua idade e a gravidade da doença, notou o autor melhoria da perturbação do metabolismo, embora na maioria dêsses doentes o tratamento fôsse prolongado durante muitas semanas e com doses elevadas de medicamentos.

Mesmo glicosúrias pequenas de cêrca de 10 grs. por dia não desapareceram a-pesar-de um longo tratamento.

Em várias experiências o A. não conseguiu verificar a acção de armazenagem atribuida à cholosulin.

A cholosulin não pode pois ser considerada como um meio activo no tratamento peroral da diabetes.

F. FONSECA.

O tratamento cirúrgico da doença de Basedow e das hipertereoses. *(Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow und der Hyperthyreosen)*, por E. FELDMANN. — *Klinische Wochenschrift.* N.º 11. 1930.

O A. resume as indicações cirúrgicas da doença de Basedow do seguinte modo: nos casos mais ligeiros dessa doença está indicada a irradiação combinada eventualmente com tratamento interno. Se dentro de 6 a 8 semanas se não notam melhoras e no espaço de mais algumas semanas se não atinge

a cura completa ou melhoras nítidas, está indicada a intervenção. Esta última constitui o método de tratamento que cura a grande maioria dos doentes. A operação deve fazer-se o mais precocemente possível.

O A. formula ainda as indicações para a irradiação e a operação do seguinte modo:

A roentgenterapia está indicada nos seguintes casos:

1) Em todos os casos ligeiros e incipientes de doença de Basedow sem grande bócio.

2) Em todas as formas pobres em sintomas.

3) Em todos os casos pouco ou nada melhorados pela intervenção e nas recidivas post-operatórias.

As indicações absolutas para o tratamento cirúrgico são as seguintes:

1) Em todas as hipertereoses com notável bócio que desperta ou pode vir a despertar sintomas mecânicos.

2) Em todas as formas agudas e de progressão rápida.

3) Nos casos refractários à irradiação.

F. FONSECA.

Obstrução brônquica. *(Bronchial obstruction)*, por E. FUNK e L. CLERF. — *The Med. Clin. of. N. America.* Janeiro. 1930.

Os autores apresentam vários casos de obstrução brônquica diagnosticada pelo exame físico combinado com o exame radiológico. Qualquer dêstes exames não permitiu diagnosticar a causa da obstrução, o que só se conseguiu por meio da broncoscopia que deve ser feita antes de instituído o tratamento apropriado.

F. FONSECA.

Hemorragia espontânea sub-aracnoidea. *(Spontaneons sub-arachnoid Hemorrage)*, por S. LEOPOLD. — *The Med. Clin. of. N. America.* Janeiro· 1930.

A hemorragia espontânea sub-aracnoídea implica uma brusca extravasação de sangue no espaço sub-aracnoídeo que não é causada por um trauma, infecção específica, doença do sangue ou proveniente dos ventrículos laterais em conseqüência duma lesão cerebral profunda.

O A. cita os sintomas clínicos e laboratoriais desta afecção, referindo-se especialmente ao possível valor da prova de van den Bergh para a bilirubina, prova essa que serve para diagnóstico diferencial entre uma hemorragia verdadeira e uma hemorragia acidental no líquido céfalo-raquidiano.

F. FONSECA.

Um caso de anemia perniciosa primária com nevrite múltipla e esclerose combinada subaguda melhorada com dieta de fígado. *(Report of a case of primary pernicious anemia with multiple neuritis and subacute combined sclerosis with improvement by liver diet)*, por H. ROBERTSON e T. GOWEN. — *The Med. Clin. of. N. America.* Janeiro. 1930.

Descrição dum caso de anemia perniciosa progressiva com nevrites múltiplas e esclerose combinada subaguda.

Mulher de 65 anos, admitida, queixando-se de fraqueza e impossibilidade de andar.

Análise de sangue:

Hemoglobina	27 %
Glóbulos rubros	980.000
Glóbulos brancos	5.400
Polime	60
Pequenos linfos	33
Grandes linfos	7
Glóbulos rubros nucleados	2 %

O exame do suco gástrico revelou aquilia.

Fez duas transfusões de 500 c. c. cada e tratamento com dieta hepática em Setembro (11 e 15). A 19 de Novembro teve alta, melhorada, mas ainda impossibilitada de andar. A 26 do mesmo mês foi admitida no Hospital Samaritan e submetida a tratamento com extracto de fígado Lilly n.º 343 e dieta hepática.

A análise de sangue na altura da segunda admissão era a seguinte:

Hemoglobina	68 %
Glóbulos rubros	3.340.000
Glóbulos brancos	6.000
Polimorfonucleares	36 %
Grandes linfócitos	34 %
Pequenos linfócitos	28 %
Eosinófilos	2 %
Glóbulos rubros nucleados	1 %

Notáveis anisocitose, poiquilocitose e policromatofilia.

Em 30 de Janeiro teve alta, muito melhorada, podendo andar sem sinais de ataxia.

F. FONSECA.

O valor prognóstico da linfocitose nas tuberculoses cirúrgicas. *(El valor pronóstico,* etc.), por SANCHEZ GARCIA e TORRES VILAR. *Policlinica.* (Valência). Setembro, 1928.

Os AA., estudando uma série de 94 doentes de tuberculoses cirúrgicas, chegaram à conclusão de que o estudo da forma leucocitária porporciona um

meio de grande valor para determinar o prognóstico destas doenças. Todo o indivíduo cuja fórmula leucocitária acusava uma acentuada linfocitose, a sua enfermidade tendia para a cura.

Pelo contrário, nos casos de hipolinfocitose, a evolução tórpida da lesão, o mau estado geral, prolongavam o decurso para a cura e houve ocasiões em que foi necessário recorrer a processos radicais para salvar a vida do doente.

¿A que é devida esta defesa patenteada pela linfocitose? Dizem os AA. que ao aumento das «lipases», fermento que provém dos linfócitos do sangue. O fermento lipo-lítico desempenha um grande papel na defesa da infecção tuberculosa. Como? O bacilo tuberculoso está protegido por uma cápsula cérulo-gordurosa, a qual lhe prolonga a duração da actividade. Esta cápsula só pode ser destruída pelo fermento lipo-lítico, e, uma vez destruída, o leucócito polinuclear já pode fagocitar o bacilo de Koch. A cápsula cérulo-gordurosa impede esta luta. Por êste motivo, a lipase, graças à sua propriedade de decompor as gorduras, ataca a cápsula do bacilo deixando-o indefeso.

Os trabalhos de Marie e Fischer demonstraram êste facto, assim como os de Metalnikoft, apoiando a teoria do valor que tem o fermento lipo-lítico.

Neste trabalho encontramos as histórias de vários tuberculosos cirúrgicos (coxites, artrites do joelho, mal de Pott, etc.), acompanhadas pelas fórmulas leucocitárias, e por elas se vê como conforme a linfocitose aumentou assim melhorou o estado geral, e a lesão tuberculosa tendeu para a cura, e como no caso contrário foi necessário recorrer a amputações para salvar a vida ao doente.

MENESES.

O tratamento operatório da tuberculose articular. *(El tratamiento operatorio de la tuberculosis articular)*, por J. GONZÁLEZ-AGUILAR. — Madrid, 1928. Brochura de 83 págs.

O A. apresenta um trabalho fundamentado na experiência e orientado nas ideas da Clínica de Cirurgia Ortopédica do Hospital de Carabanchel, dirigida pelo Prof. Bastos y Ansart.

O redactor desta referência acompanhou durante alguns dias o labor cirúrgico dessa clínica e teve ocasião de notar o seu alto grau scientífico, a par da maior actividade ortopédica que lhe foi dado observar em clínicas semelhantes de toda a Ibéria. Os trabalhos e as ideas do Prof. Bastos, defendidas em publicações feitas nas principais revistas europeias, têm sempre, além de tudo o mais, um forte cunho de personalidade desempoeirada e desassombrada. A sua cultura cirúrgica geral, as grandes bases biológicas em que sempre se apoia, e o admirável ponto de vista prático, tornam a leitura dos seus escritos e as suas sessões operatórias uma riquíssima fonte de aprendizagem.

