



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

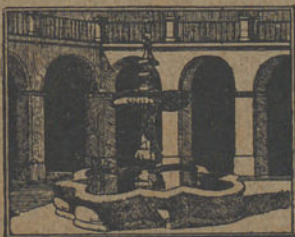
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

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 — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CRYST.

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA DA PALMA, 240-2

LISBOA

Sala B.....

Est. 9.....

Tab. 1.....

N.º 97.....

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

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

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

Películas radiográficas rápidas.

Películas radiodiaphanes.

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

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

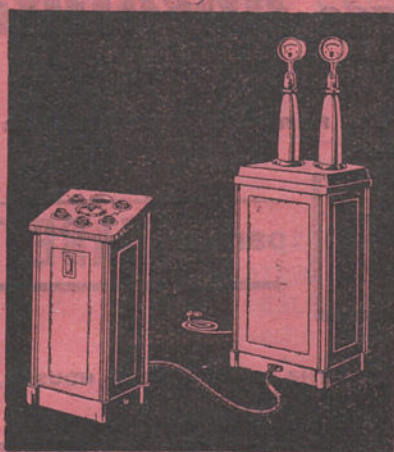
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



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

acção
pureza
inalterabilidade absolutas

eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 2 1476
 G. DELTA

Agente no PORTO:

M. PEREIRA DA SILVA, L. LOIOS, 36. Telefone 701

OS
A FAMADOS
 LIMENTOS
 ALLENBURY'S PARA
 ALIMENTAÇÃO
 ARTIFICIAL

SÃO FABRICADOS
SOB RIGOROSO CRITÉRIO SCIENTÍFICO

- garantia da sua eficácia
- base do seu sucesso
- razão do seu apêço

por médicos de todo o mundo

- n.º 1 — para recém-nascidos
- n.º 2 — dos 3 aos 6 meses
- n.º 3 — após os 6 e adultos
- BISCOITOS — aos 10 meses, etc.

FOLHETOS, DE 32 PÁG. GRÁTIS AOS EX.MOS CLÍNICOS

Representantes de ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES:
 COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele } F. 2 1476
 G. DELTA

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROT

Capsulas contendo a totalidade
dos principios activos
extrahidos

do **BUCCHU**

**ANTISEPTICO URINARIO
ANALGESICO — DIURETICO**

Novo Remedio receitado
pelas autoridades medicas.

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

Esgotta o corrimento dentro de
alguns dias.

Faz desaparecer em poucas horas
as dores agudas da micção.

Aclara as urinas.

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

Efficacissima contra as Colicis nephriticas.

DÓSE : 9 capsulas por dia.

Laboratorios Doutor H. FERRÉ.

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

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

**O melhor Termometro
Inglês com a sua co-
luna inquebrável e
muito visível**

Quando V. Ex.^a
precisar pode
experi-
men-
tar.

Foi
em 1861
que a firma

**Megretti
&
Zambra**

de Londres, inventou a coluna
fixa à temperatura do enfermo.



Vendem todas as farmácias do País

AGENTE: **A. S. Alban** - Rua da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

DOCTOR

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

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

Amostras a disposição dos Ex. mos Srs. Medicos

Repre-
sentante :

LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.º

LISBOA



ALIVIO!

...desde o momento em que é aplicada.

Ajuda tambem o *trabalho* da nurse, que sabe, por experiência própria, que applicando a ANTIPHLOGISTINA quente e espessa manterá um grau uniforme do calor maximo *durante muito tempo*.

Em virtude da combinação sinergistica dos seus ingredientes, a acção osmotica da Antiphlogistine começa logo por activar a circulação superficial, descongestionando e suavizando *sem irritação* a dor, proporcionando um sono socegado e reparador.

Receitada pelos medicos de todo o mundo, há mais de um quarto de seculo, é preferida ás fomentações e ás cataplasmas de linhaça, porque a sua eficacia no tratamento das inflamações, quer sejam superficiaes ou profundas, nunca foi desmentida.

Antiphlogistine

É UM ADJUVANTE COMPROVADO NO
TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS.

THE DENVER CHEMICAL MFG Co. - New York - U. S. A.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Cais do Sodré, 8

LISBOA

ANEMIA PERNICIOSA
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA
 ANEMIA LUETICA
 ANEMIA GRAVIDICA
 ANEMIA DAS CREENÇAS

Eficaz na
 DOENÇA DE BANTI e na
 CAQUEXIA CANCEROSA

A.-B. ASTRA

SÖDERTALJE
 Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de
 F I G A D O

VINHO: 1 colher das sopa = 50 gr.
 de Fígado cru.

COMPRIMIDOS: — concentrados —
 assucarados: 1 comprimido = 25 gr.
 de Fígado cru.

EXTRACTO: 1 colher das de chá = 50
 gr. de Fígado cru.

HEPATOTAL

Salvitae

Na sub-infecção intestinal

SALVITAE é o processo que permite ao medico contrastar eliminação e alcalisação, actuando de maneira fundamental e eficiente na protecção do organismo contra Sub-infecção Intestinal, Toxemia, Acidose, Uricacidemia, Prisão de Ventre

e ainda um grande numero de enfermidades caracterizadas por um metabolismo imperfecto, eliminação deficiente e desarranjos no equilibrio acido-basico do corpo.

AMERICAN APOTHECARIES CO.,
New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:
Jimenez - Salinas & C.^a
240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



2 novidades em vacinoterapia

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

colitique

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

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



1) Outras formas: Injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

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

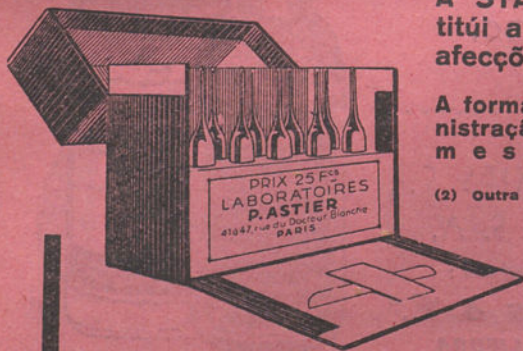
A STALYSINE injectavel constitúi a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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



Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Um caso de sífilis gástrica com a prova radiológica da cura</i> , por Eduardo Coelho.....	pág.	1
<i>Sur une nouvelle méthode d'application des eaux minérales et de leurs propriétés radioactives</i> , par Francisco Formigal Luzes..	"	14
<i>Um caso de displasia perióstica de Durant, acompanhada de esclerodermia generalizada e congénita</i> , por Carlos Salazar de Sousa	"	20

Notas clínicas

<i>A propósito de quatro casos de paralisia obstétrica</i> , por António de Meneses.....	"	29
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	"	35
<i>Noticias & Informaçoes</i>	"	I

Serviço de Patologia Médica
(Prof. A. Padesca)

UM CASO DE SÍFILIS GÁSTRICA COM A PROVA RADIOLÓGICA DA CURA

POR

EDUARDO COELHO

A pesar da sífilis gástrica ser geralmente considerada — e bem — uma doença rara, a sua bibliografia é já bastante rica, e todos os anos se colhem observações que aumentam a casuística. Entretanto, não é uma comarca fechada; o seu diagnóstico clínico e radiológico apresenta ainda as maiores dificuldades.

Uma doente com sífilis do estômago que seguimos durante dois anos, e na qual pudemos cotejar os sintomas clínicos com a série de radiografias tiradas durante o período de tratamento e alguns meses depois da cura, conduziu-nos a procurar na selecção crítica da bibliografia e no estudo do nosso caso a possibilidade da destriça clínica ou radiológica da sífilis gástrica com outras doenças do estômago mais frequentes, mas de sintomatologia idêntica.

Consoante nota O. Meller (1), encontramos-nos entre dois extremos: dum lado, os que acompanham Fournier — impossibilidade de diagnosticar esta localização da sífilis; do outro lado, Leven e adeptos, para os quais toda a alteração ulcerosa do estômago é sempre suspeita de sífilis.

Os anátomo-patologistas e os cirurgiões consideram rara esta afecção. Assim, Chiari (2), em investigações sistemáticas do Ins-

tituto Patológico de Praga, em 243 autópsias de indivíduos sífilíticos, apenas encontrou 2 casos de sífilis do estômago. Stolper observou um caso em 86. Pappenheim encontrou um em 4.880 autópsias, ao passo que Turnbull, em 13.000 não observou nenhum. Em 13.680 autópsias de Windholz foram encontrados dois casos de sífilis gástrica e Emelin (do Instituto de Eppendorf) viu um em 10.000.

Pauchet e Hirschberg (1927) publicaram 150 casos de carcinoma do estômago, dos quais 3 luéticos; 150 casos de úlcera, sendo 3 de sífilis; e 63 de úlcera do duodeno, sendo 3 de sífilis. Ritter, da clínica do Prof. Frangenheim, em 230 intervenções do estômago encontrou apenas 1 caso de sífilis, confirmado pelo exame histológico; o único sintoma clínico referido consistia na anorexia.

Gwartin e Gordon em numerosas investigações sôbre lesões do estômago observaram 3 casos de sífilis.

Maior discrepância de opiniões sôbre a freqüência da sífilis do estômago se observa entre os clínicos. Emquanto Ewald, Neumann e Cortex a consideram freqüente, Einhorn e Hausmann relativamente rara, Strauss, Boas e Bütner muitíssimo rara, para Castex, de Buenos Aires, 90 % das úlceras do estômago são de natureza sífilítica (4).

Durante 40 anos de prática clínica Fränkel viu apenas 2 casos. Hayem com uma longa experiência, tendo observado e tratado grande número de doentes do estômago, observou 5. Schlesinger (5) só encontrou um caso na autópsia.

Em 1904, Barbier conseguiu reünir 116 casos em toda a literatura médica, dos quais 68 *ex-juvantibus* e 58 com diagnóstico de autópsia. Pater em 1907 colheu 122 casos. Na estatística de Brahms e Bloch, até 1923, existiam 250 (3). Os casos descritos por Salzmann e Schapiro em 1927, por Pozzi em 1928, por O. Meller em 1929 e por Schliffer (3) e Fantino (4) em 1930 elevam a estatística actual da sífilis gástrica a 298 casos.

A causa da raridade ou da freqüência da sífilis gástrica — assim considerada pelos diferentes clínicos — depende da diferença de critério de diagnóstico e da diversidade de interpretação dos elementos clínicos e anatómicos de cada caso. Se um doente apresenta queixas gástricas e reacções serológicas positivas, a sua doença do estômago é muitas vezes considerada de natureza

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



FITINA

"CIBA"

A black and white illustration of a muscular man standing on a dark, rounded hill. He is facing away from the viewer, with his arms raised and hands open, looking upwards. In the background, a large, glowing, circular structure resembling a dome or a large lens is visible, composed of many fine, intersecting lines that create a grid-like pattern. The overall style is reminiscent of mid-20th-century graphic design.

RECONSTITUINTE TONICO DO SISTEMA NERVOSO REMINERALIZADOR

O preparado mais rico em fósforo orgânico
e substancias remineralizantes assimilaveis.

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

Amstras e literatura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos „Ciba“ em Portugal

sifilítica, sem que se faça a demonstração anatómica ou radiológica. Uma úlcera gástrica pode curar espontaneamente e o clínico atribuir a cura a um tratamento anti-luético. É o que se observa v. g. no diagnóstico da sífilis pulmonar ou da sífilis arterial pôsto a oito por clínicos dominados pela «luemania».

É necessário, como acentua Konjetzny (6), afastar todos os casos com manifestos erros de diagnóstico (*offenkundige Fehldiagnose*) e os de interpretação arbitrária (*willkürliche Auffassung*).

Ainda o exame histológico nos não pode dar a certeza do diagnóstico. Como observa Meller «*doch wegen Abnlichkeit mit anderen Erkrankungen die syphilitische Basis der Läsionen wis-*

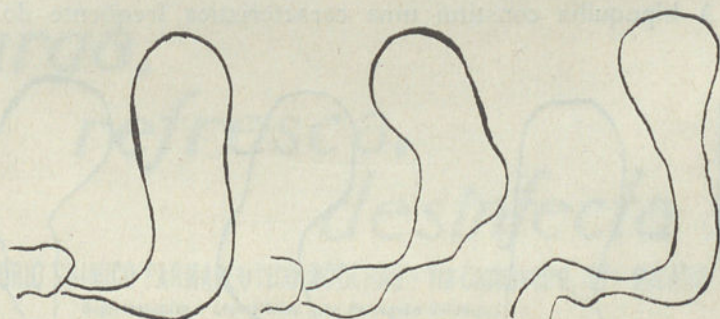


Fig. 1

Grupo I. — Formas reversíveis (hiperplasia gomosa). Localização justapilórica, médীগástrica, e total (Moore).

senschaftlich nicht ganz einwandfrei festgestellt werden kann» (pág. 366).

A anatomia patológica da sífilis gástrica foi inteiramente esclarecida por Andral e Hausmann (7). Este último considera 5 tipos: 1 — Gastrite sífilítica simples; 2 — Infiltração sífilítica gomosa difusa com hiperplasia do tecido conjuntivo e hipertrofia *a*) de toda a parede do estômago, *b*) de uma parte da parede, ou só do antro pilórico; 3 — Placas ulceradas gomosas; 4 — Cicatriz da transformação fibrosa da úlcera; 5 — Retracção do estômago por infiltração gomosa ou por hiperplasia fibrosa.

A forma mais características é a gomosa ou infiltração esclero-gomosa, a qual necrosa e ulcera, ou provoca uma retracção do estômago por hiperplasia fibrosa (esclerose).

Os sinais histológicos consistem na hipertrofia do tecido con-

juntivo, infiltração linfocítica da submucosa, *mastzellen*, edema, endarterite e endoflebite obliterante.

A úlcera pode ser simples ou penetrante. A esclerose conduz à estenose ou à biloculação.

A sintomatologia clínica dos casos em que a certeza etiológica se pôde marcar não apresenta dados patognomônicos. O diagnóstico assenta, em geral, numa sintomatologia incerta e escassa: na prova serológica, na existência de um tumor epigástrico, de dores xifoido-raquídeas, de vômitos alimentares. A estase, a hematemesa e a melena podem faltar; não constitui regra a sua freqüência. A ausência de ácido láctico com a hipo ou aclorídrria tem uma grande importância diagnóstica.

A hipoquília constitui uma característica freqüente do qui-

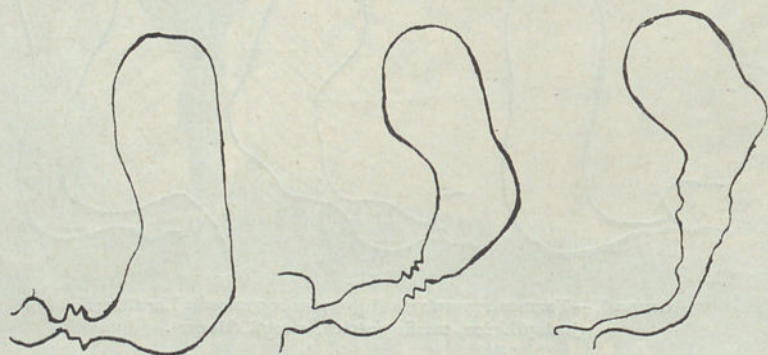


Fig. 2

Grupo. II. — Formas irreversíveis por esclerose. Localização justapilórica, médiogástrica e total (Moore).

nismo gástrico dos sífilíticos. Luria (2) mostrou com a prova cromoscópica (injecção de vermelho neutro e sondagem gástrica fraccionada) como o estômago se mantém em hiposecção, com retardamento da eliminação da substância corante, com diminuição da secreção clorídrica e da pepsina. O tratamento específico intenso pôde fazer regressar à normalidade o valor clorídrico.

Foram os trabalhos de Eppinger, Gottwald, Schwartz, Mühlmann, Holisch e Aoyama, (8) que primeiro mostraram os sinais radiológicos da sífilis gástrica, caracterizando as modalidades que apresenta — generalizada e localizada.

Sob o ponto de vista radiológico, devemos considerar com

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

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

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

Em toda a espécie de infecções determi-
nadas por piogénios comuns ou por
associações microbianas

Vacina Antipiogenica Polivalente "Bruschettini"

é de absoluta e provada eficácia, quere como

Preventivo ou curativo

estando, portanto, especialmente
indicada para as **septicemias** e
infecções puerperais, bem como

na **Influenza** e nas
Complicações Post - Gripais.

Na **Artrite blenorrágica** e nas **enfermidades
gonocócicas do utero e anexos**

encontra a sua principal indicação

Vacina Antigonococica "Bruschettini"

(que se compõe de varios tipos de gonococos de di-
versas procedencias e de germes que costumam
acompanhar o gonococo)

Uretrite
Prostatite
Orquite
Epidimite, etc.

AMOSTRAS GRATIS AOS SRS. MÉDICOS

L. Lepori

Apartado 214
LISBOA

Rua Victor Cordon, 1-E

Schliffer (3) duas formas principais: 1 — A infiltração gomosa e hiperplasia; 2 — O sífiloma, que tem a sua localização predominante na submucosa.

Segundo a localização da infiltração gomosa, Moore (9) distingue 3 tipos (fig. 1): 1) prepilórico; 2) mediano (estômago em ampulheta); 3) tipo total. Como estes três tipos se modificam com o tratamento específico, regressando o estômago à forma normal, denominam-se reversíveis.