Sob tal inspiração, a brochura a que aqui nos referimos saíu excelente. Não ocultamos o nosso contentamento e o nosso proveito por a termos lido.

Num capítulo de *Generalidades*, o A. expõe as várias razões que levam a separar em dois campos a terapêutica cirúrgica das tuberculoses ósseo-articulares, conforme se trata da criança ou do adulto.

Pôsto que ainda se pratique uma pequena parte da cirurgia mutilante de outrora, contamos hoje com métodos operatórios não mutilantes, que procuram favorecer a cura natural dos processos tuberculosos, exercendo acções que podemos chamar *fisiológicas*, num conceito muito aproximado do que Leriche expõe ao falar da cirurgia moderna.

Entre conservadores puros e intervencionistas existe uma gama de opiniões intermédias. Bier e a sua escola, cuja tendência conservadora toca os extremos (o A. não fala de Calot por entender que as suas ideas tendenciosas actualmente não encontram eco!) não operam nem mesmo quando vêem um sequestro perfeitamente isolado num foco fechado. Dois outros grupos de cirurgiões, agrupados após o inquérito feito em 1921 por König, seguem diferentes critérios: uns recorrem ao tratamento cirúrgico quando fracassou o método conservador bem executado, outros seguem-no sistemàticamente, embora nem todos se apoiem nas mesmas razões.

O A. vem fazer um estudo de conjunto dos métodos operatórios que hoje se empregam, fundado na sua experiência junto do Prof. Bastos, das suas indicações especiais e dos resultados obtidos.

A primeira revolta do A. é contra a operação de Albee feita nas espondilites tuberculosas infantis, e essa é a voz geral dos experimentadores. Os seus argumentos são os que levaram o processo à própria condenação.

Feita esta restrição, louva o A. tal processo nos adultos. Classifica depois os métodos operatórios em dois grupos: 1.º — *Operações mutilantes* (ressecções totais, ressecções parciais e sinovectomias); 2.º — *Operações conservadoras de acção indirecta* (operações plásticas anquilosantes, operação de Robertson-Lavalle e simpatectomia periarterial).

Ressecções típicas totais: — Os doentes a quem propõe estas intervenções são sempre adultos, com lesões antigas e com destruïção considerável das extremidades ósseas. Quási que se limitam ao joelho e cotovêlo. Os trabalhos de Ely, tão ingratamente esquecidos pelos franceses, mostram que, mesmo nas ressecções económicas, a anquilose, anulando a articulação, faz desaparecer os elementos linfáticos da parte esponjosa e da sinovial, que são os meios óptimos para a vida do bacilo de Koch, actuando assim de duas maneiras, isto é, extirpando tecidos patológicos e fazendo desaparecer o meio linfóide.

Faz também o A. menção das importantes conclusões de Allison e Brooks: a destruïção ou desaparição das cartilagens articulares é condição indispensável para a formação de uma anquilose óssea. Sem essa destruïção completa ou sem a sua extirpação só se conseguem anquiloses fibrosas.

Não é aceitável, porém, a fórmula de Fredet de ressecar toda a articulação na qual se não possa esperar um retôrno à normalidade com todos os movimentos recuperados. Isso equivaleria a ressecar todas as articulações tuberculosas do adulto.

Ressecções parciais: — Estas intervenções, no geral ingratas, são tão diversas que difícil é estudá-las em conjunto. O seu maior contra é a necessidade de abrir focos tuberculosos caseificados ou tropeçar com êles sem os esperar, o que às vezes facilita uma fistulização interminável. As suas indicações têm, pois, de ser muito prudentes, resumindo-se apenas em certas formas do ombro, a extirpação de estremidades ósseas com sequestro, em casos

fistulizados, e finalmente como tempo preparatório de um enxêrto ósseo imobilizante duma articulação, sobretudo mão e pé.

Sinovectomias: — São as operações mais discutidas e as mais condenadas pelos partidários do tratamento conservador.

Para muitos cirurgiões, o não aceitar a sinovectomia é uma questão de princípios, pois entendem que nenhuma tuberculose começa pela sinovial; a sinovite é sempre secundária a uma localização óssea. É êste princípio anatomo-patológico também uma das afirmações de Leriche. Pois, para o A., esta exclusiva origem óssea não é admissível nem pela clínica nem pela anátomia patológica. Os estudos de Fraser provaram a existência duma sinovite fungosa em que a invasão do ôsso é um fenómeno secundário.

Esses casos são indubitàvelmente beneficiados pela sinovectomia que, se não é uma operação absolutamente radical, tem outras vantagens. Encurta, desde logo, a evolução da lesão e permite algumas vezes uma certa mobilidade da articulação doente.

Uma condição é absolutamente necessária: fazê-la precocemente, antes que possam existir abcessos e antes que possam estar afectadas as superfícies cartilaginosas. Operando nestas condições, os doentes, atormentados pela dor e impossibilitados de todo o trabalho, voltam à sua actividade com capacidade normal para muitos ofícios.

Esta operação costuma ser feita no joelho e cotovêlo, as articulações que com maior freqüência apresentam lesões sinoviais primitivas. A sua técnica, que o redactor viu executada pelo Prof. Bastos, é simples e rápida.

Operações plásticas anquilosantes: — Estas operações têm por base a aplicação de enxertos ósseos nas articulações doentes ou na sua vizinhança, e, sendo de aquisição recente, têm todavia já muitos adeptos, contando-se por dezenas as várias técnicas. O seu fim é o de imobilizar as articulações, fazendo o enxêrto de suporte, o que exige a vitalidade dêsse enxêrto.

É certo que alguns cirurgiões têm empregado substâncias estranhas (Lange, Berard, Gutiérrez, Cortés), mas com resultados maus ou inferiores.

Mais adiante, ao detalhar as indicações, o A. expõe as técnicas e as aplicações.

Neste capítulo, o A. recorda de novo os estudos de Ely, para lembrar que a causa da localização freqüente da tuberculose nas articulações é a riqueza de elementos linfóides da sinovial e da medula óssea próxima da articulação (a célula tuberculosa é sempre uma célula linfóide — diz Calmette). Esta idea tem o seu interêsse em ser aqui evocada, pois em geral todos os autores filiam essa freqüência nas conclusões de Lexer sôbre a vascularização especial das epífises.

Não pode, porém, o A. ir mais avante sem falar na operação de Robertson-Lavalle que, no seu modo de ver, está à margem das mais sérias investigações scientíficas recentes. Como se sabe, R. L. faz várias transplantações ósteo-periósticas em forma de cavilhas, que atravessam obliquamente, desde a extremidade diafisária até as epífises, em várias direcções, bem como coloca enxertos ósseos nos tecidos moles periarticulares.

Para R. L. a estase venosa é a principal manifestação da fisiopatologia da tuberculose articular, e é a causa da pobreza do intercâmbio nutritivo;

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINE

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de insuficiência cardíaca

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALISADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.) — PARIS

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

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA, ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes
FERRO, MANGANEZ, CALCIUM
em combinação nucleinica, hexose-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO AGRADAVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

Acidol-Pepsina

Marca registrada

Preparado estabilizado de ácido clorhidrico e pepsina para o tratamento dos estados dispepticos e achilicos.

Embalagens originais:
Tubos de 10 comprimidos a 0 gr. 50

Bayer-Meister Lucius
Secção scientifica farmacêutica
I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

REPRESENTANTE-DEPOSITARIO
AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradoures, 150, 3.º
LISBOA

como, segundo R. L., a tuberculose necessita duma relativa pobreza de oxigenação, pois que a muita oxigenação a destrói, fica justificada a intervenção que drena a estase e traz sangue novo.

Ora estas afirmações seriam muito interessantes se não estivessem em contradição com as noções mais elementares da biologia do bacilo de Koch. O bacilo tuberculoso é sobretudo aeróbio. A sua cultura não pode ser realizada senão nos meios e nos recipientes expostos ao grande contacto do ar, e é nos órgãos melhor vascularizados, onde abunda o oxigénio transportado pelo sangue, que êle se desenvolve mais fàcilmente (Calmette).