A localização prepilórica é a mais freqüente (70 % dos casos, segundo Moore); a infiltração é concêntrica, simétrica, aparecendo nas paredes das duas curvaturas defeitos iguais, de sorte a darem um aspecto radiológico especial, com estreitamento do estômago. Foram descritos 3 casos por Assmann e Gäbert (8), nos quais se observou esta forma radiológica.

A hiperplasia gomosa da parte média do estômago, dando a forma de ampulheta, está documentada com trabalhos de Goja, Lewald, Mulligan e Hirschberg (2). Segundo Moore encontra-se em 22 % dos casos e realiza uma forma patognomônica da sífilis gástrica. Como na localização prepilórica, nota-se a ausência da sombra radiográfica nas duas curvaturas, afilando o estômago.

Na hiperplasia gomosa difusa e infiltração total do estômago há hipertrofia concêntrica das paredes, escapando apenas a região do cardia, que se alarga. À radiografia encontramos o estômago estreitado em toda a extensão, mas possuindo os contornos das paredes bem desenhados. Como nas duas formas anteriores, o tratamento específico produz melhoras consideráveis. Se se origina uma estenose do piloro, sobrevém à microgastria a dilatação total do estômago.

No último estadio de evolução, se predomina o processo de esclerose, àqueles 3 tipos de localização da infiltração gomosa correspondem estes: 1) estenose do piloro; 2) estômago bilocular cicatricial; 3) atrofia ou esclerose total, sífilítica do estômago (*ulcus callosum ventriculi* total de Sasse) (fig. 2). Estas formas, bem caracterizadas pela radiografia, não cedem ao tratamento específico; por isso se chamam irreversíveis. Contrariamente às formas da infiltração gomosa, os tipos finais de evolução apresentam à radiografia irregularidades das paredes do estômago, na região em que se localizam (fig. 2).

A esclerose total do estômago é ainda designada pelo nome

de linite plástica; e para alguns autores constitui uma forma especial da sífilis gástrica.

O diagnóstico radiológico da goma e da úlcera apresenta as maiores dificuldades; contrariamente às formas anteriores, realizam a atipia radiológica. Apontam-se as hemorragias abundantes como sintoma dominante da úlcera sífilítica (4). Mas não é um sinal de valia para limitar o diagnóstico.

Se rareia a sífilis gástrica, mais escassos são, ainda, os casos nos quais o contraste radiológico durante a cura permitiu demonstrar a etiologia dessa afecção.

O caso que vamos resumir, e que dava o aspecto radiológico de



Fig. 3

um carcinoma do estômago, apresenta a forma de uma infiltração gomosa e hiperplasia, tendo a sua localização no antro pilórico.

Obs. n.º 1.350 do Arquivo do Serviço de Patologia Médica. — H. H. F., de 59 anos, casada.

Observada na nossa consulta particular em 27 de Novembro de 1928 e internada na nossa secção do Serviço a 29 do mesmo mês.

ANAMNESE:

Doença actual. — Tem diminuído progressivamente de peso desde que

há 4 meses começou a apresentar dores epigástricas, irradiando para o ráquis, uma a duas horas após as refeições, e acompanhadas de eructação. Vômitos. Ausência de hematemeses, de melenas e de azia. Obstipação. Anorexia.

História progressa. — Foi apendicetomizada. Pesava 75 quilogs. antes de adoecer. Comêço da menopausa aos 50 anos.

Nega a existência de sífilis. Ausência de gravidez e de abortos.

Antecedentes familiares — sem importância.

Exame objectivo. — Constituição robusta. Regular estado de nutrição. Coloração normal dos tegumentos. Pêso, 58,500 quilogs.

Exame do aparelho respiratório. — Normal.

Exame do aparelho circulatório. — 2.º som aórtico reforçado. Pulso amplo, rítmico, 60 pulsações p. m. Tensão arterial $20/9,5$ (Pachon).

Abdômen. — Cicatriz operatória de apendicectomia. Dor à palpação pro-



Fig. 4

funda da região epigástrica. Macicez hepática ligeiramente aumentada. Macicez esplénica — normal.

Reflexos. — Pupilares e patelares, normais.

ANÁLISES:

Urina. — Normal.

Sangue. — Hemoglobina 69 $\%$. Glóbulos rubros 2.940.000. Glóbulos brancos 6.000. Linfócitos 26 $\%$. Monócitos 7,5 $\%$. Neutrófilos 64,5 $\%$. Basófilos 0,5. Eosinófilos 1,5. Ligeira anisocitose e poiquilocitose.

R. W. + + + +.

Repetição da R. W. (noutro laboratório) + + + +.

Suco gástrico. — a) Antes da refeição de prova de Ewaldi-Boas:

Vol. 20 c. c. Ácido láctico: não tem. Sangue: não tem. Pigmentos biliares: tem. HCl livre: não tem. Acidez total 12 % em NaOH. Raras células epiteliaes, poucos leucócitos, raras células de leveduras.

b) Depois da refeição de prova:

Vol. 60 c. c. Ácido láctico: não tem. Pigmentos biliares: não tem. Sangue: não tem. HCl livre: não tem. Acidez total 14 % em NaOH. Raras células epiteliaes, raros grãos de amido, células de levedura.

Sangue oculto das fezes. — Não tem.

EXAME RADIOGRÁFICO:

Teleradiografia do tórax. — Coração e aorta normais nas suas dimensões.

«Observação radioscópica no abdómen: 6 horas depois de uma refeição de prova, mostra-nos a presença de uma estase gástrica bastante acentuada,



Fig. 5

notando-se uma falta de sombra ao nível do antro pilórico, estase duodenal com irregularidades de contorno.

Em seguida a nova refeição de contraste, existem as mesmas faltas de sombra gástrica acima descritas (fig. 3).

Radiografia, feita com a doente em decúbito ventral, mostra-nos a presença de um esvaziamento quási contínuo, e que a mobilidade está relativamente diminuída (fig. 4).

Deve tratar-se de uma neoplasia gástrica com invasão da válvula pilórica, o que a torna em parte insuficiente». — 4-XII-1928.

A 14-XII-1928 faz-se novo exame radiográfico que apresenta as mesmas modificações acima relatadas.

Em resumo. Trata-se de uma doente com grande emmagrecimento, anorexia, dores na região epigástrica uma a duas horas após as refeições, sem azia, hematemeses, melenas, ou sangue oculto nas fezes, apresentando hipoquilia, com ausência de ácido láctico. A reacção de Wassermann feita em dois laboratórios diferentes é fortemente positiva. Não há, entretanto, estigmas de sífilis nem a doente refere o aparecimento do acidente primário ou das manifestações secundárias. E a radiografia é categórica — neoplasia da região pilórica com invasão da válvula pilórica, tornando-a em parte insuficiente.

Fizemos examinar a doente por um cirurgião, que concordou



Fig. 6

inteiramente com as conclusões do radiologista. Todavia, para o clínico persistia a dúvida.

Neoplasia gástrica? Sífilis gástrica?

A-pesar-do emmagrecimento, impressionava o estado regular de nutrição da doente. Sabemos, todavia, que este fenómeno se observa durante a evolução da neoplasia do estômago. Nutrição florescente, aumento de peso, até, acompanha algumas vezes o carcinoma gástrico. A hipoquilia tanto é um sintoma de neoplasia como de sífilis gástrica; mas a associação do síndrome com

ausência de ácido láctico não costuma acompanhar o carcinoma, e está descrita como sintoma da sífilis do estômago. Não constitui, entretantes, um argumento decisivo.

A prova radiográfica é deveras elucidativa. Ausência de sombra na região pilórica — neoplasia dessa região. A não existência de melenas, de hematemeses e de sangue oculto nas fezes não quadra com o diagnóstico radiológico, mas é um fenómeno frequentemente observado.

Bem pesados todos os argumentos para a destrinça da diagnose diferencial, só nos ficava um sinal seguro a sugerir o dia-

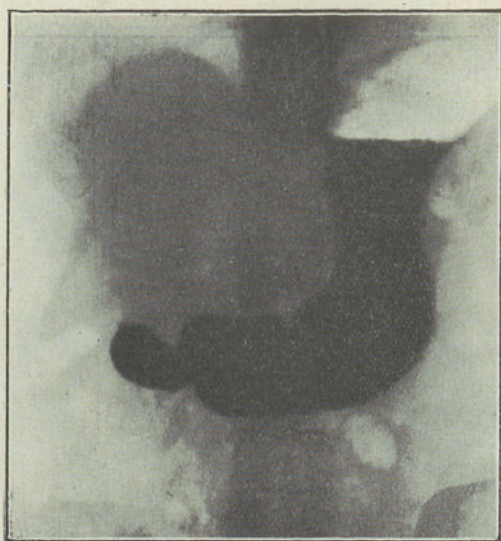


Fig. 7

gnóstico de sífilis gástrica — a prova serológica. Mas a doente pode ser sífilítica e ter um carcinoma do estômago. É um erro vulgarmente observado o querer considerar de natureza luética qualquer doença que intervenha num sífilítico.

Diagnóstico de sífilis gástrica só como *probabilidade* o podíamos apor. Admitíamos, então, a existência de sífilis, mas pendíamos a crer que a doente possuía uma neoplasia gástrica. Como o cirurgião, que examinou a doente, concluía pela inoperabilidade, e pela inutilidade da laparotomia exploradora, ensaiámos um tratamento antilúético, baseados na prova laboratorial.

27 de Dezembro de 1928. — Inicia o tratamento, recebendo um total de 6 grs. de neosalvarsan e 24 ampolas de bismugenol. Acidol e pepsina n.º 1. Pankreon. Extracto de carne e a restante dietética destinada a combater o sindroma hipoquílico. Começa a aumentar de pêso (62 quilogrs.), e melhora consideravelmente dos sintomas gástricos.

No decurso do tratamento, faz-se novo exame radiológico:

«Observação radiográfica do abdómen: 6 horas depois duma refeição de prova, mostrou que não havia estase gástrica.

«Em seguida a nova refeição verificou-se a forma irregular como se desenhava a região justo-pilórica, ponto êste que era muito doloroso à palpação (fig. 5).

Foram feitas 3 radiografias, uma com o doente de pé, e 2 em decúbito ventral, que nos levam a suspeitar que se deve tratar duma neoplasia desta região». — 4-II-1929.

As melhoras acentuam-se. A doente deixa de apresentar queixas gástricas. Pêso: 67 quilogrs. Bom estado de nutrição. Dieta geral. Alta.

Passados 6 meses, aparece-nos na consulta externa. Mantém as melhoras anteriores, mas muita fraqueza. Nova cura com a série medicamentosa idêntica à primeira.

Em Abril de 1930 é radiografada:

«Observação radioscópica do abdómen: 6 horas depois duma refeição de prova mostrou que não se tinha produzido estase gástrica.

«Em seguida a nova refeição de contraste, sombra gástrica desviada na sua parte inferior para a direita da linha média, vindo a região piloro-duodenal desenhar-se junto da sombra da vesícula. Não havia nem as irregularidades, nem as faltas de sombras descritas nos relatórios anteriores. Píloro permeável, contrações regulares. Não havia dor à palpação.

«Não havia sinais radiológicos de lesão orgânica do estômago ou do duodeno.» — 2-IV-1930 (fig. 6).

Nessa mesma data, faz-se um exame de suco gástrico, antes e depois da refeição de Ewald-Boas:

a) Antes da refeição:

Vol. 20 c. c. Ácido láctico: não tem. Sangue: não tem. Pigmentos biliares: tem. HCl livre 20%. Acidez total: 44%. Raras células epiteliais. Raras células de levedura.

b) Depois da refeição:

Vol. 80 c. c. Ácido láctico: não tem. Pigmentos biliares: não tem. Sangue não tem. HCl livre 32%. Acidez total: 50%. Raras células epiteliais. Raros grãos de amido. Raras células de levedura.

R. W.: — — — —.

Sangue. — Hemoglobina 80%. Glóbulos rubros 4.200.000. Glóbulos brancos 6.300.000. Linfócitos 26%. Monócitos 6%. Neutrófilos 66%. Basófilos 0,5. Eosinófilos 1,5. Ligeira anisocitose e poiquilocitose.

Em 30 de Dezembro de 1930 fazemos radiografar a doente. Mantém-se o aspecto da última radiografia, sem a falta de sombra e as irregularidades das primeiras (fig. 7). (Bernard Guedes).

Se a sintomatologia clínica tanto podia justificar uma neoplasia como uma sífilis gástrica, o contraste (*contrôle*) radiológico durante dois anos documentou a cura clínica; ao desaparecimento dos sinais objectivos veio juntar-se a prova radiográfica, mostrando o desaparecimento da lesão, que se mantém passados 9 meses. Só aquela nos permitiu, alfm, diagnosticar a sífilis gástrica. O quimismo gástrico regressou também á normalidade.

Trata-se de uma infiltração gomosa e hiperplasia localizada na região pilórica, que se confundia radiologicamente com um carcinoma do estômago.

Como conclusão a tirar das premissas fornecidas por este caso e pela bibliografia devidamente analisada, avançamos que, em todo o doente com lacuna típica da sombra radiográfica do estômago, localizada na região pilórica e igualmente nas duas paredes, de sorte a afilar essa região, no *qual exista uma infecção sifilitica em evolução*, com hipo ou acloridria, sem ácido láctico, sem hematemeses, melenas, ou sangue occulto, acompanhado de estado geral regular, devemos tentar um tratamento anti-sifilítico, desde que a intervenção cirúrgica imediata não esteja indicada. Mas o diagnóstico de sífilis gástrica só poderá ser assegurado pela prova radiográfica *post cura* — mantendo-se durante vários meses — porque não há sinais clínicos nem radiológicos certos, patognómicos, digamos, que nos permitam rotular de sífilis do estômago as queixas gástricas de um sifilítico.

RÉSUMÉ

L'A. décrit un cas de syphilis gastrique étudié pendant deux ans au moyen de films radiologiques jusqu'à neuf mois après la guérison par un traitement antiluétique intensif. A la radiographie on constatait une lacune typique de la région pylorique. On avait fait le diagnostic de neoplasie.

Les symptômes qui donnaient le tableau clinique étaient: vomissements, douleurs épigastriques, amaigrissement — bien que l'état général fût relativement bon — hypoehylie, sans acide lactique. Il n'y avait pas d'hématémèses, ni mælenas, ni sang occulte. L'épreuve sérologique était fortement positive.

Termómetros Clínicos "Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.
Representantes para Portugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOZIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

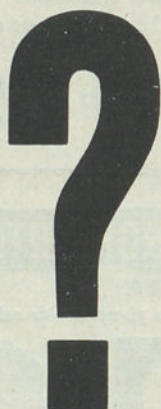
PHARMACODYNAMIA

Cholagogo, Reducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do figado
e dos intestinos.

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

Amstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8º)



Extracto Hormonal

Dr. Richard Weiss's

FERTILINE = VIRILINE

MASCULINO

Para o rejuvenescimento do homem: debilidade sexual, depressão, cansaço, isonornias, nervosidade, falta de appetite

Dr. Richard Weiss's

FERTILINE = VIRILINE

FEMININO

Para o rejuvenescimento da mulher: em casos de esterilidade, neurastenia sexual, irregularidade da menstruação, insensibilidade

Dr. Richard Weiss's

Berlin N.º 24

Depositários exclusivos: **HENRIQUE LINKER L.^{da}**, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

Hämafopan

feito de

Extracto de Malte e Sangue contem todas as substancias basicas e complementares em estado activo para a **formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

Injecção intra-venosa ou intra-gluteal **indolor** para os diferentes processos reumaticos e inflammatorios, gota, nevralgias, mialgias e irite.

Chem. Fabrik Milkai, Altona-Hamburgo

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

SPETON



Temmler - Werke, Berlin-Johanisthal

La disparition de la laçune dans l'ombre radiographique et de tous les symptômes après un traitement antisiphilitique intensif ont démontré l'étiologie luétique de l'affection.

Le chimisme gastrique est également revenu aux chiffres normaux.

BIBLIOGRAFIA CITADA E CONSULTADA

- 1 — MELLER (O) — Ein Fall von Syphilis des Magens, u. s. w. in *Röntgen-Praxis*. Vol. I. Pág. 365. 1929.
- 2 — LURIA (Prof. R.). — Syphilitische und syphilogene Magenerkrankungen. Berlin. 1929.
- 3 — SCHLIFFER (J. G.). — Die syphilitischen Magenerkrankungen im Röntgenbild in *Archiv. f. Verd. Krankh.* Fasc. 3-4. 1930.
- 4 — FANTINO (Prof. G.). — Sulla Sifilide dello stomaco in *Minerva Medica*. Junho de 1930.
- 5 — SCHLESINGER (Prof. H.). — Syphilis und innere Medizin II Teil. Die syphilis der Baucheingeweide. Pág. 121. Wien. 1926.
- 6 — KONJETZNY (G.). — Die Entzündungen des Magens. in *Hand. d. spec. path. Anat. und Hist. Henke-Lubarsch*. Vol IV. Pág. 1.015. 1928.
- 7 — HAUSMANN (Th.). — Neue Beiträge zur Magensyphilis in *Zeitschr. f. Klin. Med.* Vol. 98. 1924.
- 8 — ASSMANN (Prof. H.). — Klin. Röntgendiagnostik. Pág. 546. 3.^a ed. Berlin. 1924.
- 9 — MOORE (A.) e AURILIUS (E.). — Röntgenologic manifestations in eighty-seven cases of gastric Syphilis in *The American Jour. of Roentgenology*. 1928.

Nota. — Nas obras de Schlesinger, Luria e Schliffer encontra o leitor a bibliografia completa até meados de 1930.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'APPLICATION
DES EAUX MINÉRALES
ET DE LEURS PROPRIÉTÉS RADIOACTIVES (1)

(ÉTUDE FAITE SUR L'EAU D'URGEIRÇA)

PAR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

(Chef du Service d'Agents Physiques de l'Hôpital Escolar)

Ces derniers temps, on vient d'employer avec beaucoup de succès, dans quelques stations thermales, comme agent thérapeutique l'émanation radioactive, à laquelle de nombreux auteurs attribuent l'action curative des eaux minérales.

Les malades, pour en tirer un plus grand bénéfice, boivent l'eau dans des verres spéciaux, comme par exemple celui du Dr. Alquier de Vichy, et d'autres restent pendant plus ou moins de temps dans des chambres spéciales (*emanatorium*) en respirant une atmosphère riche en émanation.

Dans les thermes où les eaux ne possèdent pas ou peu de radioactivité, celle-ci leurs est communiquée artificiellement par des appareils plus ou moins compliqués.

Dernièrement j'ai eu l'occasion de voir à Spa un appareil dans ce genre, qui vient d'être installé et avec lequel on peut radioactiver, à peu près, 1.000 litres d'eau par 24 heures. L'eau ainsi préparée possède un nombre connu d'unités par litre (micro-curies) et on l'administre aux malades, soit sous forme de bains, soit comme boisson. Elle peut aussi être employée pour des cures faites à domicile et dans ce cas on fournit des séries de bouteilles dosées de façon à être utilisées successivement pendant deux semaines, durée approximative de la radioactivité.

Il y a aussi des appareils comme ceux présentés au Congrès pour l'Avancement des Sciences du Havre, en 1929, avec lesquels

(1) Comunicação apresentada ao Congresso Internacional de Hidrologia.

Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll»

Preparado muito bem acolhido, tendo por base a Diuretina «Knoll», desde varios decennios universalmente consagrada.

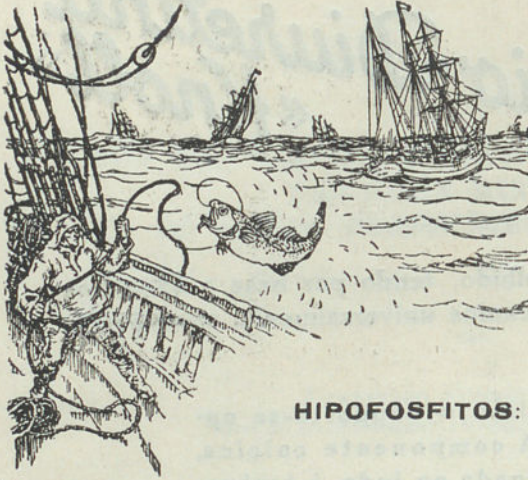
Sem sabor alcalino. = Supporta-se optimamente. = A componente calcica, chimicamente ligada ao iodo, à teobromina e ao acido salicylico, completa d'uma maneira muito feliz a acção conjuncta de todos estes ingredientes.

Doses: 3 vezes ao dia 1 comprimido depois das refeições.
Emballagens originaes: Tubosinhos com 20 comprimidos.

Indicações: Hypertonia, angina de peito, asthma cardiaca, asthma bronchica, dyspnea chronica e cardiaca, aortite luetica, esclerose dos vasos cerebraes, etc. Em muitos casos emprega-se tambem prophylacticamente

*contra os achaques do homem
de idade superior a 40' annos.*

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

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

D O S E S :

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**

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Depositários gerais para Portugal: **PETANA, BRANCO & FERNAND E, L.^{da}**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



Laboratório de Preparados Dermatológicos

J. Caballero Roig

Rocafort, 135 - Telefone 31031 - Apartado Concas 710 - BARCELONA

SULFURETO - Cura a **SARNA** em 10 minutos, tempo que se demora em efectuar uma fricção.

DEPURATIVO INFANTIL - (Sabor agradável). Eficaz nas erupções e doenças de pele das crianças.

GOTAS DEPURATIVAS - (Antiarpéticas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afecções cutâneas dos adultos.

PASTA POROSA DERMATOLÓGICA - Antiséptica, absorvente dos exudados e cicatrizante rápida - Recomendada para queimaduras.

LIXALINA - Para as inflamações da epiderme, comichões das doenças eruptivas.

Todos estes preparados foram premiados com a Medalha de Ouro na Exposição Internacional de Barcelona em 1929.

Depositários Gerais para Portugal: - **Petana Branco & Fernandes, L.^{da}**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA

on peut utiliser l'émanation associée à un courant d'oxygène introduit dans l'organisme par différentes voies.

Quelle que soit la méthode employée ou la voie utilisée, l'émanation est dissoute dans le sang et par lui amenée à tout l'organisme qui subit l'effet de son influence.

Dans ces conditions, l'émanation agit sur les lésions locales d'une façon indirecte. À mon avis, il y aurait cependant un grand avantage d'exercer une influence, tant sur l'état général que sur la lésion locale, en insistant sur celle-ci d'une façon intense et prolongée.

Pour obtenir ces conditions thérapeutiques dans le traitement des malades de mon Service de Physiothérapie de l'Hôpital Escolar, j'ai commencé par choisir, parmi les eaux minérales portugaises, celles qui possèdent au plus haut degré des propriétés radioactives, mais la radioactivité disparaissant, ou du moins étant réduite au *minimum*, 15 à 20 jours après l'émergence, mon attention a été attirée par les eaux contenant du *radium* en dissolution et qui pratiquement gardent cette propriété indéfiniment.

Je me suis servi d'une étude faite par le Prof. Charles Lepierre («Contribution à l'étude physico-chimique et à celle de la radioactivité des eaux minérales portugaises», publiée en 1925 dans les annales de l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie, t. III, n.° 4) qui a déterminé et comparé la radioactivité d'un grand nombre d'eaux portugaises.

Parmi toutes celles qui ont été étudiées dans ce travail, celle qui remplit le mieux les conditions voulues est certainement celle de «Urgeiriça» (Nellas), eau hyposaline, qui prenant naissance dans une région granitique, possède $21,5 \cdot 10^{-8}$ grs. de *radium* par litre et 140,2 millimicro-curies d'émanation à l'émergence. Cette quantité est supérieure à celle des deux autres eaux portugaises, qui contiennent du *radium* de constitution, Corredoura $2,6 \cdot 10^{-9}$ grs. et Curie $1,2 \cdot 10^{-9}$ grs.; elle n'est elle-même que faiblement dépassée par l'eau étrangère d'Ischia (190,2 millimicro-curies d'émanation).

Ayant choisi l'eau à utiliser j'ai tâché de trouver la meilleur voie d'administration pour amener l'ion *radium* que produit l'émanation, au contact des tissus malades. Cette partie du problème était certainement la plus importante, car une fois l'ion *radium* introduit dans une région déterminée, j'aurai pratique-

ment soumis cette région à l'action de l'émanation, pendant le temps de sa présence dans les tissus que la constituent et après son passage dans la circulation, l'action locale deviendra générale. J'aurai alors tout l'organisme de mes malades soumis à l'émanothérapie.

Pour arriver à ce but, j'ai procédé comme lorsqu'on veut introduire dans l'organisme les ions I, Ca, et d'autres; c'est-à-dire que j'ai utilisé le courant galvanique pur.

J'ai pratiqué ainsi la dielectrisation ou, comme on dit habituellement, l'ionisation des différentes régions de l'organisme sur les quelles je pretends exercer une action.

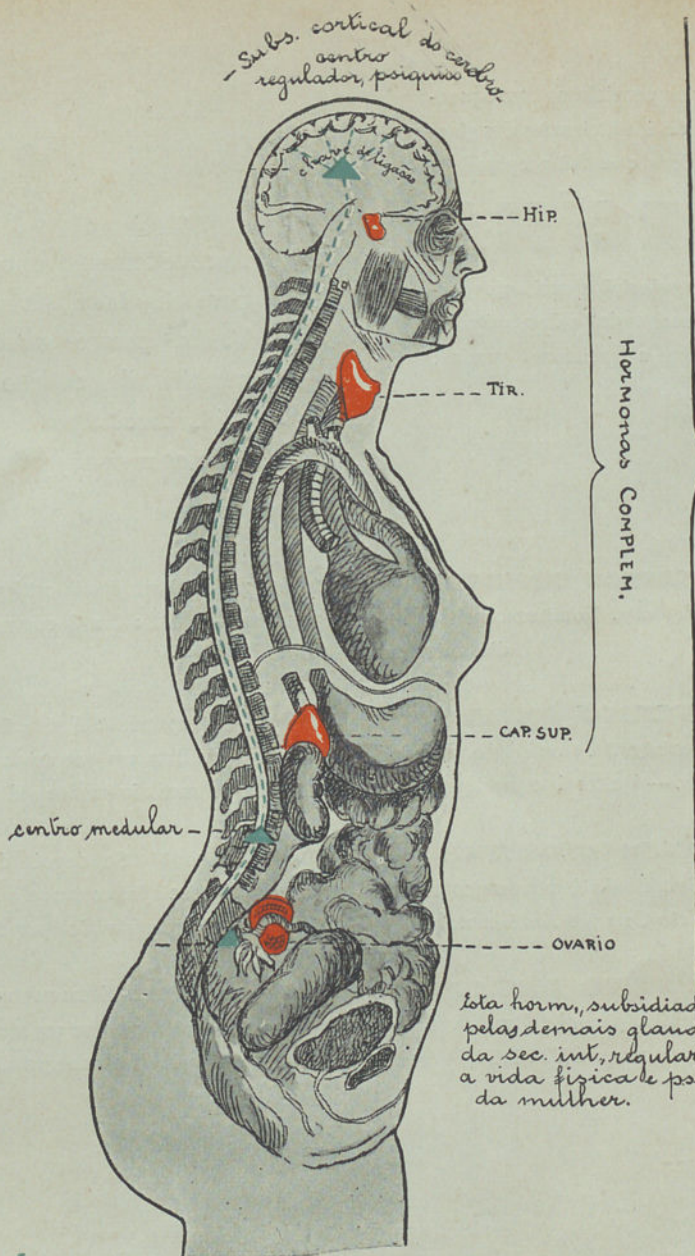
J'ai employé la technique habituelle suivant laquelle l'ion *radium*, étant un *cathion*, doit être placé au pôle positif. Dans ces conditions, si je veux par exemple soumettre à l'ionisation un genou, je placerai sur chacune des deux faces latérales de l'articulation respectivement en connexion avec les pôles (+) et (-) de la source galvanique un électrode spongieux avec l'eau de Urgeiriça et un autre avec l'eau distillée.

L'intensité employée n'a jamais été supérieure à 3 à 4 mm. Les séances de 30' a 60' ont été faites tous les deux jours, par séries plus ou moins nombreuses selon les cas. Cependant aucun malade n'a reçu plus de 42 applications, ni moins de 9. La moyenne a été de 18 à 24.

Les dernières applications de l'émanothérapie, sous ses différentes formes, pour le traitement des affections articulaires rhumatismales et goutteuses, m'ont amené à employer ma méthode avec l'eau d'Urgeiriça non seulement pour le traitement de ces affections, mais aussi pour celui de quelques autres, que selon mon avis sont susceptibles d'être améliorées par ce procédé et pour le traitement desquelles les agents physiques sont restés quelquefois impuissants.

J'ai soigné seulement 16 malades, dont voici la classification nosologique:

- 4 cas d'arthrite traumatique.
- 2 cas d'arthrite rhumatismale subaigue.
- 3 cas d'arthrite déformante.
- 4 cas de raideur articulaire post-traumatique.



GÍNECINA

HORMONAS COMPLEM.

Esta horm., subsidiada pelas demais gland. da sec. int., regularisa a vida física e psíquica da mulher.

GÍNECINA, TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de

Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, acidentes consecutivos á ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.

Para os grandes transtornos mensruaes recomendamos

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antiamentorreico**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

No histerismo, vomitos ocasionados pela gravidez, **Extracto Ovarico Completo.**

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

GÍNECINA

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

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

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

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

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

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



- 1 cas de synovite (doigt à ressort).
- 1 cas de cicatrice adhérente du cubital.
- 1 cas de nevrite du sciatique.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Un seul malade, celui qui avait la cicatrice adhérente du cubital, a éprouvé une exagération de la symptomatologie douloureuse, résultat semblable à celui obtenu par la diathermie.

Deux autres sont restés dans le même état. Un avait une nevrite du sciatique et l'autre, qui présentait une raideur articulaire de la tibio tarsienne, n'a fait que 9 séances, nombre insuffisant pour évaluer l'efficacité de la méthode.

Sur les quatre malades porteuses d'arthrites traumatiques, deux ont obtenu une guérison absolue et les deux autres ont été nettement améliorés.

Sur les deux atteints d'arthrites rhumatismales subaiguës, un a été complètement guéri et l'autre très amélioré.

Les trois malades porteuses d'arthrites déformantes ont été très améliorés. La symptomatologie douloureuse intense a disparu et ils ont récupéré une plus grande capacité fonctionnelle.

Sur les 4 cas de raideurs articulaires post-traumatiques, deux ont été considérablement améliorés et les deux autres ont vu leurs fonctions motrices devenir normales.

Je souligne le fait, qu'un de ces deux malades présentait une fracture grave du coude qui avait au commencement du traitement comme :

Flexion *maximum*, 75°

et

Extension *maximum*, 95°

et à la fin du traitement :

Flexion *maximum*, 45°

et

Extension *maximum*, 145°.

Pour terminer je dirai que le malade avec le doigt à ressort a éprouvé des améliorations si importantes qu'on peut le consi-

derer comme guéri, car il ne ressent le craquement caractéristique que très rarement.

En résumé, on voit que parmi les 16 malades soignés :

5 ont obtenu une guérison parfaite.

9 ont éprouvé une amélioration considérable.

1 est resté dans le même état.

1 seulement a éprouvé une exagération des douleurs.

*

* *

Par l'emploi de ma méthode, tous les malades, sauf un, ont vu dès les premières applications diminuer les douleurs et tout de suite après les mouvements sont devenus plus faciles et les fonctions articulaires sont retournées peu à peu à la normale. J'insiste beaucoup sur le fait que, pour obtenir un semblable résultat, il faut absolument employer une technique générale d'ionisation parfaite. Bien que mes conclusions ne soient étayées que sur un petit nombre de cas, les résultats en sont quand même très encourageants, car presque tous les malades avaient déjà été soumis sans succès à une thérapeutique médicamenteuse variée, ainsi qu'à différentes applications d'agents physiques. Je crois cependant qu'il y a des modalités physiothérapeutiques (mécanothérapie, massage, etc.), qu'il ne faut pas mettre tout à fait de côté, car elles sont de précieux adjuvants de la cure par l'ionisation.

Le plus grand avantage de ma méthode est d'exercer une action locale plus intense et prolongée, tout en agissant sur l'état général du malade, question primordiale dans un grand nombre d'affections justiciables de cette thérapeutique.

Du reste, un second avantage de cette méthode est d'amener l'ion médicamenteux à la région malade dans un état de pureté impossible à obtenir par d'autres voies, où il doit subir des réactions diverses.

Bientôt je procéderai à des expériences qui me permettront de déterminer le degré de pénétration des ions dans l'organisme et leur plus ou moins grande affinité pour quelques uns d'entre eux, la durée de leur action, les voies d'élimination et encore les modifications probables des humeurs, de façon à me permettre

d'établir une technique d'application plus parfaite ainsi que leurs indications thérapeutiques.

Certes mon étude est incomplète, mais j'ai profité de ce congrès pour faire connaître, à ceux qui ont la direction clinique des stations thermales, une nouvelle méthode d'application des eaux minérales, dont à mon avis on a beaucoup à attendre dans l'avenir.

Je terminerai en vous disant que avec cette méthode on peut apporter à une région donnée de l'organisme les différents éléments constitutifs d'une eau minérale dans leur plus grande pureté, ainsi que faire bénéficier cet organisme des avantages de l'émanothérapie, loin des sources et sans être obligé de se servir de méthodes et d'appareils compliqués.

UM CASO DE DISPLASIA PERIÓSTICA DE DURANT, ACOMPANHADA DE ESCLERODERMIA GENERALIZADA E CONGÊNITA

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

As distrofias ósseas congénitas, constituem um dos grupos mais confusos da patologia óssea.

Neste capítulo tem-se pretendido fazer a separação de vários tipos, que teriam caracteres diferentes para se poderem distinguir. No entanto, a distinção é bem imperfeita, e se corrermos a bibliografia referente ao assunto, encontraremos uma constante confusão entre os diferentes síndromas descritos.

Além do grupo da chamada displasia perióstica de Durant, onde entra o caso que descrevemos, teremos a considerar, para tentar apresentar os seus caracteres distintivos, os seguintes outros grupos: 2) acondroplasia, 3) osteopsatirose, 4) disostose cleido-craniana de Marie, 5) raquitismo congénito.