Os enxertos de R. L. são retirados depois de vários meses. Para que um enxêrto possa ser retirado do seu leito é necessário *que não seja enxêrto*, isto é, que não tenha sido encorporado.

«Extrair um enxêrto» é um pleonasmo, é extrair um sequestro que esteve alojado numa epífise como se fôsse um corpo estranho. Quando o transplante ósseo é objecto de uma penetração vascular, é que é encorporado, e então une-se e constitui um único ôsso, com os que lhe formam leito. Não pode, pois, *extrair-se* passados meses.

Numa palavra, a perfuração das epifises e a colocação dum pedaço de ôsso não pode actuar sôbre lesões tuberculosas senão duma maneira: fazendo-as comunicar com o exterior, se é que a perfuração encontra focos de medulite tuberculosa. Talvez se possam assim explicar algumas dessas milagrosas melhoras de que falam R. L. e os seus adeptos. São as mesmas melhoras que vemos em crianças nas quais não pudemos evitar uma fistulização, e que parecem ter melhoras no momento de se abrirem definitivamente os seus abcessos tuberculosos.

Por fim, o falar de curas em 25 dias, ou em 40, ou em 50, é, seja em que lesão tuberculosa fôr, inadmissível.

Não encontrou o A. indicações para a *simpatectomia periarterial*, que no dizer dos que a louvaram, produz uma hiperemia activa favorável à mobilização de sais cálcicos, e portanto à ossificação e à reparação óssea, mas também à vitalidade do bacilo de Koch.

Num grupo de *operações mixtas*, bem estudadas e postas em prática em larga escala em Espanha pelo Prof. Bastos, comprende o A. as ressecções parciais mais ou menos atípicas seguidas de aplicação de um enxêrto ósseo.

Expostos assim os recursos operatórios de que actualmente dispõe para tratar as ósteo-artrites tuberculosas, o A. passa a ocupar-se da eleição dos casos operáveis e da eleição do tipo de operação a executar. É a *Parte Especial* do seu trabalho.

Ombro: — A forma clínica que mais freqüentemente se apresenta nesta articulação é a chamada cárie sêca. As suas indicações operatórias são muito escassas, e o A. apenas as encontra por duas causas. A primeira é a forma muito dolorosa, rara mas ruïdosa. A segunda é a operação em lesões clìnicamente curadas que deixaram o braço em addução, que é a posição em que fica sempre quando a doença foi votada ao abandono, e a qual torna o segmento do membro quási inútil.

A operação é sempre a mesma: a ressecção da cabeça do húmero, e que

quási sempre é tão económica que às vezes é possível conseguir uma determinada mobilidade. Técnica escolhida, a de Thomas, e possivelmente em alguns casos a união entre a cabeça humeral e o acromion descrita por Steindler.

Cotovêlo: — Não opera nas crianças, e mesmo nos adultos é a articulação em que encontra menos indicações operatórias. O A. é um pouco scéptico quanto à possibilidade da conservação da função articular depois da ressecção do cotovêlo por tuberculose. Não estamos absolutamente de acôrdo! — *N. do R.*

A incisão preferida para a ressecção é a de Langenbeck, achando contraindicada a transcondiliana.

Punho: — É uma das localizações da tuberculose articular que mais ganharam com os modernos tratamentos operatórios. Quási pode dizer-se que o tratamento das ósteo-artrites tuberculosas do punho do adulto deve sempre ser operatório, qualquer que seja o momento em que a enfermidade se nos apresente.

Como é sabido, e devido à riqueza cartilaginosa do punho infantil, nas crianças as lesões limitam-se prolongadamente; nos adultos, pelo contrário, desde princípio, as lesões invadem todas as articulações.

Por isso, nestes vale a pena operar sempre, embora só se obtenha a anquilose; a helioterapia, a imobilização prolongada, todas as fases e conseqüências de um tratamento conservador, dão-nos, se chegamos a uma cura natural do processo, um punho e mão absolutamente inúteis. A transformação fibrosa, que desde a visinhança das partes doentes vai invadindo os dedos, tornará irreparável a junção da mão.

A ressecção do carpo dava, porém, um resultado desgraçado, a mão de polichinelo.

A solução dêste problema foi-nos dada pelas transplantações ósseas com o fim de bloquear as articulações do punho, criando uma ponte óssea rígida entre os ossos do antebraço e os metacárpicos. É ainda a Ely que se deve a primeira operação destas, bem metodizada. Os resultados obtidos por êste autor e pelo Prof. Bastos não podem ser mais lisonjeiros, a ponto de poderem considerar as articulações do punho como as mais agradecidas, de todo o corpo, ao tratamento operatório.

Quási todas as tuberculoses do punho devem sofrer intervenção. Unicamente quando nós encontramos um caso muito em princípio, com lesões limitadas e que não perdeu a junção da mão, nem no momento corre êsse perigo, devemos seguir um critério conservador. Porém, se, passados uns poucos de meses, verificamos que as lesões progrediram e só se pode pensar numa cura natural com um largo prazo, daremos preferência ao bloqueio articular por meio de transplantes ósseos.

Anca: — Aqui não poderemos falar senão em operações anquilosantes. A ressecção está abandonada. Preferem-se hoje as transplantações extracapsulares, método de Hibbs-Hass, e mais ainda o de Allison, que coloca um grande enxêrto da tíbia apoiado extensamente no trocânter e na fossa ilíaca externa.

Esta artrodese extracapsular da anca é uma questão possivelmente resolvida, que tem a sua indicação quando suspeitamos focos caseosos, abcessos e lesões muito destrutivas.

Como se vê, para o A., nos adultos, a supressão da junção articular está intimamente ligada à cura da tuberculose.

Joelho: — O tumor branco do joelho é a localização tuberculosa articular que tem dado lugar a maior número de publicações.

Contamos em primeiro lugar com uma operação paliativa, a sinovectomia, tendo como casos para ela indicados aqueles em que o joelho está fortemente inchado, com muitas dores, sem derrame intra-articular ou com escasso derrame, sem possíveis focos caseosos, e em que a radiografia mostra uma normalidade das imagens ósseas.

A sinovectomia suprime ràpidamente as dores, permite aos doentes voltarem cedo ao trabalho e, nos casos mais favoráveis, até pode conservar a mobilidade do joelho. É preciso, porém, ter grande cuidado em não a aplicar, forçando as suas indicações, para evitar uma ressecção, que sempre será mais benéfica para o doente do que o fracasso de uma sinovectomia mal aplicada

De entre os vários processos de ressecção do joelho, o Prof. Bastos prefere fazer uma ressecção económica sem juntar meio algum de contensão, preferível à artrodese, e acompanhada de uma extirpação tão completa quanto possível da cápsula sinovial.

Esta operação pode ser aplicada às formas sêcas, de decurso lento, nas quais não encontramos grandes focos caseosos ou purulentos, ou fístulas com infecções associadas.

Nas grandes ressecções prefere o A. a técnica de Fredet.

Tornozelo e tarso: — A evolução extraordinàriamente lenta que costumam apresentar as lesões bacilosas destas articulações, a falta de tendência para a anquilose e as suas especiais condições anatómicas, justificam a intervenção operatória em quási todos os casos, tanto mais que aqui as operações de bloqueio e fusão encontram um terreno muito favorável.

As únicas contraindicações nos adultos são a existência de focos caseosos e a infecção associada com fístulas. Antes de chegar a êste extremo devem operar-se a maioria dos doentes, com certeza de um excelente resultado funcional.

Como no punho, as lesões tuberculosas das articulações do pé estão sempre alastradas por várias delas. Por isso as ressecções, segundo as normas clássicas, obrigam a extirpações muito amplas, que deixam atrás de si um pé geralmente inútil. O A. entende que ou se deve conservar no pé a arquitectura normal ou, então, mais vale amputá-lo.