1) A displasia perióstica foi individualizada por Porak e Durant, e descrita como «uma perturbação do desenvolvimento do esqueleto, interessando particularmente a diáfise dos ossos longos, as costelas e a abóbada craniana. Distingue-se essencialmente pela integridade da ossificação condral e as condições defeituosas da ossificação perióstica. Representa, portanto, bastante exactamente o contrário da acondroplasia».

Estes autores individualizaram assim esta distrofia óssea separando-a da acondroplasia, com a qual até 1894 andou confundida. Procurando na literatura médica anteriormente publicada casos que se pudessem aproximar do quadro por eles descrito, os mesmos autores encontraram numerosas observações publicadas com os mais variados nomes: raquitismo congénito, raquitismo fetal, osteogenese imperfeita, condrodistrofia, etc.

UMA NOVA OPINIÃO

NA

TERAPEUTICA INTESTINAL

O 'Petrolagar' alem de proporcionar um valioso auxilio á diéta, actua sobre o intestino restaurando o seu normal movimento—o seu efeito é inteiramente mecanico.



O 'Petrolagar' actua penetrando no conteúdo fecal, produzindo uma defecação moldada que desliza suavemente pelo intestino. A acção comoda do 'Petrolagar' fa-lo preferir aos purgantes drasticos. É uma emulsão palatavel de 65% de parafina medicinal pura, com o agente emulsionante não degerivel agar-agar.

Escreva a pedir amostras e literatura que o ha-de interessar ao :

Representante em Portugal:

RAUL GAMA

31, Rua dos Douradões, 33 — LISBOA.

Gardan

M. R.

Antipirético

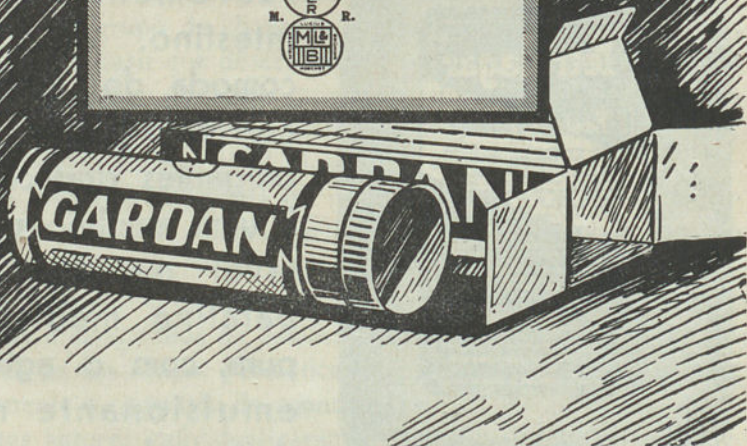
e analgésico de

primeira ordem

Acção prompta e enérgica nos resfriamentos febris, principalmente em casos de gripe.

Nas perturbações reumáticas e nevralgias o Gardan faz regredir a inflamação, acalmando ao mesmo tempo as dôres.

Embalagem original:
Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 50



» *Bayer Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA
I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

» LUSOPHARMA «
Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.º LISBOA

Ora, êstes diferentes nomes correspondem a processos variados e que se devem distinguir da displasia perióstica, como veremos.

A característica da displasia perióstica é, portanto, a normalidade absoluta da ossificação condral. Pelo contrário, a ossificação perióstica é caracterizada por uma hiperactividade dos osteoclastas que leva a uma exagerada reabsorção do tecido ósseo compacto, ficando por isso o osso quebradiço com um canal medular alargado e uma delgada camada de tecido compacto. Por vezes, mesmo, a camada compacta falta completamente, não existindo senão osso esponjoso.

Daqui resulta a facilidade com que se dão as curvaturas e fracturas nestes ossos, que aparecem quasi sempre numerosas (250 a 300 num caso de Porak e Durant). O poder de consolidação destas fracturas não está em nada diminuído, e assim são bem patentes nas radiografias os calos ósseos, por vezes exuberantes e sempre mais densos que o restante tecido ósseo.

As costelas e clavículas apresentam geralmente também sinais de fracturas consolidadas. A abóbada craniana está incompletamente ossificada, podendo aparecer emcas os raros, quasi totalmente membranosa.

As crianças com esta doença quasi sempre morrem ainda lactantes, mas nos raros que sobrevivem a ossificação do crânio vai-se dando lentamente, a predisposição às fracturas persistindo, no entanto, até a idade adulta (Marfan, Montanari).

2) As características da acondroplasia, com a qual como dissemos esta distrofia andou confundida primitivamente, são por assim dizer opostas às dela. A uma observação pouco cuidada é realmente fácil a confusão destas duas doenças pelo aspecto atarracado que os doentes têm na acondroplasia e podem também ter na displasia perióstica.

As causas é que são totalmente diferentes. Emquanto que na doença de Durant os membros podem vir atarracados em virtude das múltiplas fracturas que sofreram, na acondroplasia vêm sempre com êsse aspecto, e isto devido à perturbação da ossificação característica desta doença.

Na acondroplasia o que está perturbado é a ossificação condral, emquanto que não há alterações da ossificação perióstica. Os ossos da base do crânio, de natureza cartilaginosa, soldam-se

prematuramente, dando o feitiço característico da cabeça dos anões acondroplásicos, grande, braquicéfala e com depressão da base do nariz.

Nos membros a ossificação perióstica faz-se normalmente, mas na zona de ossificação condral as células cartilaginosas em vez de se disporem em séries regulares, que vão sendo invadidas pelos osteoblastos e formando o osso, ficam espalhadas sem ordem no meio da substância intersticial hiperabundante.

Na linha de ossificação a irregularidade é máxima. As trabéculas que de lá partem são pequenas, delgadas, dispersadas irregularmente nos largos espaços medulares. Há faixas conectivas invadindo a zona seriada.

Desta defeituosa osteogenese resulta um osso esponjoso que facilmente se flete, dando origem às várias deformações justae-pifisárias dos acondroplásicos.

Para alguns autores o processo primitivo e fundamental da acondroplasia é a hiperplasia perióstica. A cartilagem não é por força primitivamente aplásica, como o nome de acondroplasia parece indicar, mas é antes o processo osteoperióstico que, sendo exuberante, invade com prologamentos fibrosos a cartilagem conjugal impedindo assim o processo de crescimento do osso em comprimento (Montanari).

A acondroplasia tem sido por alguns autores chamada condrodistrofia, pretendendo que êste nome designe com maior precisão a natureza das alterações, por não implicar a idea de aplasia (Kaufmann, De Raffle).

3) A osteopsatirose é uma outra afecção muitas vezes confundida com a displasia perióstica. É uma doença geralmente da primeira infância, mas não congénita. São todavia descritos casos congénitos, muitos dos quais, como dissemos, correspondem porém a displasias periósticas. Esta doença é caracterizada por uma enorme fragilidade dos ossos longos, dependente duma imperfeita calcificação. O processo fundamental da ossificação está todavia íntegro (Godoy Moreira). Desta deficiente calcificação resulta a grande fragilidade óssea, causa das múltiplas fracturas que se dão. Estas fracturas são sempre subperiósticas e consolidam normalmente sem que fique, em geral sinal, aparente.

A falta de calcificação do osso parece estar dependente duma alterada actividade dos osteoblastos. Faltam sempre na osteopsa-

tirose lesões cranianas, e claviculares características da aplasia perióstica. Também, ao contrário da doença de Durant, a fragilidade óssea tende a diminuir com a idade, desaparecendo na idade adulta (Leri). O canal medular pode estar reduzido ou mesmo ausente.

Há como se vê, portanto, uma série de características que nos permitem fazer a separação destas duas afecções, como o fazem vários autores (Leri, Gralka, etc.). A distinção não é no entanto absoluta, e para Porak e Durant a osteopsatirose não é mais que uma forma particular da displasia perióstica. A osteopsatirose tem ainda sido descrita com o nome de fragilidade óssea essencial (Godoy Moreira, Crouzon, etc.).

4) Vem por fim falar da doença de Marie ou disostose cleido-craniana, pelas relações que a unem à displasia perióstica.

Nesta doença, que apresenta caracteres absolutamente típicos e que aparece como hereditária, também a característica é uma distrofia incidindo sobre os ossos de origem membranosa: a abóbada craniana e a clavícula. O esqueleto crânio-facial, à excepção dos ossos da base, tem efectivamente origem membranosa. A clavícula é que constitui ainda um problema obscuro, e apesar de nos peixes estar definitivamente estabelecida a sua origem membranosa, para o homem, embora se creia que o mesmo sucede, não se conseguiu ainda estabelecer com precisão a osteogenia da clavícula (Crouzon). Admitindo no entanto a origem membranosa deste osso, as relações da doença de Marie com a de Durant são íntimas, e para Porak e Durant, a distrofia cleido-craniana não é mais que uma forma especial da doença apor eles descrita.

5) Resta-nos mencionar o raquitismo congénito, doença que, embora rara, por vezes se encontra. Aqui as curvaturas dos membros não são como na doença de Durant, com a qual também tem sido confundido, devidas a fracturas, mas a verdadeiras curvaturas do osso que se dobra como uma haste flexível. Aparecem-nos em tais casos as características lesões do raquitismo, com uma hiperactividade do processo de ossificação condral e perióstico, mas com a falta de calcificação do tecido osteóide formado. Daqui derivam as nodosidades justaepifisárias dos raquíticos, e a espessura enorme dos ossos longos que, quando o raquitismo cura, se tornam eúrneos.

*

* *

Sobre etiologia pouco se conhece ainda hoje para as diferentes distrofias ósseas congénitas. Não me alongo sobre o assunto porque não teria a dizer mais do que já escrevi sobre etiologia de deformidades congénitas (1). A causa reside em alterações do equilíbrio físico-químico que existe entre o produto da concepção e o meio ambiente.

Destas alterações numerosos factores podem ser responsáveis: infecções, intoxicações crónicas, traumatismos, alterações endocrínicas, etc. A quem interessar uma exposição mais cuidada indico o meu já citado trabalho.

Vejamos então o caso que tive ocasião de observar e que achei digno de publicação pela sua raridade e pelo interesse que têm sempre os assuntos que, como este estão ainda tão cheios de interrogações.

Criança ainda não registada, sexo masculino, 10 dias de idade, da consulta do Hospital Estefânia.

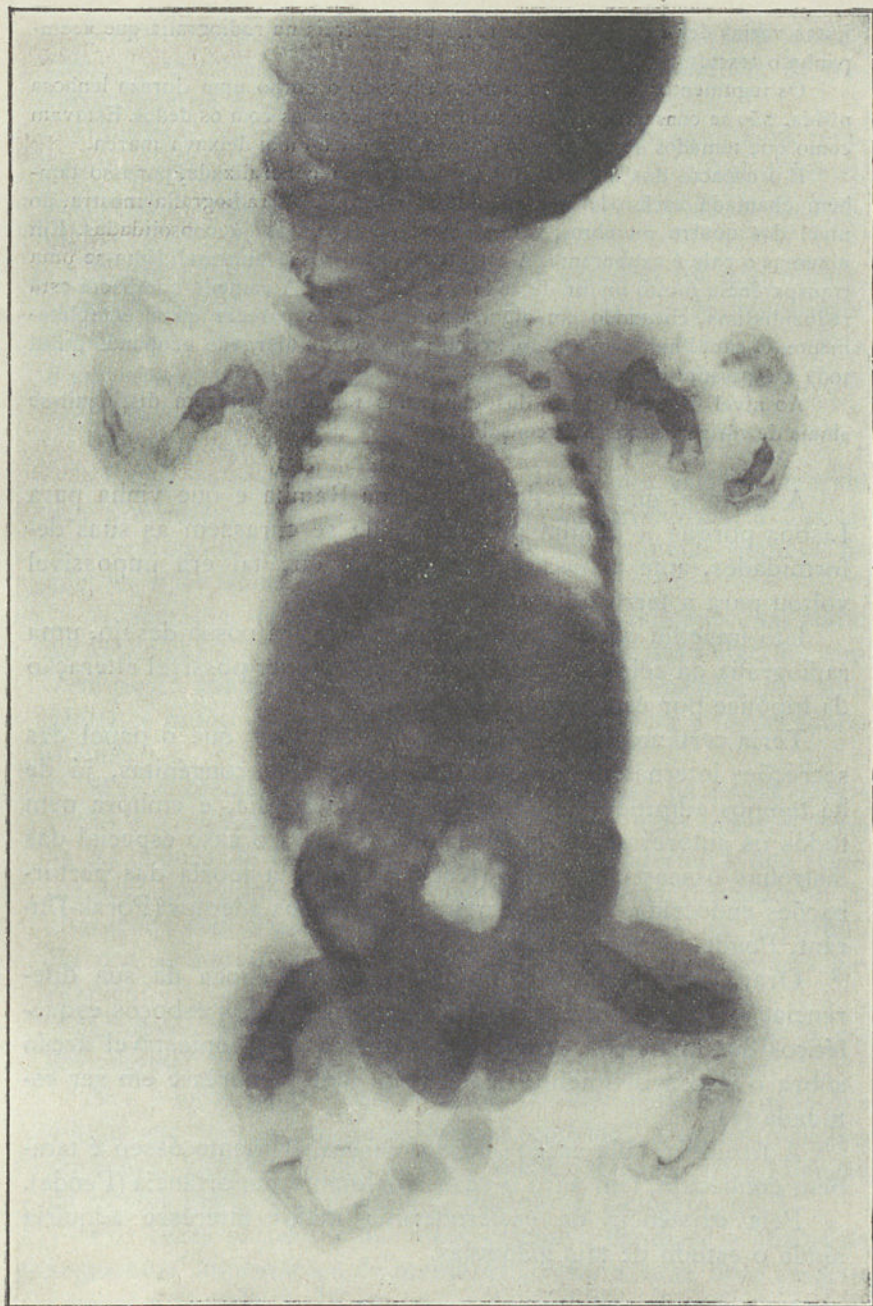
Anamnese.—A criança nasceu de parto normal e fácil, gravidez de termo. Era a 2.^a gravidez da mãe. Da 1.^a resultou uma criança saudável e normal. Não há abortos. Não se conhece herança sifilítica nem paterna nem materna.

Não foi notado nenhum estado patológico na mãe durante a gravidez.

Observação.—Criança apresentando um bom desenvolvimento geral. Pêso, 3,500 quilog. A cabeça de dimensões normais tem a fontanela anterior e a sutura mediana ainda abertas como o normal na idade. O ossificação do occipital e dos parietais é imperfeita, existindo algumas zonas de amolecimento (craniotabes). Não há depressão da base do nariz.

No tórax não se notam alterações à observação directa. Os membros, tanto os superiores como os inferiores, apresentavam lesões quasi simétricas, com curvaturas várias interessando tanto os segmentos proximais como os distais de cada um dos membros. As curvaturas dos segmentos distais eram mais pronunciadas, tomando-se à primeira vista essas curvaturas pelos joelhos e cotovêlos que assim pareciam desviados para os antebraços e pernas.

(1) «Anomalias e amputações congénitas». — Carlos Salazar de Sousa, in *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. Vol. XIII. 1929.



Estas várias deformações são de resto bem visíveis na radiografia que acompanha o texto.

Os tegumentos da criança tinham em todo o corpo uma dureza lenhosa nítida, não se conseguindo fazer uma prega pinçando com os dedos. Estavam como que tomados de um edema duro onde o dedo não deixava marca.

É o aspecto dos doentes com esclerodermia generalizada, por isso também chamada esclerodermia edematosa (Hardy). A radiografia mostra, ao nível dos quatro membros, vários sinais de fracturas já consolidadas. Em algumas o calo é exuberante. A estrutura dos ossos é anormal. Nota-se uma transparência muito maior de todo o tecido ósseo. A camada compacta está reduzidíssima, chegando em alguns pontos a desaparecer quasi completamente. O canal medular está, pelo contrário, muito alargado ocupando quasi toda a espessura do ósso.

Ao nível das costelas e das clavículas também parecem distinguir-se sinais de várias fracturas já consolidadas.

A criança, que era das Caldas da Rainha e que vinha para Lisboa porque a família pretendia que se curassem as suas deformidades, ante a nossa afirmativa de que tal era impossível voltou para a terra e não tornou a ser vista.

Isto impediu que lhe fizéssemos, como era nosso desejo, uma radiografia da cela turca em busca da qualquer possível alteração da hipófise por este meio descoberta.

Teria certamente interesse este estudo, pois que o papel das secreções internas na etiologia das anomalias congénitas, já de há tempos admitido, está hoje na ordem do dia, e embora nem todos os autores sejam partidários dela para o caso especial das distrofias ósseas congénitas (Knud Krabbe), a teoria das perturbações endócrinas tem no emtanto numerosos adeptos (Porak-Durant, Pende, Samaja, etc.).

Ora, é precisamente a hipófise que, pela época da sua diferenciação quasi simultânea do aparecimento dos esboços esqueleticos dos membros, e pela sua conhecida e incontestável acção sobre o desenvolvimento destes, tem maior interesse em ser estudada (1).

A tiroideia, cuja acção sobre o desenvolvimento ósseo é também conhecida, tem para o caso igualmente importância (Pende).

Pela existência da esclerodermia maior interesse adquiria ainda o estudo de tais glândulas.