Assim, segundo as normas gerais, as operações a fazer aqui são as de fusão, às quais as articulações do tarso se prestam admiràvelmente. Quando se trata da articulação tíbio-perôneo-astragaliana é preferivel fazer uma anquilose extra-articular segundo Albee, com três enxertos, que Bastos reduz a um único. No tarso pode fazer-se a fusão dos diferentes óssos doentes por meio duma ressecção parcial e com a aplicacão de um ou vários transplantes ósseos, técnica esta descrita por Bastos e que o A. detalha acompanhada de explícitas gravuras.

Recentemente, no Congresso Ortopédico Francês de 1927, discutiu-se o tratamento operatório da tuberculose tíbio-tàrsica infantil, que em geral se

traduz por um foco isolado no astrágalo. O critério dominante dos cirurgiões franceses foi o de fazer uma astragalectomia precoce.

Ao A. não parece aceitável êsse modo de ver, porque a ressecção do astrágalo altera profundamente a arquitectura do pé, e nas fases de crescimento esta alteracão ainda é mais grave do que no adulto. E os métodos conservadores dão resultados muito apreciáveis.

Exceptua, porém, a freqüente tuberculose do escafóide, onde uma operação radical traz uma cura rápida.

Uma boa bibliografia completa o estudo.

Não nos cançaremos de elogiar esta pequena brochura doutrinal e prática, cuja oferta muito agradecemos à Clínica Ortopédica de Carabanchel, donde trouxemos as melhores recordações.

MENESES.

Hérnia muscular da perna. *(On Muscular Hernia of the Leg)*, por HUGO IHDE (Orebro, Suécia). — *Acta Chirurgica Scandinavica.* Vol. LXV. Fasc. II-III. Págs. 97-120.

O A., que observou no hospital militar de Orebro 12 casos de hérnia muscular da face anterior da perna, classifica pràticamente os miocelos do tibial anterior em hérnias traumáticas e hérnias constitucionais, isto é, por simples distensão aponevrótica, as quais em regra se encontram nos indivíduos que sofrem duma fraqueza mesodérmica em geral (diátese asteno-nervosa).

4 dos seus casos são considerados pelo A. como traumáticos e os 8 restantes como constitucionais.

As hérnias por distensão produzem em geral mais sintomas subjectivos, em primeiro logar em virtude do temperamento nervoso dos doentes e em segundo porque elas aumentam de volume progressivamente, com intermitências, ou formam-se hérnias secundárias ou roturas aponevróticas na sua vizinhança.

As roturas traumáticas da aponevrose ou do músculo não são raras, e curam-se muitas vezes espontâneamente sem produzirem hérnias musculares.

As soluções de continuidade por distensão da aponevrose do tibial anterior não são raras. Gozam, junto das hérnias musculares, dum papel comparável ao do anel ingüinal dilatado nas hérnias ingüinais.

O diagnóstico da hérnia muscular é fácil e não deixa de ter importância pelas suas conseqüências médico-sociais e médico-legais.

As hérnias musculares do tibial anterior raras vezes exigem uma operação.

Em 12 casos de miocelos, o A. operou 3 hérnias, todas constitucionais, que durante meses causaram perturbações persistentes. Sucesso. As indicações operatórias são mais precisas nos casos de hérnias traumáticas e mais relativas (sociais, psico-terapêuticas) nos de hérnias constitucionais.

Quando está indicada uma cura radical, o A. recomenda a miocelectomia com suturas por camadas do músculo, da aponevrose e da pele, segundo um método descrito por êle. Uma sutura aponevrótica simples parece não

Para estimular a função ovariana e activar o menstruo

AGOMENSINA CIBA

Substancia hidrosoluvel do ovario

Amenorréa funcional, menstruos retardados, oligomenorréa, hipoplasias, esterilidade, vomitos incoercíveis da gravidez etc.

Ampolas

Drageas

Amostras e litteratura:
CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos "Ciba" no Portugal

Especialidades farmaceuticas que nos honram em qualquer parte do mundo

Lipobiase

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

Vitamina cálcica

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

Zomobiase

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

Cerimalte

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

Cerimaltina

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

Peptona de Malte

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

Escusado será dizer que estes produtos pertencem ao Laboratório Farmacológico de

J. J. FERNANDES, L.DA

Rua Alves Correia, 187

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

bastar, raras vezes ficando suficientemente sólida, produzindo-se freqüentemente uma recidiva na região da hérnia ou na sua proximidade.

Um par de bons esquemas ilustram êste trabalho notável.

MENESES.

Os polipos do colo da bexiga da mulher. *(Les polypes du col,* etc.), por JEAN DE SMETH (Bruxelles). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie.* Ano XXXI. N.º 7. Págs. 585-600.

Depois de apresentar 15 observações ilustradas, De Smeth conclui que as mulheres que passaram a menopausa, ou que sofreram qualquer operação cirúrgica trazendo a supressão do fluxo menstrual, são freqüentemente atingidas duma doença do colo da bexiga, caracterizada por produções polipoides. Esta doença chamada «cistalgia» por certos urologistas, ou atribuída ao nervosismo do sexo feminino por outros, não foi ainda descrita nos tratados.

A origem anátomo-patológica e a sintomatologia desta doença aproximam-se em muitos pontos dos sindromas de adenoma prostático.

O cistoscópio de Mac Carty permite com segurança o diagnóstico.

As instilações modificadoras e a dilatação melhoram temporàriamente os doentes. A electrocoagulação das vegetações é mais radical. Só o futuro, porém, nos poderá dizer se a cura por êste método é definitiva.

MENESES.

Indicações e resultados da pleurotomia nas pleurisias purulentas tuberculosas. *(Indications et resultats,* etc.), por RENAUD, MIGET e PETIT-MAIRE. — *Bulletins et mém. de la Société Méd. des Hospitaux de Paris.* Séance du 8 Novembre 1929. Págs. 1264-1267.

Já há meses que os AA. tinham dado parte dos resultados encorajantes obtidos com a abertura da pleura e drenagem das pleurisias tuberculosas. A pleurotomia pareceu-lhes, então, logo como o processo mais simples, mais cómodo e mais eficaz para tratar essas doenças. Obtiveram nesse momento forte embate da maior parte dos colegas, sobretudo dos partidários do oleotórax.

Hoje os AA. completam o seu estudo anterior comunicando resultados tardios das intervenções de então e juntando novas observações.

Duas das doentes apresentadas há meses estão completamente curadas. Uma delas, profundamente caquética, tinha sido enviada para B., para ali morrer. Esteve mais de dois anos com a pleura aberta e um longo trajecto conduzindo a um largo fundo de saco que se apertava lentamente. Hoje está tudo cicatrizado e tem um bom estado geral. A outra, tratada desde os princípios de 1925 com o oleotórax, chegou às mãos dos AA. moribunda. Após a pleurotomia, a melhoria do estado geral foi muito rápida e seis meses mais tarde a lesão local estava completamente cicatrizada, e agora está em óptimo estado.

Uma terceira doente, cujo estado era dos mais graves no momento da intervenção, não está completamente curada. A pleura continua drenada, mas o estado geral é muito bom. Há bastante tempo que teve alta do hospital e trabalha sem que a fístula pleural lhe dê incómodos de maior.

As três outras operadas morreram. Uma delas tinha tido alta (contra a opinião dos AA.) em bom estado. Meses depois morreu, tendo-se fechado a pleura bastante tempo antes. Parece que aqui a supressão de drenagem não teve muito feliz influência.

As duas últimas doentes morreram no serviço dos AA. algumas semanas após a pleurotomia. A autópsia mostrou a existência de enormes lesões destrutivas dos dois pulmões. Basta olhar para as peças que os AA. mostram para compreender, por um lado, que tais lesões nunca poderiam cicatrizar e, por outro, que a pleurotomia não foi de modo algum responsável pela triste evolução.

Assim, das suas seis operadas, duas curaram-se completamente e, sem discussão possível, devem à intervenção o não terem morrido; uma terceira está num estado muito satisfatório. As três outras, das quais duas tinham sido operadas em muito más condições, morreram pela evolução da sua tuberculose pulmonar bilateral.

Estes resultados a distância não parecem de todo despreziveis. Depois disto observaram o caso de um homem de 66 anos que, hospitalizado há muito tempo por tuberculose pulmonar bilateral, chega a B. em 8 de Maio de 1929 num estado de caquexia tão avançado que por motivo da idade, do mau estado geral e da extensão provável das lesões acham inútil drenar a pleura. Ora, na autópsia encontram uma bôlsa purulenta relativamente pouco volumosa e lesões tuberculosas muito menos importantes do que se suspeitava, limitando-se a uma infiltração discreta de um dos vértices e parecendo mais esclerosante do que caseificante. Não têm os AA. dúvida em afirmar que, se tivessem feito uma pleurotomia em tempo oportuno, êste doente ainda estaria vivo.

Assim, as conclusões de hoje formuladas pelos AA. deverão ser mais categóricas e muito mais precisas do que o foram quando abordaram o assunto pela primeira vez numa das sessões daquela Sociedade. A primeira é que a pleurotomia não pode modificar senão a afecção pleural. Parece não ter influência alguma sôbre a evolução da tuberculose pulmonar, contràriamente ao que esperaram de princípio e executando um melhor arejamento do pulmão. A segunda é a que nos mostra a eficácia da pleurotomia nas conseqüências desagradáveis da estagnação do pus na pleura. Os seus bons efeitos sôbre o estado geral fazem-se logo sentir. A terceira é que a pleurotomia, pelo menos a que os AA. praticam e preconizam, é uma intervenção sem gravidade, que em nada incomoda os doentes. Os inconvenientes causados pela presença do dreno são mínimos.

A quarta conclusão afirma que é infinitamente difícil, ou mesmo impossível, prever, com precisão, em que medida a pleurotomia favorecerá a cura, porque não existe nenhum processo preciso para saber, adiantadamente, o papel que desempenha a supuração da pleura no conjunto da doença e para determinar se as lesões pulmonares subjacentes evolucionarão duma maneira progressiva, trazendo fatalmente a morte.

Por todas estas razões, parece aos AA, que não se deve ficar na espectativa em presença de uma doença tão grave com uma supuração da pleura num tuberculoso.

E como a pleurotomia é uma intervenção sem inconvenientes, não há senão a ganhar em fazê-la, mesmo nos casos em que poderia parecer razoável nada esperar dela. É até conveniente fazê-la antes que a situaçãos e agrave.

Quando há pus na pleura é preferível que ela esteja aberta do que fechada. É um princípio que aos AA. parece não ter excepções.

MENESES.

A influência dos tendões sôbre o desenvolvimento dos núcleos de ossificação. *(L'influenza dei tendini*, etc.), pelo Prof. GIOVANNI GIULIANI (Parma). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento.* Vol. XIV. Fasc. 2. Outubro de 1929. Págs. 243-265.

As experiências a que o A. agora procedeu são o complemento dum trabalho experimental apresentado ao Congresso de Ortopedia de 1927, em Bologne.

Como se obteve a atrofia do núcleo de ossificação da apófise do calcâneo mediante tracções repetidas no tendão de Aquiles, as quais deram lugar a uma diminuïção progressiva do próprio núcleo, em cuja vizinhança o tendão se insere, quis o A. fazer as suas experiências com o fim de determinar se, abstraindo-se de eventuais acções traumáticas, o tendão poderá de qualquer modo influir fisiològicamente sôbre o crescimento do próprio núcleo.

Estas experiências, que o A. nos refere fazendo-as acompanhar de excelentes radiografias e preparações microscópicas, foram executadas em coelhos.

Emquanto conservava o calcanhar direito como *contrôle*, seccionava no esquerdo o tendão de Aquiles, extirpando dêle alguns centímetros.

Receando que o animal pudesse, com o andar, pousar o calcanhar esquerdo no chão, imobilizou o membro com um aparelho gessado.

Findas as experiências, tirou várias conclusões delas.

O tendão de Aquiles tem uma marcada influência no crescimento do núcleo epifisário da apófise do calcâneo. Esta só chega a um completo desenvolvimento se o tendão transmitir dum modo contínuo, por intermédio da sua inserção, a acção do músculo do qual o tendão depende, sôbre o próprio núcleo.

O exame histológico permite de emitir a hipótese de que a cartilagem, não estimulada pelo tendão, deixa de estar em condições de executar o ciclo biológico que lhe é próprio, em relação ao processo de ossificação, e que, verosimilmente, as próprias células cartilaginosas da zona de ossificação não sejam capazes de desenvolver a actividade específica necessária à calcificação e organização da parte do ôsso.

Pelo lado radiográfico vê-se uma atrofia progressiva do núcleo epifisário, diferençada de uma deminuïção do núcleo e notável rarefacção, o que confirma a observação histológica.

Parece também demonstrada a importância da actividade muscular, desenvolvida através dos tendões, na explicação das doenças catalogadas sob o

nome de doenças de crescimento do esqueleto (epifisites, patelites, troncanterites, doenças de Köhler e de Schlatter, etc.).

Todos os núcleos de ossificação que estão em relação directa com músculos potentes sentem sempre a acção dos tendões, e todo o sistema ósseo necessita da actividade do aparelho muscular para o seu desenvolvimento normal.

MENESES.

As pleurisias purulentas na infância, por CARLOS SALAZAR DE SOUSA. — Separata de *A Medicina Contemporânea*. N.º 26 de 30 de Junho de 1929.

O A. neste trabalho expõe com grande clareza, e numa linguagem fluente, um dos mais importantes capítulos da patologia infantil, que ocupa um logar capital no diagnóstico diferencial das situações pulmonares e das caquexias infantis, sendo por vezes, como o A. muito bem critica, esquecido dos clínicos pouco afeitos à semiologia pediátrica.

A sua leitura é utilíssima e agradável, revelando o A. na parte terapêutica uma vasta cultura e *mise-au-point* da literatura de pediatria e uma importante observação pessoal.

Apenas um reparo vamos fazer, e êsse mínimo: o A. deveria, a nosso ver, ter aludido, na sua revista terapêutica das pleurisias purulentas infantis, ao método de Gralka, com punções e injecções dum soluto de optoquina, cujos resultados se afirmam superiores aos obtidos com os outros processos, sendo hoje tomado como o de eleição nas pleuresias purulentas pneumocóccicas dos primeiros anos da vida.

Sôbre êste processo e sôbre a opinião que dêle tem a incontestada opinião de Worringer, de Estrasburgo, publicou a *Lisboa Médica* uma referência num dos seus últimos números de 1929.

MENESES.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Comité Permanent de l'Office International d'Hygiène Publique. — Sessão ordinária de Outubro de 1929. Extracto do *Bulletin Mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique*. Tômo XXI. Fasc. II.

Discussão de importantes problemas de higiene pública e adopção de várias medidas que a cada um diziam respeito:

1. Aplicação da convenção sanitária internacional de 1926.
2. Noções novas de epidemiologia sôbre a peste.
3. Estado actual da parasitologia e da epidemiologia da febre amarela.
4. A varíola, o alastrim e a vacina antivariólica.
5. A vacina contra a tuberculose pelo B. C. G.
6. A febre ondulante de Bang.

7. A poliomielite.
8. As doenças venéreas, particularmente a sífilis.
9. A mortalidade comparada nas cidades e nas aldeias.
10. A febre exantemática de Marselha.
11. A doença do sono.
12. As doenças infecciosas da infância.

Profili bio-bibliografici di medici e naturalisti celebri italiani dal sec. XV al sec. XVIII, pelo Prof. P. CAPPARONI. 2 vol. Roma. 1928.

¡Nestes dois volumes o A. mostra a grande contribuïção da Itália para os progressos da medicina do século de quatrocentos ao século de setecentos. Obra nem sempre escorreita de facciosismo nacionalista, perdendo, muitas vezes, pela sobrada influência do fascismo.