(1) Veja-se o trabalho já citado de «Anomalias e amputações congénitas».

Efectivamente, se a patogenia desta afecção ainda hoje é obscura, a sua estreita dependência de lesões das glândulas de secreção interna é confirmada por numerosos factos.

Obtém-se na verdade com constância felizes resultados terapêuticos pela opoterapia hormonal. O extracto tiroideu é destes preparados o mais empregado (Claude, Beer, Anibal de Castro, etc).

Noutros casos em que a opoterapia tiroideia foi improfíqua, conseguiram-se melhoras nítidas com a medicação hipofisária (Strumpell). Foram mesmo já publicados casos em que coexistia a esclerodermia com tumor da hipófise (citado por Geraldês Coelho, *Tese de Lisboa*, 1923).

Outras vezes é útil a opoterapia pluriglandular.

O que de tudo isto fica assente, é que das variadas teorias que pretendem explicar a patogenia da esclerodermia, a das alterações endocrínicas é a que parece reunir maior número de adeptos e de factos a apoiá-la.

A aparição da esclerodermia desde o nascimento, tal como no nosso caso, é muito pouco vulgar, pois que esta afecção, embora possa aparecer na mais tenra infância ou mesmo ser congénita, é muito mais freqüente na segunda infância e idade adulta (Comby).

Mas o que se nos afigura de maior interêsse na nossa observação é a coexistência das lesões ósseas em tudo sobreponíveis às da doença de Durant, e da dureza esclerodérmica dos tegumentos que, como dissemos, tantas vezes está dependente de alterações endocrínicas. Êste facto vem em apoio da importância que as hormonas podem ter na patogenia da displasia perióstica.

O aparecimento das lesões ósseas conjuntamente com a esclerodermia é digno de nota, pois constitui uma raridade.

Nos poucos casos publicados em tais circunstâncias, as lesões ósseas são sempre insignificantes e reduzidas a descalcificações limitadas, tomando a extremidade duma falange, várias falanges da mesma mão, etc. (Raymond, Bertolotti, Delherm, etc.).

Por vezes as lesões são mais extensas, dando-se a atrofia de segmentos importantes de membros (como a coxa num caso de Chenet e Jumentié). O que nunca vimos descrito é o aparecimento de lesões múltiplas e apresentando, como na nossa obser-

vação, o carácter duma distrofia sistematizada do sistema ósseo tal como a doença de Durant.

Numa publicação recente de Paiseau, Schaeffer e M^{lle} Scherrer aparecem lesões ósseas que os autores declaram notáveis pela sua extensão e que consistem em descalcificação e ligeiras deformações de vários ossos do esqueleto: rádio, cúbito, ossos do carpo, vizinhança dos joelhos e cotovelos.

Concluem depois que, embora a patogenia das alterações ósseas no curso duma esclerodermia seja ainda obscura, certamente tem importância para as extensas lesões do seu caso o aparecimento da doença precocemente, em pleno período de desenvolvimento esquelético (9 anos). A explicação é aceitável, e servir-nos-ia para o nosso caso em que as lesões ósseas são muito mais importantes e em que a esclerodermia é congénita. Seria interessante averiguar se, numa esclerodermia com lesões ósseas, estas estariam dependentes da dificuldade de circulação motivada pela doença dos tegumentos ou seriam ambas as lesões motivadas pela mesma causa ainda obscura.

O caso de Chenet e Jumentié a que já nos referimos leva a optar pela segunda hipótese, pois que existiam lesões de atrofia e descalcificação óssea na coxa, quando esse segmento do membro não estava esclerodérmico.

Mais tarde, cêrca de dois meses depois, tentámos encontrar a criança para de novo a observar.

Tivemos então notícia da sua morte, e procurando averiguar as causas, foi-nos contado pela família que a dureza dos tegumentos, para a qual desde o primeiro exame tínhamos chamado a atenção, foi-se progressivamente agravando, até o ponto de dificultar os movimentos respiratórios da criança, e daí resultou a sua morte com 3 meses incompletos. É geralmente esta a forma por que morrem os doentes com esclerodermia generalizada. Lembramos igualmente que esta terminação mortal precoce é própria da doença de Durant.



Opothérapie Hemática *Total*

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes de Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D' em P^{te}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amostras e Literatura SALINAS, R. da Palma, 246-Lisboa

“
eregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Gotas Sanguineas ROYEN

PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES


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

Depositarios para Portugal e Colonias: *Gimenez-Salinas & C.* — 240, Rua da Palma, 246 - Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

VIGANTOL

VITAMINA = D




Ação favorável sobre a dentição, crescimento dos ossos e da formação do calcio ao nível das fracturas. Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbidas.

Raquitismo
Craneotabes
Osteomalacia
Caria dos dentes
Tuberculose ossea
Prétuberculose
Escrofulose
Espaomofilia
e Tétano

Embalagens originais:

Vigantol, solução oleosa

Vigantol, chocolatadas em drageas



»Bayer-Meister-Lucius«
Secção Farmacéutica Científica
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen (Alemanha)
Depos.: »Lusopharma«
Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150, 3.
Lisboa

E. Merck
Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt
Deposit.: Estabelecimentos HEROLD, Ltd.
Rua dos Douradores, 7
Lisboa

NOTAS CLÍNICAS

A PROPOSITO DE QUATRO CASOS DE PARALISIA OBSTÉTRICA

POR

ANTÓNIO DE MENESES

Na nossa prática ortopédica tivemos ocasião, até hoje, de tratar quatro casos de paralisia obstétrica, número que já nos pode permitir o esboço duma opinião sobre a eficácia terapêutica do método por nós usado. Dêsses quatro casos, dois foram-nos enviados pelo Prof. António Flores, o terceiro veio da Consulta de Neurologia da F. M. L. (Dr. Almeida Dias) e o último da nossa clínica particular. Todos, portanto, provindo de entidades que fizeram o diagnóstico imediato e foi talvez essa uma das razões pelas quais o tratamento deu bons resultados. Mais uma vez se confirmou o aforismo da extrema vantagem do diagnóstico e do tratamento precoces, que rege quasi todas as lesões congénitas do fôro da ortopedia. Esta conjugação necessária do obstetra e do ortopedista para a profilaxia durante a gravidez e para a terapêutica no recém-nascido aleijado, merecer-nos há, noutra ocasião e noutra local, algumas considerações que se nos afiguram oportunas.

Também não cabe aqui, na rapidez e no limite dumas *Notas Clínicas*, mais do que lembrar a etiologia e os dados clínicos da paralisia obstétrica, da qual a qualquer clínico pode aparecer um caso, pois êsses doentes vão aos obstetras, vão aos pediatras, vão aos neurologistas, aos médicos e cirurgiões gerais, e enfim... aos ortopedistas, quer após o nascimento, quer na primeira ou na segunda infância, e ainda na idade adulta em que os *reliquats* são muitas vezes desgraçados, e para os quais já hoje existem alívios e curas funcionais bastante notáveis.

A P. O. está hoje na ordem do dia das revistas de cirurgia ortopédica e dos congressos da especialidade. Ainda há poucos meses, André Rendu (de Lyon), publicou o seu relatório ao Congresso Ortopédico francês de 1930, sobre êsse tema, com contribuições de todo o mundo, e o assunto foi vivamente discutido, sobretudo no capítulo da anatomia patológica.

Como é sabido, a causa universalmente admitida é a dum parto demorado, laborioso ou distócico, que necessitou de manobras obstétricas manuais ou instrumentais.

Esta condição é quasi infalível na história de todas as P. O., e a propósito dela disse, com certo humor, Mc. Fadden (de Belfast), que desditosas crianças foram essas que não tiveram a sorte de vir ao mundo por uma cesariana!

Felizes delas quando têm ao pé, no momento do nascimento, ou nos primeiros dias da vida extra-uterina, pessoa que note a deformidade e a encaimhe para o tratamento.

A P. O. é manifesta desde essas primeiras horas: o membro pende inerte ao longo do tronco, o cotovêlo em extensão, o punho e os dedos quasi sempre fletidos, e todo o membro em rotação interna e em pronação mais ou menos acentuada.

Rocher (de Bordeaux) chamou a atenção do recente congresso francês de ortopedia, para a isquemia temporária da mão e do tærço inferior do antebraço (sinal da luva isquémica ou da mão branca) que attribui a uma irritação mecânica dos filetes simpáticos.

Os movimentos passivos fazem-se à vontade, sem que a criança mostre dor, e têm a amplitude normal, mesmo uma certa laxidão. A pele não está alterada e é raro ver-se na região supra-clavicular um derrame hemático ou uma equimose. Num dos nossos casos, que nos chegou às mãos com um mês de idade, havia uma curta cicatriz na prega da axila, ainda rosada como uma cicatriz recente.

No esqueleto nada se palpa de anormal e a radiografia é negativa, desde que haja o cuidado de pôr os membros em posição rigorosamente simétrica.

Em geral, êste pequeno quadro clínico evoluciona para uma cura espontânea, o mais tardar, no dizer dos obstetras, em dois meses, sem tratamento algum, sobretudo nos casos muito leves. A relativa precocidade com que três dos nossos casos nos chegaram às mãos não foi tal que não tivesse decorrido, em dois dêles, maior prazo do que êsse, e as deformidades se mantivessem evidentes, e no dizer das mães acentuadas por contracturas. Apenas o quarto caso nos chegou com duas ou três semanas de idade, e nesse, ou o tratamento instituído imediatamente, ou a regressão natural, ou ambas as cousas, levaram às proximidades da cura em 4 meses.

A impossibilidade de podermos avaliar o grau da lesão — o exame eléctrico é difficil e pouco elucidativo nas idades tenras — e a incerteza do prognóstico, convidam-nos a instituir sistematicamente a terapêutica ortopédica em todos os casos, e desde o nascimento ou desde o momento do diagnóstico, sem mais delongas.

Antes, porém, de o indicarmos, vejamos os três tipos sob que a P. O. se nos pode apresentar: o tipo radicular superior, a paralisia total e o tipo radicular inferior.

O primeiro, no quadro da paralisia de Duchenne-Erb, é o mais freqüente, e refere-se ao território do V.º e VI.º pares cervicais. Apresentam-se-nos sem acção os abdutores e rotadores externos do ombro (deltóide, supra e infra-espinhoso, pequeno redondo), os flexores do cotovêlo (braquial anterior, bícípete, longo supinador) o supinador do antebraço (curto supinador) e às vezes os extensores do punho e dos dedos (radiais externos e extensor comum); ao mesmo tempo há um exagêro da tonicidade, cuja mecânica se desconhece e cujo efeito se traduz numa contractura dos seguintes grupos musculares: adutores e rotadores internos do braço (grande peitoral, grande dorsal, infra-escapular, grande redondo e, talvez, o grande dentado), o pronador do antebraço (redondo pronador) e às vezes os flexores do punho e dos dedos (grande

e pequeno palmar, cubital anterior, flexores comuns). Dêste desequilíbrio muscular resulta a atitude típica que estigmatiza estes doentes, e que repetimos: braço ao longo do tronco, em rotação interna, cotovêlo em extensão, antebraço em pronação acentuada, mão quasi sempre com os dedos fletidos.

A criança não faz a abdução do braço, a sua flexão é muito reduzida, a do cotovêlo mínima, a supinação do antebraço não existe, a extensão do punho e dedos difficil. Passivamente, a abdução do braço leva consigo a omoplata, a flexão do braço não vai além de 60°, a rotação externa do braço é impossivel, bem como a supinação do antebraço.

Êste tipo superior é dos três o que em geral regressa no todo com melhor facilidade; quando deixa seqüelas, podemos observar uma subluxação do ombro para trás, uma rotação interna do braço e o punho fletido. Ainda neste caso o diagnóstico retrospectivo é fácil.

O segundo tipo, a paralisia total, é muito mais raro e mais grave. Lesões radiculares interessando os territórios de C₅ a D₁, e como atingem todos os músculos do membro superior, vê-se uma monoplegia braquial. A atitude é ainda a do caso anterior. O membro está flácido e o doente apenas pode levantar levemente a articulação do ombro, à custa do feixe superior do trapézio. Anestesia da mão e antebraço. Muitas vezes, há miósis, apêto da fenda palpebral e recuo do globo ocular.

J. W. Sever toma a permanência da desigualdade pupilar como um útil sinal de prognóstico: se não cura em 6 a 8 semanas é definitiva, e devida ao arrancamento espinhal das duas últimas raízes.

Estas lesões, no geral, retrocedem em parte, convertendo-se nas do tipo superior ou nas do tipo próprio, mas de feição mais atenuada.

O tipo radicular inferior, que pomos em terceiro lugar, é o da paralisia de Klumpke, muito raro, contando-se pelos dedos os casos conhecidos.

Os fenómenos paralíticos, sob o domínio de C₇ a D₁, não vão além da mão e duma parte do antebraço: eminências tenar e hipotenar, interósseos, lombricóides e, às vezes, os flexores da mão. O doente não flete as falanges sôbre o metacarpo, só consegue estender as primeiras falanges, não leva os dedos aos movimentos de lateralidade, emfim, a mão está funcionalmente inútil. Existem as perturbações óculo-pupilares do 2.º tipo, mais exageradas, perturbações secretórias da lacrimal e do suor dêsse lado.

Êste estado, muitas vezes, é definitivo.

Não nos detemos aqui nos numerosos casos de formas atípicas e anormais. E se não fôsse o carácter prático que estas *Notas Clínicas* devem revestir, não nos teríamos também estendido por alguns minutos na recapitulação dêstes aspectos semiológicos.

Devemos dizer que os nossos quatro casos eram todos do 1.º tipo, três



Fig. 1

com as contracturas apontadas, e um, o mais fresco de todos quanto à idade, sem elas. Era, diga-se, uma forma muito fugaz.

Os exames feitos na ocasião de autópsias, e os que foram feitos durante as intervenções cirúrgicas, permitiram criar, em face de lesões encontradas, de relativa constância, e segundo o critério dos observadores, três teorias patogénicas.

Uma delas é a teoria da lesão nervosa primitiva, a compressão directa do plexo braquial, compressão por uma massa cicatricial, por distensão nervosa, uma tracção sobre o plexo (em manobras obstétricas ou em partos espontâneos, por tamanho do feto, tamanho da bacia, contracções uterinas, etc.). Outra é a teoria da lesão primitiva do esqueleto, invocando ou um descolamento epifisário, e então há dores, aumento de volume e uma crepitação típica, ou uma distorsão articular e subluxação posterior do húmero, lesões essas que não podem explicar a maior parte dos casos, como a teoria da distensão do plexo podia fazê-los compreender, restando, todavia, alguns para os quais é necessário arranjar uma outra interpretação.



Fig. 2

Apresentou-se então a teoria duma lesão congénita primitiva, uma atitude viciosa do feto no útero, firmada ainda na concomitância frequente de certas outras deformidades (pé boto, luxação da anca, escoliose, espinha bifida, etc.) etc.

De positivo nada se concluiu ainda, e por isso o assunto ocupa o lugar capital nas discussões entre especialistas.

Estabelecido como está com nitidez o quadro clínico da P. O., não é fácil confundir-lo com outro qualquer. A pseudo-paralisia de Parrot não aparece antes de um mês após o nascimento, e tem os seus sinais físicos e

radiológicos característicos, bem como a coexistência quasi constante de outros estigmas da lues. A osteomielite do ombro ou a artrite aguda, além dos sintomas radiológicos privativos, têm a evolução das pirexias. A asfixia obstétrica pode trazer uma verdadeira paralisia, em geral uma tetraplegia, e a hemiplegia cerebral raras vezes se limita ao braço.

Isto pelo que respeita ao recém-nascido. Mais tarde, a luxação congénita do ombro pode estabelecer uma certa confusão com a P. O., e muitas vezes tem sido diagnosticada uma luxação congénita quando há apenas uma subluxação, devida à paralisia obstétrica. Valentin (de Hannover) ainda há pouco apresentou casos que punham em evidência essa sobreposição de aspectos, com naturezas diferentes.

Não nos vamos alongar aqui em indicações aos obstetras sobre a prudência e os *trucs* nas suas manobras para evitar os casos de P. O. que à sua falta se possam atribuir.

No recém-nascido temos dois problemas de terapêutica a resolver: O tra-



J. Souza

Togal

ANTINEVRÁLGICO
ANTIPIRETICO
ANTIREVMATICO

COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de
Ácido acétil salicílico, de quinino e de lítio
eficaz e completamente inofensivo

ANTIREUMÁTICO
ANTIPIRÉTICO
ANTINEVRÁLGICO

TOGAL

Prescreve-se 2 ou 3 comprimidos de cada vez, duas a tres vezes ao dia, depois ou ás refeições, com água, podendo-se fazer uso prolongado do medicamento.

Agentes exclusivos para
Portugal, Ilhas e Colonias

FARMACIA BARRAL

Rua Aurea, 126-128
Telefones: P. B. X.
2.5321 e 2.5322



Marca Registada

Escritórios
Rua Aurea, 124-1.º
L I S B O A

Pedir amostras medicas

tamento da lesão nervosa e a prevenção das deformidades. Podemos, ainda, cotejar a exposição de Rendu sobre os métodos até hoje provados, e juntar aquilo que a nossa prática de quatro casos nos deu.