Logo no prefácio, o A. começa por atribuir a descoberta da circulação do sangue a Cesalpino, a da circulação pulmonar a Real do Colombo, a «doença de Basedow» a G. Flaiani, o sistema da cura dos alienados preconizado por Pinel a Valsava, etc.!

A biografia dos diferentes médicos possui, também, alguns exageros.

Tirante êsses pequenos defeitos, trata-se de uma valiosa contribuïção para a história da medicina, compendiando a biografia e a bibliografia de alguns médicos e naturalistas notáveis, como Acquapendente, Eustaquio, Morgagni, Santorini, Spallanzani, Valsalva, Casserio, Galileu, Rolando, Leonardo de Vaici, e muitos outros.

Algumas das biografias, a-pesar-de curtas trazem à colação um certo número de dados curiosos Êste, por exemplo, com que põe fecho à de Leonardo. «Se os anatómicos do século XVI tivessem compulsado melhor os cadernos de Vinci, a anatomia teria avançado perto de 150 anos».

Vimaranes, por LUÍS DE PINA. Pôrto. 1929.

Esta obra, dissertação de candidatura ao grau de doutor, subintitula-se: *Materiais para a história da medicina portuguesa. Arqueologia. Antropologia. História.*

É uma monografia exaustiva da cidade de Guimarães, com larga documentação, alguma inédita, na qual o A. mostra apreciáveis qualidades para a investigação histórica.

Nervi Splanchnici, por SOUSA PEREIRA. Pôrto. 1929.

Ansa Hypoglossi, por ÁLVARO RODRIGUES. Pôrto. 1929.

Duas teses de doutoramento notáveis, que não só honram os AA., mas a Escola de Anatomia do Pôrto. Numa e noutra obra, a investigação anatómica

não se limitou ao homem, alargou-se aos animais, de sorte a constituírem trabalhos completos de anatomia comparada.

E não têm apenas interêsse anatómico. Estas investigações são de grande importância e utilidade para a fisiologia e para a cirurgia.

Vícios de conformação do sistema urogenital, por J. A. PIRES DE LIMA. Pôrto. 1930.

Ao publicar êste trabalho, o A. teve a intenção, como já fizera com *As anomalias dos membros nos portugueses*, de dar a idea da contribuïção portuguesa para o estudo dos vícios de conformação do aparelho urogenital.

É, portanto, um trabalho de conjunto, em que é reünida toda a bibliografia portuguesa sôbre o assunto, com as achegas da sua casuística pessoal. O A., que é um grande trabalhador, e director de uma Escola Anatómica, hoje de renome fora de portas, houve-se bem na tarefa.

Travaux de laboratoire, publicado sob a direcção de M. FERREIRA DE MIRA. Tômo III. — Instituto Rocha Cabral. — Lisboa. 1929.

Colectânea dos trabalhos realizados no Instituto Rocha Cabral durante o ano de 1929. Êste volume mostra bem a grande obra scientífica que vem realizando êste Instituto, por certo o de maior produção em todo o país.

Recueil des travaux de clinique et de laboratoire, publicado pela Clínica Propedêutica da Faculdade de Medicina de Lisboa. II volume. 1928-1929.

Volume dos trabalhos realizados durante o último ano lectivo pelo director e restante pessoal docente da clínica propedêutica.

Tratado general de radiologia medica, pelo Prof. P. Lazarus. Edição espanhola. I vol. M. Marin. Ed. Barcelona. 1930.

O conhecido editor de Barcelona, M. Marin, que tantos serviços presta aos médicos hispanos com a publicação e tradução de muitas obras valiosas, inícia a publicação dêste conhecido tratado alemão de radiologia médica, que todo o clínico lucra em compulsar.

EDUARDO COELHO.

RÓMULO
CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O Prof. Fernando Magalhães

Depois de fazer um curso de obstetrícia na Faculdade de Medicina de Paris, esteve em Lisboa o Prof. Fernando Magalhães, (da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e antigo presidente da Academia de Letras), onde realizou três conferências: uma na Academia das Sciências, intitulada *O que o Brasil deve a Portugal*, e duas na Faculdade de Medicina, sôbre obstetrícia.

Na primeira, Fernando Magalhães, orador notável e cultor aprimorado da língua, foi a alma brasileira a cantar o maior feito e a maior obra de portugueses. *O que o Brasil deve a Portugal* poderia subintitular-se *O Brasil, glória de Portugal*. Nessa conferência nada faltou a torná-la completa: a forma, o sentimento, a idea, invocando pela sua eloqüência a obra universalista dos portugueses.

Nas conferências de obstetrícia, Fernando Magalhães, arrimado a seu parecer, debruçado sôbre a sua experiência clínica e nunca sôbre os livros dos outros, espírito livre, independente, foi o mestre — no bom sentido da palavra.

As suas doutrinas pessoais ali foram expostas com raro poder crítico e com uma lógica scientífica dignos de serem tomados como padrão a seguir. Se, de onde a onde, levemente aflorou o exagêro, nem por isso as suas conferências deixaram de ser notabilíssimas.

A sua palavra e as suas doutrinas honraram a cátedra da Sala dos Actos Grandes. Personalidades scientíficas da sua tessitura não as envia o Brasil com freqüência a Portugal.

Fernando Magalhães é um dos maiores valores da medicina brasileira, com um activo, na sciência que professa, raramente ultrapassado. O número de trabalhos scientíficos dêste eminente cirurgião vai além de 150, o que não o impede ainda de conhecer a sua língua como poucos portugueses e de cultivar as boas letras. ¿Acaso, Alfredo Doeblin, que a novela *Berlin, Alexander Platz* consagrou em 1929 como o maior *escritor* alemão contemporâneo, deixou de ser, por isso, o eminente médico psiquiatra que exerce clínica em Berlim?

não se limitou ao homem, alargou-se aos animais, de sorte a constituírem trabalhos completos de anatomia comparada.

E não têm apenas interêsse anatómico. Estas investigações são de grande importância e utilidade para a fisiologia e para a cirurgia.

Vícios de conformação do sistema urogenital, por J. A. PIRES DE LIMA. Pôrto. 1930.

Ao publicar êste trabalho, o A. teve a intenção, como já fizera com *As anomalias dos membros nos portugueses*, de dar a idea da contribuïção portuguesa para o estudo dos vícios de conformação do aparelho urogenital.

É, portanto, um trabalho de conjunto, em que é reünida toda a bibliografia portuguesa sôbre o assunto, com as achegas da sua casuística pessoal. O A., que é um grande trabalhador, e director de uma Escola Anatómica, hoje de renome fora de portas, houve-se bem na tarefa.

Travaux de laboratoire, publicado sob a direcção de M. FERREIRA DE MIRA. Tômo III. — Instituto Rocha Cabral. — Lisboa. 1929.

Colectânea dos trabalhos realizados no Instituto Rocha Cabral durante o ano de 1929. Êste volume mostra bem a grande obra scientífica que vem realizando êste Instituto, por certo o de maior produção em todo o país.

Recueil des travaux de clinique et de laboratoire, publicado pela Clínica Propedêutica da Faculdade de Medicina de Lisboa. II volume. 1928-1929.

Volume dos trabalhos realizados durante o último ano lectivo pelo director e restante pessoal docente da clínica propedêutica.

Tratado general de radiologia medica, pelo Prof. P. Lazarus. Edição espanhola. I vol. M. Marin. Ed. Barcelona. 1930.

O conhecido editor de Barcelona, M. Marin, que tantos serviços presta aos médicos hispanos com a publicação e tradução de muitas obras valiosas, inícia a publicação dêste conhecido tratado alemão de radiologia médica, que todo o clínico lucra em compulsar.

EDUARDO COELHO.

RÓMULO
CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O Prof. Fernando Magalhães

Depois de fazer um curso de obstetrícia na Faculdade de Medicina de Paris, esteve em Lisboa o Prof. Fernando Magalhães, (da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e antigo presidente da Academia de Letras), onde realizou três conferências: uma na Academia das Sciências, intitulada *O que o Brasil deve a Portugal*, e duas na Faculdade de Medicina, sôbre obstetrícia.

Na primeira, Fernando Magalhães, orador notável e cultor aprimorado da língua, foi a alma brasileira a cantar o maior feito e a maior obra de portugueses. *O que o Brasil deve a Portugal* poderia subintitular-se *O Brasil, glória de Portugal*. Nessa conferência nada faltou a torná-la completa: a forma, o sentimento, a idea, invocando pela sua eloqüência a obra universalista dos portugueses.

Nas conferências de obstetrícia, Fernando Magalhães, arrimado a seu parecer, debruçado sôbre a sua experiência clínica e nunca sôbre os livros dos outros, espírito livre, independente, foi o mestre — no bom sentido da palavra.

As suas doutrinas pessoais ali foram expostas com raro poder crítico e com uma lógica scientífica dignos de serem tomados como padrão a seguir. Se, de onde a onde, levemente aflorou o exagêro, nem por isso as suas conferências deixaram de ser notabilíssimas.

A sua palavra e as suas doutrinas honraram a cátedra da Sala dos Actos Grandes. Personalidades scientíficas da sua tessitura não as envia o Brasil com freqüência a Portugal.

Fernando Magalhães é um dos maiores valores da medicina brasileira, com um activo, na sciência que professa, raramente ultrapassado. O número de trabalhos scientíficos dêste eminente cirurgião vai além de 150, o que não o impede ainda de conhecer a sua língua como poucos portugueses e de cultivar as boas letras. ¿Acaso, Alfredo Doeblin, que a novela *Berlin, Alexander Platz* consagrou em 1929 como o maior *escritor* alemão contemporâneo, deixou de ser, por isso, o eminente médico psiquiatra que exerce clínica em Berlim?

Lucram os brasileiros e os portugueses com o intercâmbio que se vem fazendo ùltimamente. É necessário avivá-lo, para estabelecermos o conhecimento do que se faz cá e lá, em sciência, no roteiro traçado pela Espanha e pela América espanhola, indo até a organização de cursos de professores portugueses no Brasil e de professores brasileiros em Portugal.

País colonial, ¿não teria Portugal que aprender com a medicina tropical brasileira?

EDUARDO COELHO.

*
* *

Prof. Askanazy

Esteve entre nós o Prof. Max Askanazy, da Faculdade de Medicina de Genebra, que veio realizar na Faculdade de Medicina de Lisboa duas conferências, uma das quais sôbre «Noções e concepções recentes sôbre a cirrose hépatica», e a outra sôbre «O papel dos parasitas animais em patologia humana». Devido à grande amabilidade do ilustre professor, contamos poder publicá-las na *Lisboa Médica*.

*
* *

Academia das Sciências

Na sessão ordinária da primeira classe da Academia das Sciências, o Prof. Egas Moniz efectuou uma conferência sôbre «Tumores cerebrais opacos aos raios X nos epiléticos».

O Prof. Sabino Coelho falou sôbre «Um precalço de cirurgia denominado embolia post-operatória».

O Prof. Silva Carvalho, noutra sessão da mesma Academia, leu uma comunicação sôbre «Garcia d'Horta».

*
* *

Sociedade Portuguesa de Biologia

Sob a presidência do Prof. Sílvio Rebelo, reüniu-se, no dia 24 de Março, a Sociedade Portuguesa de Biologia.

Os Profs. Ferreira de Mira e Joaquim Fontes relataram os seus trabalhos sôbre a acção da excitação do nervo explâncnico na curva ergográfica no coelho.

O Dr. Gonçalves da Cunha apresentou uma comunicação intitulada «Os condromas serão formações individualizadas do núcleo celular?»

Ainda foram apresentadas as seguintes comunicações: «A síntese dos éteres ácidos compostos de mentol com o ácido fosfórico» e «A preparação dos ácidos ortofosfóricos e do ácido pirofosfórico do mentol por uma mesma reacção», pelos Drs. Kurt P. Jacobsolm e João Tapadinhas; «O ácido mentol glicurónico obtido por síntese biológica depois da ingestão do mentol racémico», pelos Drs. Kurt P. Jacobsolm e Anselmo Cruz; «Novas investigações electrocardiográficas sôbre a laqueação das coronárias no cão», «Tiroxina e quimismo gástrico», e «O electrocardiograma ventricular e a destruïção do músculo cardíaco», pelos Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta.

*

* *

Sociedade das Sciências Médicas

Na sessão do dia 7 de Março, presidida pelo Prof. Silva Carvalho, o Dr. Carlos Santos (filho) fez uma comunicação intitulada «Contribuïção para o estudo dos divertículos do tubo digestivo», apresentando, ao mesmo tempo, uma série de radiografias demonstrativas.

Na sessão de 21 de Março, o Prof. Silva Carvalho fez o elogio da obra *Vimaranes* da autoria do Dr. Luís de Pina.

O Dr. Reinaldo dos Santos apresentou uma comunicação sôbre a arteriografia do baço.

O Prof. Costa Sacadura fez uma comunicação subordinada ao título «A propósito duma cesariana por eclampsia». Sôbre esta comunicação falaram os Profs. Moreira Júnior e Joaquim Fontes e o Dr. Manuel Vicente Moreira.

Realizou-se, no dia 4 do mês corrente, uma sessão desta Sociedade, em que falou o Dr. Pereira Varela, o qual apresentou uma moção considerando a Estomatologia como um ramo inseparável da Medicina. Acentuou a necessidade de a Sociedade das Sciências Médicas se pronunciar no sentido de que o exercício da mesma especialidade seja exclusivamente cometido a clínicos.

O Prof. Costa Sacadura comunicou a morte do Prof. Bar, da Faculdade de Medicina de Paris.

O Dr. Abel Alves relatou o caso de um doente a quem um acidente havia cortado a ponta do nariz.

O Dr. Freitas Simões apresentou dois casos de fístula vesico-vaginal que foram discutidos pelos Drs. José Caldas, Augusto Lamas, Moreira Júnior e Artur Ravara.

*

* *

Sessões scientíficas do Hospital Escolar

Sessão de 15 de Março:

Presidiu o Prof. Carlos de Melo, secretariado pelos Drs. Armando Narciso e Bernardo Vilar.

O Prof. Carlos de Melo apresentou um caso de nariz em sela, que operou sem deixar cicatriz.

O Dr. Machado Macedo apresentou a história de dois doentes, um dos quais tinha uma retenção permanente de urinas por diverticulo, e o outro uma dilatação do bacinete e uretero.

O Dr. Bernardo Vilar relatou um caso de heminefrectomia por fractura do rim.

Sessão de 31 de Março:

Foi presidida pelo Prof. Custódio Cabeça e secretariada pelos Drs. Luís Adão e Bernardo Vilar.

O Dr. Luís Adão mostrou um caso de abcesso tuberculoso da epífise radial direita.

O Dr. Manuel Macedo mostrou uma peça anátomo-patológica formada por um tumor onde se via a permeabilidade completa do coledoco e do canal de Wirsung. Também mostrou uma série de radiografias dos rins e ureteros obtidas depois da injecção intravenosa de «Urosecretan».

*
* *

Associação Portuguesa de Urologia

A Associação Portuguesa de Urologia reüniu-se sob o presidência do Dr. Artur Ravara, o qual expôs a necessidade de se manter a existência desta agremiação.

Seguiram-se as eleições dos corpos gerentes, sendo eleito presidente o Prof. Angelo da Fonseca.

O Dr. Reinaldo dos Santos fez uma comunicação sôbre pielografia intravenosa usando o «urosecretan» em injecção intravenosa. Esta comunicação foi discutida pelos Drs. Artur Furtado, Pinto Monteiro, Henrique Bastos, Artur Ravara, Alberto Gomes e Machado Macedo.

*
* *

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Á sessão do dia 13 de Março presidiu o Dr. Tiago Marques.

O Dr. Pereira Varela fez uma comunicação sôbre um caso raro de permanência de dentes da primeira dentição. Falou, também, sôbre os acidentes da anestesia troncular, apontando um caso de fractura de agulha para injecção no nervo dentário inferior. Apresentou ainda uma doente operada de quisto do seio maxilar.