O tratamento médico, com o fim de favorecer a reabsorção do tecido cicatricial e a reparação das lesões nervosas, tem sido feito por muitos autores, aplicando correntes galvânicas e farádicas, com resultados diversos, mas perigosa, segundo Rendu, pelas contracturas que podem suscitar.

Temo-las empregado em doses mínimas e procurando electrizar apenas os grupos musculares onde não há contracturas, e podemos dizer que nunca observámos influências malélicas sobre estas. A electricidade fez parte do tratamento que applicámos em dois dos nossos casos.

As medicações fibrolizantes, a roentgenerapia profunda, têm conseguido uma boa fama, e a ionização medicamentosa deu a Bourgignon tão bons resultados que parece merecer mais amplo ensaio.

Os autores americanos e ingleses têm tentado a nevrolyse e a sutura nervosa, discutindo muito a idade própria para essa operação, que tende a ser abandonada por perigosa e incerta.

Nós temos tido o cuidado de, logo desde infcio, prevenir enérgicamente a aparição das deformidades. Cremos estar, nesta orientação, com a maior parte dos autores alemães que abandonam as práticas intervencionistas e as colocam num plano secundário, isto é, ulterior.

A applicação do aparelho que mantém a criança na posição correcta, evitando futuras contracturas, e retracção da cápsula, é recomendada unânimeamente por todos, logo após o diagnóstico.

Assim, mantemos permanentemente a criança num aparelho gessado monovalve (fig. 1), que lhe conserva o braço doente em abducção de 90° e em rotação externa, com o cotovêlo num ângulo de também 90° , de modo a que o antebraço esteja em supinação completa e vertical, isto é, na posição de continência militar! (fig. 2).

Diariamente fazemos uma sessão de electrização, quando é possível, e de massagem e mobilização apropriadas, tirando a criança do aparelho e voltando a aplicar êste depois da sessão terminada. Durante 4 a 5 meses insistimos nestas medidas. Ao fim dêles, nos nossos quatro casos, podíamos tirar o aparelho (que já tinha sido renovado, por crescimento da criança), e prosseguir no mesmo tratamento, sem êsse auxílio fixador da posição.

Num dos casos tivemos uma cura completa. Dois outros têm hoje uma função bastante perfeita. A posição do antebraço é normal e a abducção vai até 175° , activamente, e com o cotovêlo em extensão. Uma destas crianças foi por nós operada, no ano passado, duma transplantação tendinosa do pé, por paralisia infantil, cujo período febril decorreu quando andava em tratamento da paralisia obstétrica, tendo nos sido chamada nessa ocasião a atenção pelo Dr. Almeida Dias, do Serviço de Neurologia (Prof. Egas Moniz) de cuja consulta nos tinha sido enviada. Durante os dias que decorreram com o post-tratamento dessa operação, tivemos ensejo de confirmar a cura quasi completa da P. O.

O quarto caso, que nunca mais tornámos a ver, e talvez o pior pelo tardio começo do tratamento e pela sua irregularidade, levou a cabo a

1.ª fase de tratamento com o aparelho, ausentando-se quando as contracturas estavam desaparecidas, os movimentos passivos quasi normais e a attitude do antebraço corrigida, com uma abducção activa superior a 90°.

Uma vez instaladas de há muito as deformidades, dispomos ainda duma série de métodos, como o *redressement* forçado, as miotomias, as transplantações tendinosas e as osteotomias. Dêste último fala-se hoje muito elogiosamente, como dando, a osteotomia de rotação, resultados altamente interessantes nas velhas P. O. com deformidades muito acentuadas e grandes perturbações funcionais.

Vamos internar um caso em que ensaiaremos essa operação. Trata-se, porém, de intervenções, cujos detalhes de modo algum têm cabimento nestas *Notas* que apenas visam a orientar o clínico geral num diagnóstico e confiar-lhe o fruto da nossa experiência na terapêutica ortopédica da paralisia obstétrica.

Revista dos Jornais de Medicina

Fracturas patológicas. (*Pathologic fractures*), por E. L. ELIASON e E. W. WRIGHT. — *The Surg. Clin. of North Am.* Dezembro de 1930.

As fracturas patológicas, que correm usualmente com a designação imprópria de fracturas espontâneas, aparecem como resultado de uma força insignificante que actua sobre um osso tornado frágil por efeito de alterações na sua estrutura.

De uma maneira geral as alterações capazes de provocar a fragilidade do tecido ósseo suficiente para a aparição das fracturas patológicas, dividem-se em três categorias: causas locais, causas por doença sistémica e causas filiadas em diáteses hereditárias.

Cada uma destas causas é estudada em detalhe, com as suas diferentes variedades. Quanto à evolução final das fracturas resumem-se assim as indicações dos autores.

Em fracturas determinadas pela formação de tumores benignos nos ossos, a consolidação é a regra.

Em quistos dos ossos a fractura corresponde usualmente à cura da lesão.

Em tumores malignos a consolidação pode também efectuar-se; segundo Hawley, no carcinoma é a regra. Bloodgood diz que no carcinoma metastásico a união da fractura é excepcional.

Em 40 % dos casos de fractura patológica apresentados por Pancoast e devidas a carcinomas, deu-se a união dos ossos com ou sem irradiação dos tumores.

Nos sarcomas, Bloodgood afirma que a união óssea é excepcional.

Nas condições inflamatórias agudas e subagudas a união das fracturas é a regra desde que a infecção tenha beneficiado do tratamento cirúrgico precoce e adequado. Nos casos desprezados, sobretudo em adultos, a não consolidação é a regra.

Nas condições inflamatórias crónicas encontra-se como regra a formação de calos ósseos hipertróficos.

Nas facturas que se encontram relacionadas com doenças gerais a soldadura óssea pode aparecer, mas quando existe é geralmente demorada.

No raquitismo, na osteomalácia é no escorbuto o tratamento apropriado acompanha-se de consolidação óssea. Na osteomalácia as fracturas, por via de regra, consolidam com calos hipertróficos, transitórios.

Esplenectomia na anemia primária perniciosa. (*Splenectomy in primary pernicious anemia*), por G. P. MULLER. — *The Surg. Clin. of North Am.* Dezembro de 1930.

Antes da aparição do tratamento da anemia perniciosa com o fígado, o prognóstico da doença era de tal forma grave que a esplenectomia, apesar das suas graves conseqüências, era tida como intervenção eficiente em certos casos, que não tinham outros recursos terapêuticos.

Alguns sucessos vêm referidos na literatura anterior ao advento do método de Whipple; depois dêste raríssimos são os casos apontados.

Um progressivo aperfeiçoamento na técnica operatória faz com que a mortalidade actual desta operação tenha descido a números incomparavelmente inferiores aos antigos, e por isso em certos casos renitentes aos tratamentos habituais a esplenectomia pode ter a sua indicação. Os bons resultados podem ainda verificar-se como adjuvante do tratamento médico da anemia perniciosa.

MORAIS DAVID.

Experiências com a anestesia esplâncnica e espinal nas operações da porção superior do abdómen. Um estudo de 150 casos. (*Experiences with the use of splanchnic and spinal anesthesia for upper abdominal operations. A study of 150 cases*), por K. FERGUSON e J. NORTH. — *The Surg. Clin. of North Am.* Dezembro de 1930

A anestesia local por qualquer dos dois processos enumerados possui certas vantagens sobre o processo de anestesia geral, entre as quais são predominantes a diminuição dos efeitos tóxicos e do *shock* operatório, e bem assim uma atenuação das perturbações post-operatórias e uma baixa na frequência das complicações.

Contudo, há uma pequena percentagem de casos em que a anestesia não se consegue pelos processos locais.

O período de anestesia é estritamente limitado e deve tomar-se em conta a baixa da tensão sanguínea habitual. Estes métodos de anestesia não são adaptáveis às pessoas altamente nervosas e apreensivas.

A anestesia espinal apresenta algumas vantagens nítidas sobre a anestesia dos esplâncnicos. Esta requiere uma técnica complicada e delicada, ao passo que a anestesia espinal é simples e quasi indolor.

A anestesia dos esplâncnicos não é executável nos casos com aderências intra-peritonias. O grau de insensibilidade, bem como o relaxamento muscular que se conseguem por intermédio da anestesia espinal, são de molde a facilitar ao máximo a intervenção operatória e num grau superior ao de qualquer outra anestesia.

MORAIS DAVID.

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada:

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na facillidade bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a *dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl* é de 5 c. c. (uma empôla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculoses bacteriologicamente confirmadas) *dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.*

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o Pharm. de 1^{re} cl. Fornecedor dos Hospitais,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13 %
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.^o, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

SOLGANAL
INTRAVENOSO
SOLGANAL B
INTRAMUSCULAR

CHIMIOThERAPIA
MODERNA DAS
ENFERMIDADES
INFECCIOSAS

arthritis infecciosa (rheumatismo articular), syphilis, tuberculose, lepra, sclerose multipla, lupus erythematoso, febre undulans, psoriasis, etc.

com os NOVOS PREPARADOS ORGANICOS DE OURO de maxima eficacia e minima toxicidade SOLGANAL e SOLGANAL-B

exactamente estudados em ensaios chimiotherapicos em animaes e comprovados clinicamente durante varios annos.

62748503

Caixas com 1 amp. do pó em secco e 1 amp. do dissolvente, em doses de 0,01, 0,05, 0,1, 0,25, 0,5 e 1,0 gr.
(Doses I-VI)

Amostras e litteratura á disposiçào dos Senhores Medicos
SCHERING-KAHLBAUM A. G., BERLIN

Os nossos concessionarios:

SCHERING LIMITADA,
Rua Vitor Cordon, 7, Lissabon.

O diagnóstico precoce da gravidez. Experiência com a prova de Zondek-Ascheim. (*Early diagnosis of pregnancy. Experience with the Zondek-Ascheim test*), por B. PARWY. — *The New Eng. Jour. of Med.* 4 de Dezembro de 1930.

Mais um artigo que versa a prova para a diagnose precoce da gravidez e que se funda, como é sabido, nas alterações experimentais provocadas nos órgãos genitais de ratinhas ou ratinhos jovens por meio da injeção de urina de mulheres grávidas. As propriedades que se verificam nas urinas das grávidas e em um pequeno número de outras condições clínicas conhecidas, dependem da hormona da lobo anterior do hipófise.

A parte técnica da prova vem descrita e vêm também no artigo várias figuras elucidativas dos aspectos macro e microscópicos encontrados nas alterações típicas dos órgãos genitais dos animais de experiência.

Em conclusão diz o artigo:

A prova executa-se pela injeção de ratas jovens, por via subcutânea, com urina de mulher grávida.

Cêrca de 100 horas depois da injeção as ratas são examinadas no sentido de descobrir as alterações particulares dos ovários, pontuação hemorrágica e corpos amarelos.

O rigor da prova foi investigado pelo estudo de 191 casos. Em todos êles houve resultados certos.

A prova mostra o seu valor mesmo nos casos de gravidez precocíssima. Um dos casos refere-se a uma gravidez de 4 dias.

A prova de Zondek-Ascheim é recomendável como auxiliar valioso no diagnóstico da gravidez.

MORAIS DAVID.

Enxaqueca. Resultados do tratamento pela dieta cetogénia em cinquenta casos. (*Migraine. Results of treatment by ketogenic diet in fifty cases*), por C. BARBORKA. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 13 de Dezembro de 1930.

Cinquenta doentes com formas de enxaqueca típicas mas graves, foram submetidos a um tratamento dietético com altas percentagens de gordura e reduzidas porções de hidratos de carbone. 39 doentes alcançaram seguros resultados com o tratamento e 11 não obtiveram quaisquer benefícios.

MORAIS DAVID.

Abcesso peri-renal (*Perinephritic abscess*), por M. CAMPBELL. — *Surg. Gynec. and Obst.* Novembro de 1930.

Etiologicamente a doença pode ser de origem extra ou intra-renal e na maioria das vezes a infecção peri-renal faz-se por mestástase bacteriana.

Os sintomas capitais são: febre, dor nas cruzes ou no ângulo constro-vertebral, leucocitose, freqüência de micção. Através de tais sintomas é impos-

sível um diagnóstico firme, mesmo porque outras doenças se apresentam revestidas dos mesmos característicos.

Em um têrço dos casos do autor (83 casos no total) o diagnóstico foi feito apenas pelo exame *post-mortem*.

As radiografias estereoscópicas são de especial valia quando demonstram obliteração do cordão muscular do psoas e encurvamento da coluna vertebral.

Quando o abcesso peri-renal se complica de abcesso subfrênico, a elevação com fixação da cúpula diafragmática e a obliteração do seio costo-diafragmático têm um valor diagnóstico.

A técnica urológica não presta qualquer esclarecimento na destrição dos casos de diagnóstico impreciso.

O tratamento consiste na abertura com drenagem do abcesso. Raramente se pode verificar a cura espontânea. As complicações são freqüentes e envolvem tanto o aparelho respiratório como o aparelho génito-urinário, em particular.

Na série de casos do autor houve uma mortalidade de 20,4 %.

MORAIS DAVID.

Carcinoma do recto. Um estudo de trezentos e três casos. (*Carcinoma of the rectum. A study of three hundred three cases*), por E. HAYDEN W. SHEDDEN. — *Surg. Gyn. and Obst.* Dezembro de 1930.

Sumário e conclusões:

O total dos casos abrange um período de actividade clínica que vai de 1912 a 1928.

O polipo adenomatoso constitui a mais perigosa lesão precancerosa. A quinta década da vida mostra a maior percentagem de casos.

O adenoma maligno e o adenocarcinoma, os tumores de mais baixo grau de malignidade, formam 77 % de 101 casos estudados.

A biopsia para esclarecimento do diagnóstico, antes de instituir qualquer espécie de tratamento, é sempre de utilidade e nunca prejudicial.

A alteração da regularidade intestinal, a hemorragia e a dor rectal devem sem excepção fazer lembrar a suspeita de cancro, ainda mesmo que existam hemorróidas visíveis.

O toque rectal é suficiente para fazer o diagnóstico em 95 % dos casos.

O cancro do recto, no seu início, é operável e o período durante o qual permanece operável é maior do que o da maioria das outras localizações neoplásicas.

A obstrução intestinal necessitando de colostomia de urgência é uma raridade nesta espécie de tumores.

A colostomia é um auxiliar indispensável no tratamento operatório radical.

Na série de casos do autor há 21 casos de cura com operação completa.

A operação radical, por qualquer processo, com colostomia auxiliar, oferece ao doente a única possibilidade prática de cura.

A operação radical prolongou a vida de 42 doentes que mais tarde vieram a falecer de recidiva.

O rádio com os raios X, tal como presentemente se podem empregar, constituem apenas agentes paliativos no tratamento do cancro do recto.

Nos casos do autor a sobrevivência dos doentes sem tratamento e dos doentes com radiação dos tumores foi igual.

A diatermia cirúrgica é aconselhável como método de redução do volume dos tumores inoperáveis.

MORAIS DAVID.

É ainda permitido um infuso de digitalis? (*Ist ein digitalisinfus noch-erlaubt?*), por C. FOCKE. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 12. 1930.

Não há razão alguma para limitar toda a terapêutica medicamentosa da insuficiência cardíaca a uma única forma de administração, por exemplo. a intravenosa. Abstraindo da administração rectal dos preparados da digitalina, a aplicação oral mantém o seu lugar, a-pesar-de certas perturbações da reabsorção. As folhas da *digitalis* são insubstituíveis na clínica geral, e na forma de pó e infuso são importantíssimas no tratamento da insuficiência cardíaca subaguda e crónica. O infuso, quando prescrito de maneira adequada, constitui um dos melhores fármacos.

F. FONSECA.

O tratamento das doenças sépticas pelo solganal. (*Die Solganalbehandlung septischer Erkrankungen*), por A. HEILBORN. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 12. 1930.

O emprêgo terapêutico do solganal exige a conservação das forças de defesa do organismo doente. Faltando estas, é inútil a aplicação desse fármaco. Nas formas fulminantes e lentas de repetição esta medicação não dá resultado algum. Nas artrites infecciosas e septicémias crónicas conseguiram-se resultados favoráveis em notável número. Como sintomas tóxicos aparecem a irritação renal, que a maioria das vezes é inofensiva, e ainda a estomatite, a glossite e, sobretudo, o exantema pelo ouro, que pode ser combatido com injeções de hipo-sulfito de sódio.

F. FONSECA.

Os sais de alumínio com acção reforçada no tratamento das inflamações agudas da pele e mucosas. (*Tonerdesalze verstärkter Wirksamkeit in der Behandlung akuter Entzündungen von Haut und Schleimhäuten*), por R. GOEDEL. — *Therapie der Gegenwart*. N. 12. 1930.

Pode-se dizer que os ormicetas são um meio de confiança na terapêutica do *fluor vaginalis* em virtude das suas propriedades bactericidas, coagulantes da albumina, e ainda alterando o meio de cultura. Como consequência destas suas propriedades foram aplicados com resultado também em variadas doen-

ças da pele e mucosas (bôca, nariz e garganta) e são um óptimo e apropriado meio para a manutenção da hygiene destas regiões.

F. FONSECA.

Tratamento da lipodistrofia insulinica. (*Behandlung der Insulin-Lypodystrophie*), por R. BOLLER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 52. 1930.

Em regra o tratamento insulínico crónico é bem tolerado pelos diabéticos e são raras as alterações patológicas dos territórios cutâneos utilizados para a injeccção. Essas alterações são de duas espécies: primeira — reacção local inflamatória, que se observa freqüentemente no decurso do tratamento insulínico e regressa na quasi totalidade dos casos sem tratamento especial; segunda — lipodistrofia de carácter progressivo desde que se continuem as injeccões no mesmo lugar. Esta desapareição do tecido celular subcutâneo no local da injeccção foi descrita a primeira vez por Depisch em cinco diabéticos. O mesmo autor computa a existência de lipodistrofia em cerca de 10 % dos diabéticos injectados.

Em virtude das dores determinadas pela injeccção de insulina nas zonas de lipodistrofia, o autor juntou cocaína e novocaína à hormona pancreática e verificou que, dêste modo, não só se evita a lipodistrofia como se pode influenciar favoravelmente uma lipodistrofia já existente.

Do mesmo modo a junção de novocaína evita freqüentemente as reacções locais inflamatórias.

F. FONSECA.

Sobre a acção da vasopressin e oxitocin no açúcar do sangue no homem. (*Über die Wirkung des Vasopressins und Oxytocins auf den Blutzucker bei Menschen*), por A. ELMER e M. SCHEPS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 52. 1930.

Kamm e os seus colaboradores isolaram a vasopressin e a oxitocin do lobo posterior da hipófise. Geiling e Eddy constataram em animais a acção hiperglicemiante de ambas as hormonas.

O autor fez as suas experiências em individuos normais. Mediu a glicémia em jejum e de meia em meia hora durante duas horas depois da injeccção de 10 unidades de vasopressin. Nos dias seguintes repetiram os mesmos exames depois da injeccção de 10 unidades de oxitocin e também de 10 unidades de pituitrina. Em muitos casos figuram experiências de *contrôle* sem injeccção de hormona.

O trabalho experimental dos autores levou-os às seguintes conclusões:

1.º — A vasopressin em injeccção subcutânea provoca, na maioria dos casos, um aumento de açúcar do sangue.

2.º — A oxitocin não tem acção hiperglicemiante.

3.º — A acção hiperglicemiante da pituitrina manifesta-se mais raramente e é mais fraca do que a da vasopressin.

F. FONSECA.

Secreção láctea e menformon. (*Milchsekretion und Menformon*), por S. E. DE JONGH e E. LAQUEUR. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 50. 1930.

Por menformon designam os autores a preparação mais pura duma hormona sexual feminina, que se consegue apresentar sob forma cristalina e com a qual é possível provocar o crescimento das glândulas mamárias, tanto nos animais masculinos como femininos, em todos os animais experimentados e quer a administração seja subcutânea ou por via oral.

Além disso consegue-se provocar secreção láctea, também em adultos, mas apenas em cobaias e em animais masculinos não castrados.

No presente trabalho os autores verificaram que a administração regular de menformon (mesmo do produto cristalizado — 1 unidade = $\frac{1}{10\,000}$ mgrs.) desperta a secreção láctea em cobaias femininas ou masculinos, secreção essa que se mantém durante cerca de seis semanas, isto é, num prazo superior ao tempo de lactação desta espécie de animais.

F. FONSECA.

Indicações e modo de execução do tratamento medicamentoso do coração em doentes de cirurgia. (*Indikationen und Durchführung der medikamentösen Herzbehandlung bei chirurgisch Kranken*), pelo Prof. R. SEYDERHELM (Frankfurt a/M). — *Der Chirurg*. H. 21. 1930.

Dêste trabalho temos de interessante a mencionar as observações do A. quanto ao verdadeiro perigo do aparelho circulatório durante as operações, e que está menos no músculo cardíaco e mais — ou melhor, em primeiro lugar — na circulação periférica. Daí se conclui que a medicação profilática dos indivíduos com circulação normal, antes das operações, não deve tanto procurar o levantamento do coração, como evitar o *shock* operatório e o efeito da narcose, ou seja a iminência do colapso.

O A. diz que Rehn na sua clínica utiliza com êsse fim uma solução a 10% de efetonina, da qual injecta duas a três vezes ao dia um c. c. subcutaneamente, ou quatro a seis comprimidos do mesmo produto, que recomenda.

MENESES.

Tratamento raquidiano da meningite tuberculosa com tuberculina; um caso de cura. (*Zur intralumbalen Tuberkulinbehandlung der tuberkulösen Meningitis; ein geheilter Fall*), por GEORGE EMIL SELTER (Bonn) — *Zeitschrift f. Kinderheilkunde*. B. 49. H. 4. Págs. 437-445. 1930.

Referência a nove casos de meningite cerebral tuberculosa, nos quais foi tentado um efeito terapêutico positivo injectando intra-raquidianamente (lombar) 0,02 a 1 miligrama de tuberculina.

Uma criança, em cujo liquido céfalo-raquideano foram encontrados bacilos (não se fez a inoculação), curou-se; nas restantes oito não obteve resultado algum.

MENESES.

As osteoporoses dolorosas post-traumáticas. (*Les ostéoporoses, etc.*), por R. LÉRICHE e R. FONTAINE (Estrasburgo). — *Presse Médicale*. N.º 7. Pág. 617 e seguintes. Maio de 1930.

Em seguida a um traumatismo periférico sem gravidade aparente, e principalmente numa zona articular, vê-se aparecer uma certa dificuldade da função da articulação, dor, contractura, atrofia muscular e edema. A radiografia feita imediatamente mostra a integridade do esqueleto.

Ao fim de 2 a 3 meses a impotência está mais acentuada, há tumefacção sinovial, e na radiografia as epífises estão rarefeitas, pouco nítidas e com cavidades ósseas. Após a imobilização, a dor persiste. Ao fim de 8 a 10 meses a dor passa, mas a rigidez existe e a cura faz-se com anquilose parcial ou total.

Por vezes a cura é muito pouco sólida e, à menor entorse, ao menor traumatismo, a doença faz nova ofensiva.

Os caracteres radiográficos da osteíte post-traumática são o ser precoce, progressiva e difusa. Algumas vezes os ossos estão malhados, com manchas. O síndrome é consequência da *hiperemia activa* que caracteriza todos os traumatismos.

Embora pareça paradoxal nestes casos fazer-se a simpatectomia, pois que produz já por si uma hiperemia activa, os AA. fizeram-na, obtendo resultados notáveis em 16 casos. A intervenção foi feita na humeral nas lesões do carpo; na subclávia, segmento preescalénico, e no tronco bicérvico-escapular nas lesões do ombro; na femural superficial nas do tarso; na ilíaca externa, por cima da arcada crural, nas do joelho.

Duma maneira constante, as dores desapareceram desde a tarde ou do dia seguinte ao da operação, quasi completamente, e os movimentos até aí impossíveis foram em grande parte recuperados. Os resultados, passado muito tempo, parecem excelentes: os doentes foram tornados a observar 1 a 5 anos depois, sem *deficit* funcional.

Radiograficamente, persiste na maior parte das vezes um pequeno *reliquat* de osteoporose que parece definitivo.

MENESES.

Valor terapêutico do soro antitóxico estreptocócico na escarlatina. (*The therapeutic value of streptococcus antitoxic serum in scarlet fever*), por TOYODA, MORIWAKI, FUTAGI e HOSHIZAK (Dairen, Mandchúria). — *The British Journal of Children's Diseases*. Págs. 181-192. July-Sept. 1930.

Os AA., apresentando um trabalho muito conciso e bem deduzido, concluem que o tratamento da escarlatina pelo soro antitóxico estreptocócico escarlatinico prova uma redução evidente a metade da percentagem dos casos mortais. Além disso, tem um efeito particularmente notável nos sintomas devidos à toxina estreptocócica, isto é, o *rash*, febre, prurido, vômitos, convulsões e palpitações do coração.

Emquanto mostrou ter algum efeito na redução da aparição de complicações, não pareceu ter influência nas complicações depois de elas instaladas.

MENESES.

A operação de Robertson-Lavalle nas tuberculoses articulares. (*L'opération de R. L., etc.*), por L. TAVERNIER (Lyon). — *Société de Chirurgie de Lyon*, 5 de Junho de 1930. *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXVII. N.º 5. Setembro-Outubro de 1930. Págs. 645-653.

A autoridade incontestada de Tavernier, de Lyon, na cirurgia óssea, e em especial na das articulações e de entre estas na do joelho, faz merecer referência às suas mais recentes opiniões sôbre a operação de Robertson-Lavalle, ainda hoje tão discutida.

T. apresenta os resultados tardíos dos seus casos e borda sôbre êles algumas considerações que julgamos útil pôr em evidência. Fez umas ligeiras modificações, que refere, na técnica e nos cuidados post-operatórios; poder-se há dizer que esta já não é a técnica de R. L., mas emfim foi a esta que Tavernier chegou, partindo daquela, e T. não trilha senão caminhos seguros.

Os seus resultados em conjunto estão longe daquilo que o promotor da operação anuncia quando pretende curar em poucos meses todas as artrites tuberculosas, mas em todo o caso não deixa de dar resultados e dá com certeza na maior parte dos casos uma melhora, muitas vezes apenas funcional e momentânea, mas incontestável.

É difícil deduzir dos factos que cita quanto vale a operação no tratamento das artrites tuberculosas, pois que, tem também os seus inconvenientes.

O tempo de pôr em comunicação lesões epifisárias com a metáfise, arrisca com certeza a inocular esta. A operação expõe a fistulizações nas cicatrizes operatórias, indubitavelmente mais frequentes do que nos casos não operados.

Emfim, as melhoras obtidas põem um problema difícil de resolver sôbre a conduta a ter diante dos doentes melhorados: ¿continuar uma imobilização clássica ou deixá-los andar, como preconiza Robertson-Lavalle? T. tem a impressão de que alguns dos seus operados teriam beneficiado com uma imobilização, mas seria afastar-se deliberadamente das directivas do iniciador dum método, entre cujas pretensas vantagens estava precisamente a da conservação da mobilidade articular.

Em opposição a êstes inconvenientes e perigos, a operação apresenta as suas vantagens. T. observou que os enxêrtos ósseos enfiados nos canais acabavam por desaparecer mais ou menos lentamente, o que o levou à conclusão de que a operação actuava não pelo enxêrto, mas pela perfuração do ósso. Passou, por isso, apenas a furar os trajectos intra-ósseos, sem lhes meter dentro os enxêrtos, e obteve os mesmos resultados que nas operações típicas.

Reduzida a estas perfurações, a operação é bastante simples e permite, com pouco, obter um resultado que, mesmo momentâneo, não é desprezível: a desapareição da atitude defeituosa não deixa de ter interêsse no tumor branco do joelho das crianças, onde é tão difícil impedir a flexão. E também

na coxalgia, em que há a adução, que é responsável pelas luxações e subluxações, e que nenhuma das que foram operadas se luxou ou subluxou, nem mesmo aquelas cujas lesões destrutivas eram muito importantes.

Em face destes inconvenientes e destas vantagens, e sem pretender enunciar as indicações da operação de Robertson-Lavalle, o A. diz que actualmente não a faz nas formas com lesões ósseas importantes, nas quais os seus riscos não lhe parecem compensados por suficientes vantagens. Mas, pelo contrário, nas formas em início, nas formas puramente sinoviais—expressão do A.!—ou de lesões ósseas muito discretas, a operação reduzida às perfurações parece-lhe absolutamente inofensiva e sem riscos, e o A. entende não dever privar-se das vantagens, mesmo problemáticas, que ela pode trazer.

Não a considera como uma operação curativa, mas como um simples adjuvante do tratamento clássico, e deixa os operados cada vez menos aproveitarem-se das possibilidades de andar precoce que ela pode dar.

Nota do Redactor.—Nesta mesma sessão da S. C. de Lyon, em que Tavernier apresentou este relato, Vignard, também de Lyon, citou um caso seu, operado em 1919 por tumor branco do joelho, e que reviu ainda há poucos meses, no qual usou uma técnica a que hoje voltou: extirpação da sinovial e plumbeagem depois da tunelização das epífises tibial e femural. Cura funcional muito boa. Depois dêste, operou 35 doentes idênticamente, e teve 14 vezes os mesmos resultados. Diante da incerteza da operação de Robertson-Lavalle, prefere esta operação mais traumatizante, mais completa, e que dá maior segurança sob o ponto de vista da cura perfeita e definitiva.

MENESES.

A cifose juvenil osteocondropática de Scheuermann. (*Kyphosis juvenilis osteochondropathica Scheuermann*), por DUSAN POLIVKA (Karlovy v. Praze). — *Slovansky Sbornik Ortopedicky* (Revista ortopédica eslava). 1930. Fasc. 6. Págs. 427-437.

O estudo clínico, bem como os resultados radiográficos, permitem filiar a cifose dos adolescentes no grupo das osteocondrites juvenis. A patogenia das lesões epifisárias é incerta. O A. acha que a sobrecarga não tem senão o papel secundário do agente provocador da curvatura. É apenas nessa ordem de ideas que se pode designar a cifose juvenil como deformidade de sobrecarga.

Provavelmente, passa-se o mesmo na escoliose dos escolares. Simplesmente, num caso a osteocondrite evoluciona numa coluna vertebral normal, numa coluna vertebral ligeiramente assimétrica, ou então as lesões primárias não estão dispostas simetricamente ou, ainda, a sobrecarga habitual actua num sentido assimétrico.

O tratamento ortopédico dá bom resultado se fôr começado no primeiro ou no segundo período da doença (endireitamento por *étapes* da deformidade com coletes gessados). O A. refere 6 observações, 4 rapazes e duas raparigas, dos quais 5 eram escolares. A doença começa entre os 12 e os 16 anos.

Gravuras reproduzindo clichês dos doentes, e radiografias, acompanham

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

IODALOSE GALBRUN

iodo PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a *Peptona*
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIII^o 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.
DOSIS MÉDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cinquenta 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

STOVAR SOL

DE TODAS AS

ESPIROQUETOSSES,
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 **STOVAR SOL** deve ser feito sob a vigilancia do Médico

Société Parisienne d'Expansion Chimique
Marcas **POULENC FRÈRES** et **USINES DU RHONE**
86, Rue Vieille du Temple — **PARIS - 3.**

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

êste trabalho que completa um excelente fascículo da interessante revista do Prof. Chlumsky, de Bratislava.

MENESES.

O tratamento operatório do pé cavo com garra, por meio da ressecção do nervo plantar. (*Die operative Behandlung des Klauenhohlfusses durch Resektion des Plantarnerven*), por JOSEF REY (Breslau-Lilienthal). — *Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie* Bd. 53. 1930. Págs. 322-327.

A ressecção do nervo plantar interno paralisa a parte dos músculos da planta do pé que tem maior acção no excessivo desenvolvimento da abóbada plantar no pé cavo com garra, e a cuja predominância se devem as conhecidas recidivas após os tratamentos cirúrgico-ortopédicos correntemente feitos. Nos casos graves pode também o ramo externo ser ressecado sem perigo de pé chato. Com esta operação pode associar-se a transplantação do longo peroneal no curto e a tenotomia da fásia plantar.

Se permanecem graves alterações morfológicas dos ossos do tarso, podem estas ser corrigidas com uma tarsectomia.

O método tem a vantagem da simplicidade, um perigo mínimo e a mais firme garantia contra uma recidiva.

MENESES.

Como se pode diagnosticar precocemente a gravidez e que erros se podem cometer no diagnóstico precoce da gravidez. (*Wie kann man die Schwangerschaft in früher Zeit diagnostizieren und welche Irrtümer bei der Frühdiagnose der Schwangerschaft unterlaufen*), por R. BRAUN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 36. 1930.

O diagnóstico precoce da gravidez — nos dois primeiros meses — deve ser feito pelas modificações sofridas pelo útero, principalmente no seu volume, forma e consistência, visto que todos os sinais que de ordinário são considerados para êsse fim podem conduzir a erros; por exemplo, é interessante mencionar o caso relatado por Cazeaux: uma mulher que nunca era menstruada senão quando iniciava as suas gravidezes.

O A. descreveu, pela primeira vez em 1899, uma transformação sofrida pelo útero, denunciadora dêste estado, e cuja pesquisa deve ser feita apenas com dois dedos da mão que faz o toque; consiste no espessamento maior dum dos lados do útero — por vezes o dôbro — ao mesmo tempo que a consistência se torna menor, enquanto o outro mantém a consistência do útero normal. O encontro das duas porções, que se dá em geral na linha média, caracteriza-se pela existência dum sulco que se pode palpar em geral na parede anterior e que quando atinge o *fundus uteri* se torna muito nítido. Outro importante meio diagnóstico é a pesquisa na urina da hormona do lobo anterior da hipófise (Aschheim e Zondek).

No que respeita os cuidados a ter para evitar erros, é de aconselhar a maior atenção nos exames a fazer, repetir mesmo durante vários dias êsse exame; não esquecer, naturalmente, o esvaziamento prévio do recto e da be-

xiga, sobretudo quando se trata de abdômens de paredes espessas e de contracção fácil, que tornam muitas vezes impossível o diagnóstico precoce.

J. ROCHETA.

A colecisto-pielografia endovenosa. (*La colecisto pielografia ento-venosa*), por B. VARELA FUENTES y P. RUBINO. — *La Semana Médica*. N.º 46. 1930.