O Dr. Marcelino Martins fez uma palestra sôbre o problema do exercício da especialidade que só a médicos deve ser entregue.

*
* *

Faculdades de Medicina

Os Conselhos das Faculdades de Medicina de Lisboa, Pôrto e Coimbra nomearam seus representantes à comissão encarregada de reorganizar as mesmas Faculdades, respectivamente, os Profs. Celestino da Costa, Pires de Lima e Almeida Ribeiro.

De Coimbra

O Prof. Biscaia Barreto foi autorizado a realizar uma missão de estudo no estrangeiro durante três meses.

— Foi contratado para desempenhar as funções de assistente de neurologia o Dr. José Augusto Correia de Oliveira.

— Foi nomeado assistente do 7.º grupo (cirurgia) o Dr. António Nunes da Costa.

— O Dr. António José de Moura Bastos Júnior foi nomeado, precedendo concurso de provas públicas, para o lugar de analista do laboratório de análises clínicas da Faculdade.

De Lisboa

Foi nomeado professor auxiliar provisório de anatomia descritiva o Dr. Vitor Hugo Moreira Fontes e regente do curso de propedêutica cirúrgica o Dr. Reinaldo dos Santos.

— Dos lugares de assistentes da Faculdade de Medicina foram exonerados, devendo, contudo, continuar o prestar serviço até que, por meio de concurso, sejam substituídos, os Drs. Heitor da Fonseca, Casimiro Afonso, Romão Loff e Álvaro Colaço.

— O Prof. Azevedo Neves foi autorizado a tomar parte e a representar a Faculdade de Medicina na 10.ª sessão das Jornadas Médicas a realizar em Bruxelas nos dias 28 a 30 de Junho e 1 de Julho do corrente ano.

— A Faculdade de Medicina, por intermédio do Prof. Egas Moniz, solicitou do Ministro da Instrução que fôsse encarregado de representar a mesma Faculdade no Congresso de Pediatria, em Agosto próximo, o Prof. Salazar de Sousa.

*
* *

Hospitais

Civis de Lisboa

Foi nomeado director do Banco do Hospital de S. José e dos serviços de urgência o Dr. Alberto Azevedo Gomes, cirurgião dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Para o cargo de chefe de internos foi nomeado o Dr. Henrique Bonhorst.

— O Dr. Sá Penela assumiu o cargo de assistente de serviço clínico da especialidade de dermatologia, sifiligrafia e venereologia.

— Foram contratados como internos do 2.º ano: do serviço geral de clínica médica os Drs. Ernesto Fragoso Tavares, Estêvão Amaral Fortes e João da Silva Duarte; e do serviço geral de clínica cirúrgica, os Drs. João de Sousa Bastos e Carlos Silva Costa.

— O Dr. Henrique Bastos, director do serviço clínico da especialidade de urologia, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, de tomar parte, como delegado de Portugal, nos trabalhos da Société Internationale de Urologie a realizar em Madrid na primeira quinzena de Abril.

— Foi publicado um decreto pelo qual as instalações do serviço geral de clínica médica n.º 1, Bernardino António Gomes, do Hospital de Arroios, para uma melhor eficácia do referido serviço, vão passar a ser as seguintes: sala n.º 1 (homens) no local onde esteve instalada a extinta enfermaria de S. Mateus; sala n.º 2 (mulheres) no local onde esteve instalada a extinta enfermaria de Bernardino António Gomes.

*
* *

Associação dos Médicos Portugueses

A Associação dos Médicos Portugueses, reünida em assemblea geral, aprovou, por unanimidade, uma moção no sentido de o ensino e exercício da especialidade de Estomatologia dever ser apenas entregue a médicos, visto que esta especialidade é considerada um ramo inseparável da Medicina.

*
* *

Missões de estudo

Partiram para Buenos Aires os médicos argentinos Drs. Ernesto Gietz, D. Juan Pablo Lynch, Arturo Schwarbel e Roberto Vilar, que percorreram a Europa em missão médica.

— Os assistentes do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto, Drs. Álvaro Rodrigues e Sousa Pereira, seguiram para Estrasburgo, como bolseiros da Junta de Educação Nacional, a fim de trabalharem em cirurgia experimental com os Profs. Leriche e Fontaigne.

— Partiu para Berlim, onde vai em missão de estudo do Instituto Português do Cancro, o Dr. João Maia.

— O Prof. Amândio Tavares, da Faculdade de Medicina do Pôrto, foi a Paris aperfeiçoar-se em anatomia patológica com os Profs. Roussy e Oberling. O Dr. Luís de Pina, assistente da mesma Faculdade, vai a Toulouse, Paris e Varsóvia dedicar-se ao estudo da antropologia das partes moles com os Profs. Valois, Anthony e Loth.

*
* *

Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia e Geologia Médicas

A comissão portuense do Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia e Geologia Médicas reüniu-se com o fim de deliberar sôbre a elaboração dos relatórios oficiais e comunicações técnicas a apresentar ao Congresso, e sôbre algumas outras secções de trabalhos, nomeadamente excursões e visitas a estâncias climáticas e hidromedicinais do norte do país. Também foi resolvido convidar a colaborar nesses trabalhos as entidades que se têm dedicado aos assuntos incluídos nas secções em que está dividido o Congresso.

No próximo número publicaremos o programa do Congresso.

*
* *

Patrick Manson

Foi autorizada a Escola de Medicina Tropical a contribuïr com 50 libras (ouro) para a homenagem que a Inglaterra vai promover em memória de Patrick Manson.

*
* *

Prof. Sobral Cid

O Prof. Sobral Cid realizou, na Universidade Popular Portuguesa, uma conferência sôbre o velho asilo de alienados e as modernas directrizes da assistência psiquiàtrica.

*
* *

Homenagens

A câmara municipal de Feira realizou uma manifestação de aprêço ao seu inspector de saúde Dr. António Augusto de Aguiar Cardoso.

— Foi concedida a medalha de prata comemorativa das campanhas do exército português ao Dr. Diogo Egídio de Abreu, que durante e período da guerra europeia prestou serviço a bordo do vapor *S. Miguel.*

RO UM LO

*
* *

Saúde pública

Foi exonerado de sub-inspector de saúde do concelho de Mourão o Dr. Serafim Martins dos Santos e nomeado para o substituir o Dr. Manuel Alcantara Guerreiro.

*
* *

Nomeação

Foi nomeada médica da secção feminina do Instituto do Professorado Primário Oficial Português do Pôrto a Dr.ª D. Maximina da Natividade Rodrigues.

*
* *

Médico colonial

O governador geral de Moçambique foi autorizado a contratar um médico especializado para o serviço médico escolar do ensino primário de Lourenço Marques.

*
* *

Partido médico

O Dr. Joaquim Carita Remexido foi ocupar o cargo de médico municipal interino do concelho de Nisa.

*
* *

Necrologia

Faleceu em Mateus (Sabrosa) o Dr. José Silvério da Silva.

RÓMULO
CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Tratamento completo das doenças do figado

e dos sindromas derivativos

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

PANBILINE
NOM DÉPOSÉ

Opòterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos scientificos

Lavagem
de **Extracto** de **Bilis**
glicerinado
e de **Panbiline**

RECTOPANBILINE
NOM DÉPOSÉ

1 a 3 colheres em 160 gr. de àgua fervida quente.
Crianças: 1/4 dose

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

OPOTERAPIA VEGETAL

As Energétènes BYLA

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla **Digitale Byla**

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

Agentes para Portugal: Gimenez-Salinas & C.ª

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

O contagio de quasi todas as doenças

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

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

O formol constitue o principio activo da pastilha de «Formitrol»

Deixando derreter uma pastilha na boca preservará o contagio evitando doenças graves.

FORMITROL

evita o contagio

À venda nas farmacias e drogarias
EM TUBOS A ESC. 9$00

DR. A. WANDER S. A. — BERNE

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