Nas afecções do quadrante superior direito do abdômen, onde com frequência a anamnese e o exame clínico não são suficientes para um diagnóstico claro, é sempre necessário uma exploração sistemática de todos os órgãos que nessa região se encontram. O exame radiológico do rim e da pelve renal é muito facilitado pela injeção intravenosa de uroselectan, mas nos casos em que é necessário não só este exame, mas também o da vesícula biliar, era realmente incómodo praticar sucessivamente as duas radiografias com as duas respectivas injeções, e demais tempo e preparação prévia para ambas as pesquisas.

A experimentação em cães e coelhos com a injeção simultânea de tetraiodo e uroselectan mostrou que não havia inconveniente fisiológico em injectar as duas substâncias numa mesma solução e que cada uma delas se elimina pelo seu respectivo emonctório, como se houvessem sido injectadas separadamente. Isto permitiu aplicar este método na clínica com o melhor resultado e da maneira seguinte: prepara-se a solução de uroselectan (Schering-Kahlbaum) 30 grs. em 70 c. c. de água bidestilada esterilizada; faz-se à parte a solução de 3 grs. de tetraiodo em 30 c. c. de água. Injecta-se primeiro o uroselectan lentamente em 15 minutos, e em seguida com a mesma agulha o tetraiodo em 3 minutos. A injeção faz-se no doente em jejum, às 8 horas da manhã, que tem sido preparado no dia anterior da forma habitual para esvaziar o intestino.

Fazem-se radiografias 15 e 45 minutos depois da injeção que dão só as nefro-pielo-ureterografias.

O doente volta às 12 horas para novas radiografias (dorso-ventral e ventro-dorsal) nas quais se obtém ao mesmo tempo a colecistografia e a pielografia; às 16 horas nova radiografia que dará a melhor imagem da vesícula, não se visualizando já o aparelho urinário. Durante todo este período pode ingerir-se sem inconveniente água ou água chalada com um pouco de açúcar.

J. ROCHETA.

Terapia da pielite e da pielonefrite. (*Therapie der Pyelitis und Pyelonephritis*), por Th. HSYNTSCHAK. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 37. 1930.

Nas pielites e pielonefrites é tão importante a espécie do agente infeccioso como o foco séptico, ponto de partida da infecção; há que aclarar sempre este ponto antes do início do tratamento. A terapêutica da infecção urinária é diversa conforme a espécie da bactéria:

1) Grupo coli: tratamento ácido-alcalino e urotropina; 3 dias alcalinização da urina, em seguida 3 dias de acidificação; durante êste último período urotropina *per os* ou intravenosa. Abstinência de albuminas, muita fruta e legumes e bastante água durante os 3 primeiros dias; a dieta oposta e pouca água no segundo período. Ao 7.º dia nova alcalinização da urina. Por meio das variações bruscas de reacção, provocadas desta maneira, consegue-se em quási todos os casos por uma ou duas vezes fazer desaparecer o coli, a não ser que já existam complicações ou quando um foco oculto continue a infectar essa região.

2) Grupo estafilococo: neosalvarsan ou *spirocid*; o primeiro sobretudo está indicado com bons resultados nas hidronefroses infectadas. Últimamente tem provado bem a sua eficácia, mesmo que existam lesões parenquimatosas do rim, o auto-sangue intra-muscular associado à diatermia dos rins.

J. ROCHETA.

Resultados do tratamento pelo carvão no abôrto febril. (*Erfahrungen mit der Kohlebehandlung des febrilen aborts*), por BENTHAL. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 49. 1930.

O A., baseando-se nos bons resultados obtidos em medicina veterinária com o emprêgo de carvão nas endometrites intecciosas, resolveu usar a mesma terapêutica no abôrto febril. Emprega laminárias de carvão fabricadas pela casa Merck, que introduz na cavidade uterina, dentro da qual o carvão se desagrega rapidamente. Devido à sua alta capacidade de adsorção que se manifesta não só na forte fixação de gérmenes como também porque dificulta a reabsorção das toxinas, depressa a temperatura desce assim como diminui o pulso. Deve esperar-se sempre que o útero se esvazie espontaneamente, auxiliando-o e incitando-o em todo o caso com quinina ou gynergen, e só quando passados três dias sem febre isto se não dá, se procurará fazer o esvaziamento.

Quando por motivo de hemorragia grave é absolutamente necessário a raspagem precoce, pode do mesmo modo empregar-se em seguida o carvão.

J. ROCHETA.

Quando se deve operar a criptorquidia? (*Wann soll man Kryptorchismus operieren?*), por H. STEINDL. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 42. 1930.

O problema cirúrgico da criptorquidia tem sempre de resolver duas questões:

a) ¿Sobre que fundamento assenta a necessidade duma intervenção cirúrgica?

b) ¿Em que momento se deve operar? É claro que não entram em discussão senão os casos de ectopia testicular pura, isto é, quando se trata duma manifestação isolada duma anomalia de desenvolvimento e não quando re-

presenta um sintoma duma displasia geral. Quando a ectopia é abdominal, não está indicado o acto operatório essencialmente por que não melhora o desenvolvimento ulterior do testículo, além de que por vezes essa mobilização arrasta secundariamente uma degenerescência maligna. Nas raras formas de criptorquidia perineal ou femural a operação dá em geral bons resultados, e nas formas inguinaes, os mais freqüentes, há que tentar sempre a sua mobilização e a sua fixação ao escroto, pois por vezes consegue-se não só produzir ulteriormente um maior desenvolvimento fisiológico como orgânico. Quando a ectopia é unilateral e a sua fixação ao escroto é impossível, melhor é a sua extirpação, mas quando é bilateral então está indicada a sua fixação abdominal.

Recomendam a operação o facto de haver concomitantemente uma hérnia ou então quando o testículo se torna doloroso. A melhor idade para a operação é de 5 anos.

J. ROCHETA.

Sciaticoterapia. (*Ischiotherapie*), por H. HERSCHMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 48. 1930.

No diagnóstico diferencial da sciática, além das enfermidades que habitualmente podem conduzir a erros de diagnóstico e que são os mais freqüentes — lumbago, coxite, *malum coxae senilis*, coxa vara — não se devem esquecer a hiperstesia plantar por nevrite dos nervos dessa região de origem gotosa ou por alcoolismo crónico, a aquilodinia caracterizada pelas dores ao nível da inserção do tendão de Aquiles, por possível borsite, a metatarsalgia de Morton caracterizada pela sensação dolorosa sentida ao nível da 4.ª articulação metatarso-falângica, em geral mais freqüente na mulher, e ainda o pé chato que geralmente provoca dores só no calcanhar e região plantar, mas que às vezes sobem até atingir a perna e mesmo a coxa; finalmente ainda lembrada a possível confusão entre a sciática e a *claudicatio intermittens*.

Especial atenção merecem os casos de sciática bilateral que pode ser causada pela sífilis, alcoolismo, gota ou diabetes, mas que é muitas vezes o primeiro sinal dum tumor da cauda eqüina ou da porção inferior da coluna. Só quando postas de lado todas as hipóteses que podiam causar esta afecção, se pode fazer o diagnóstico de sciática idiopática.

A sua terapêutica no período agudo assenta essencialmente no repouso no leito; é por se esquecer freqüentemente esta regra que se entra no período crónico. A posição do doente deve ser a mais confortável possível, colocando uma almofada no cavado poplíteo, de modo a manter todos os músculos no maior relaxamento possível. As aplicações quentes, saco de areia quente, etc., são muito de aconselhar, e mesmo a aplicação duma caixa com lâmpadas; pode durante o mesmo período fazer-se proteínoterapia com leite, caseosan, neuro-yatren, vaccineurin, etc. O doente deve permanecer no leito até se sentir livres de dores. No período crónico ou subagudo também a melhor indicação é a aplicação intensiva de calor, principalmente a diatermia, duches de vapor, etc.; nos casos tórpidos é bom o uso de vesicatórios.

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA DA PALMA, 240 - 246 — LISBOA

Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações as sociedades scientificas e em especial a Academia de Medicina
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928; 18 de Março de 1930

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 - Asthenia nervosa

Perturbações cardiacas por Hypervagotonia

Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso

Perturbações urinarias de origem prostatica

— Prophylaxio do Cancer —

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

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

Usam-se também com bons resultados, no estado crónico, as correntes galvânicas aplicando o anodo no ponto mais doloroso e o catodo no ponto de saída do nervo; devem usar-se grandes electrodos.

J. ROCHETA.

Roentgenterapia na trombo-flebite. (*Strahlenbehandlung bei Thrombophlebitis*), por J. HALBAN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 45. 1930.

O tratamento pelos raios X nos estados inflamatórios tem, desde os trabalhos de Heidenhain e Fried, alargado cada vez mais o seu campo de aplicação. O A. resolveu fazer sistematicamente roentgenterapia nas trombo-flebites, principalmente dos membros inferiores, e obteve resultados tão animadores, que indica e recomenda sempre esta terapêutica. As irradiações são feitas em várias sessões, mas em cada uma são tratados dois ou três campos; às vezes basta apenas uma sessão para se obter os efeitos desejados. Quando assim não sucede, as aplicações sucessivas devem ser feitas com dois ou três dias de intervalo. A acção imediata caracteriza-se principalmente pela desapareição das dores, por uma reabsorção mais rápida dos produtos inflamatórios e pela queda da temperatura; além disso o edema diminui e desaparece muito mais depressa. Não esquecer que não se deve desprezar todos os cuidados devidos a esta infecção: repouso absoluto e colocação alta dos membros inferiores.

J. ROCHETA.

Terapêutica cirúrgica da úlcera gástrica e duodenal. (*Chirurgische Therapie des Ulcus ventriculi und duodeni*), por H. STEINER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 45. 1930.

Actualmente considera-se como causa mais provável da úlcera gastro-duodenal, perturbações do sistema vegetativo, desempenhando a hiperacidez um papel secundário. Assim, a necessidade e a indicação duma intervenção cirúrgica só aparece quando, depois dum tratamento médico racional, a sintomatologia própria não desaparece completamente ou quando surge a ameaça duma complicação (hemorragias, perfuração); há que considerar ainda o aspecto social dêste problema, pois doentes há que pelas suas condições económicas ou profissionais não podem seguir à risca o tratamento médico.

Na úlcera pilórica ou duodenal, o A. considera a ressecção como o método de escolha e com predomínio do Billroth II modificado, a não ser que se tenha produzido estenose pilórica. Quando a úlcera está situada na porção média do estômago, ainda a ressecção está indicada, a não ser que o estado geral do doente só permita a gastro-enterostomia. Nas úlceras da região da cárdia, o tratamento de escolha é a gastro-enterostomia ou ainda a jejunostomia.

Na úlcera gastro-duodenal hemorrágica é de desaconselhar a intervenção urgente; deve tentar-se sempre todos os processos conservadores e prati-

car aquela em condições mais favoráveis. Úlceras perforadas exigem, pelo contrário, uma intervenção cirúrgica o mais rápida possível, e nestas circunstâncias só quando esta fôr muito precoce e o centro cirúrgico de primeira ordem é que se deve fazer a ressecção, no caso contrário é de aconselhar a gastro-enterostomia. Duma maneira geral, deve afirmar-se que ainda não possuímos um método ideal, e em última análise pode dizer-se que a melhor indicação é tirada do exame cuidadoso de cada caso.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Lisboa

Foi aberto concurso para provimento de um lugar de professor catedrático de Bacteriologia da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Hospitais Cíveis de Lisboa

Os júris para concursos de internos dos Hospitais Cíveis de Lisboa são constituídos pelos seguintes directores e assistentes de serviço:

1.º ano dos serviços clínicos gerais, Drs.: Gomes da Silva, Assis de Brito e Sacadura Botte;

2.º ano dos serviços de clínica médica, Drs.: Carlos Prazeres, Bonhorst, Maia Saturnino, Crêspo de Lacerda e Mário Moreira.

2.º ano dos serviços de clínica cirúrgica, Drs.: Damas Mora, Dias da Silva, Manuel de Vasconcelos, Armando Luzes e Vasconcelos Dias.

Academia das Ciências de Lisboa

Na sessão do dia 5 de Dezembro, a primeira do novo ano académico, procedeu-se à eleição do presidente e vice-presidente desta agremiação, tendo sido eleitos, respectivamente, o Dr. Júlio Dantas e o Prof. Egas Moniz.

O Prof. Sabino Coelho fez, na sessão de 18 de Dezembro, uma comunicação intitulada «Uma faceta da actual cirurgia do Brasil».

Sociedade das Ciências Médicas

Realizou-se no dia 6 de Dezembro a inauguração solene do ano académico de 1930-31, tendo assumido a presidência o Prof. Reinaldo dos Santos, que havia sido nomeado para aquele cargo na última sessão do ano findo.

Falou o presidente cessante, Prof. Silva Carvalho, que apresentou o novo presidente. Seguiu-se-lhe o Prof. Reinaldo dos Santos, que dissertou sobre o ensino médico, pondo em destaque a função do investigador e a do professor, uma e outra personificadas respectivamente em Carrel e em Tuffier; por fim, criticou as bases fundamentais do ensino médico em Portugal e mostrou a desproporção, nos nossos programas, entre o deminuto tempo concedido às cadeiras de clínica e o ocupado pelas cadeiras de menor importância.

No dia 19 de Dezembro reuniu-se novamente a Sociedade das Ciências Médicas, tendo sido apresentadas as seguintes comunicações: pelo Prof. Silva Carvalho, «Apontamentos do Sr. Prof. Bettencourt Raposo»; pelo Dr. José Caldas, «Radiografia estereoscópica da aorta e dos seus ramos abdominais»; e pelo Dr. Mota Cabral, «Estudos sobre a malária».

Associação dos Médicos Portugueses

Encerrou-se no dia 8 de Dezembro a discussão do projecto sobre exercício legal da medicina, que havia sido iniciada na Associação dos Médicos Portugueses.

Para a redacção definitiva do projecto nomeou-se uma comissão composta pelos Drs. Armindo Monteiro, Ruival Saavedra e Fernandes Lopes.

Na mesma sessão foram louvados os Drs. Almeida Rocha e Custódio Cruz, autores do trabalho agora aprovado, e prestou-se homenagem a outro autor já falecido, o Dr. António Azevedo.

Escola de Medicina Tropical

O Conselho da Escola de Medicina Tropical propôs ao Ministro das Colónias a abertura de concurso para provimento da cadeira de Climatologia e geografia médicas, vaga pela saída, em Julho de 1928, do falecido Prof. Silva Teles. Esta cadeira tem sido regida interinamente pelo Prof. Firmino Santana, da mesma Escola.

* * *

Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Esteve aberta, até o fim de Dezembro, a matrícula no curso de Medicina Sanitária.

* * *

Conferências

O Dr. Luís Rosado Baptista realizou na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria uma conferência sobre o tratamento da tuberculose pela vacina de Friedmann.

— Na Universidade Popular Portuguesa fez o Dr. Luís Dias Amado uma conferência acerca do saturnismo.

— Sobre «Um grande flagelo social, a sífilis, e sua profilaxia», falou o Dr. Leite Duarte na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa, em 5 de Dezembro findo.

* * *

Prof. M. Urstein

O Prof. M. Urstein, da Universidade de Varsóvia, veio a Lisboa e pronunciou uma série de lições, no Hospital Escolar, sobre os assuntos seguintes: «Aspectos radiológicos da sela turca»; «O papel das glândulas de secreção interna no desenvolvimento das enfermidades mentais»; e «As glândulas de secreção interna nas suas relações com as perturbações do nariz, ouvidos e garganta».

* * *

Prof. Azevedo Neves

Foi nomeado reitor da Universidade Técnica de Lisboa o Prof. Azevedo Neves.

Ao acto da posse, que se realizou no dia 22 de Dezembro, assistiu o Ministro da Instrução e os directores dos estabelecimentos de ensino que constituem a Universidade Técnica.



*
* *
*

Prof. Lopo de Carvalho

O Prof. Lopo de Carvalho foi nomeado director da Assistência Nacional aos Tuberculosos, lugar que havia sido ocupado pelo Dr. Cassiano Neves.

* *

Dr. António Martins

O Govêrno resolveu, como homenagem póstuma ao Dr. António Martins, conceder-lhe o grau de cavaleiro da Ordem Militar da Tôrre e Espada.

Abriu-se uma subscrição para a compra das insígnias a oferecer à família daquele notável cirurgião.

Dr. Francisco F. Luzes

Foi nomeado professor da cadeira de Fisioterapia criada pela recente reorganização do Instituto de Hidrologia.

Regia um curso de Fisioterapia desde a criação do Instituto (10 de Maio de 1919) como 1.º assistente da cadeira de Terapêutica hidrológica e Fisioterapia.

*
* *

Homenagem

Realizou-se no dia 15 do mês findo um banquete de homenagem ao Dr. Craveiro Lopes, que nessa data completou quarenta anos de cirurgião dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

*
* *

Necrologia

Faleceram, no Pôrto, o Dr. Júlio Artur Lopes Cardoso, coronel médico reformado e antigo director do Hospital Militar Principal do Pôrto; e em Lisboa os Drs. António de Almeida Trinta e Alexandre Albert Désiré Cottard Toutain.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colágoos

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 científicos

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



1 a 3 colheres em 100 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA.
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se emprega em larga escala. Há vinte anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito minimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com successo, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab

N.º