



Ano VIII

N.º 5

Maio 1931

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

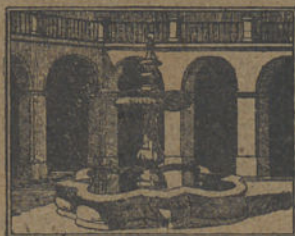
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 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. Provam que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são ineficazes; 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.<sup>a</sup> — RUA DA PALMA, 240 —

LISBOA

Sala 8

Est. 9

Tab. 1

N.º 101

# 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 insensível 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 pedido, plantas de instalação de laboratórios.*

**Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA**

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL


## "ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo.  
Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelq. D. N. S. P. N.º 825-827  
26 Junho 1923

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



A BASE BIOLÓGICA  
DA RESISTENCIA ÀS  
TUBERCULOSES

# Biocholine

CLORIDRATO DE CHOLINE R. & C. PARA INJEÇÕES SUB-CUTANEAS

Segundo os trabalhos do Prof. J. CARLES e do Dr. LEURET. (Comunicação feita na Academia de Medicina — 18, Fevereiro 1930.)

Uma injeção de 2 em 2 dias. Produto quimicamente puro; Sem toxicidade; injeções indolores.

PREPARAÇÃO FEITA SOB A VIGILANCIA FISIOLÓGICA E CLINICA DOS AUTORES

Laboratórios ROBERT & CARRIERE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (15<sup>e</sup>)

LA FREGATE, PARIS

Agente em Portugal: A. G. ALVAN — R. da Madalena, 66, 2.<sup>o</sup> — LISBOA

## VIAS URINARIAS

**DISMINE FAVROT**

Capsulas contendo a totalidade dos principios activos.

(Glucosides e Alcaloidea),  
tirados por um processo especial  
do **BUCCHU**

Todos os outros preparados de Bucchu (Extrahidos,  
Infusões, Pilulas, Xaropes) são inactivos.

Na *Blennorrhagia* faz seccar a purgação  
dentro de alguns dias e *supprime* em pou-  
cas horas as *dôres agudas da micção*.

Na *Cystite*, *accalma* o *espasmo* e o *tenesmo*  
ou *repellões* tão *dolorosos* d'esta *afecção*.

No *Catarrho vesical*, torna a *urina impu-  
tréscivel*; muito *util* para os *prostaticos*,  
que *escasiam mal* a sua *bevigá*.

A **DISMINE FAVROT** não produz *erupção* e nem *irrita*  
o *tubo digestivo* nem os *rins*, como fazem a *Copahiba*,  
as *Cubebos* e o *Sandalo*.

Dose : 3 capsulas pela manhã, 3 ao meio-dia, 3 ao deitar.

A **DISMINE FAVROT** foi *experimentada* com  
exito em *Paris*, no *Hospital Saint-Louis*, e em  
*Saint-Lazare*.

Laboratorios Doutor H. FERRÉ

Doutor em *Medicina*, *Pharmaceutico* de 1<sup>a</sup> Classe,  
Laureado (*Medalha d'Ouro*) da *Sociedade de Ph<sup>a</sup> de Paris*,  
6, *Rue Dombasle, Paris*.

CIGARROS  
DE ABYSSINIA

**EXIBARD**

*Sem Opio nem Morphina.*

Muito efficazes contra a

**ASTHMA**

**Catarrho — Oppressão**

e todas *afecções* *espasmodicas*  
das *vias respiratorias*.

35 Anos de *Bom Exito*. *Medalhas Ouro e Prata*.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>  
6, *Rue Dombasle, 6*  
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

# 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 (XVIe)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

**Teixeira Lopes & C., L.** da 45, Rua Santa Justa, 2.º  
LISBOA



melhor Termómetro Inglês  
com a sua coluna inque-  
brável e muito visível.

Quando V. Ex.<sup>a</sup>  
precisar pode  
experimentar.



FOI  
em 1861  
que a firma  
**NEGRETTI**  
&  
**ZAMBRA,**

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

Vendem todas as farmácias do País

Agente: **A. G. Alvan** - Rua da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

**acção****pureza****inalterabilidade absolutas**eis as características  
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

**INSULINA**

registada

para a **DIABETES**

(De ALLEN &amp; HANBURY, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS  
GRATIS A MÉDICOSFRASQUINHOS  
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE F. 21476  
G. DELTA

Agente no PORTO

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

**allenburys**alimentos de confiança para o bébé tomar**e para o médico receitar****VITAMINADOS**  
**AFAMADOS****SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS****GARANTIDOS**n.º 1 — recém-nascidos  
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses  
n.º 3 — depois dos 6 e adultos  
BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES:  
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOATele F. 21476  
G. DELTA

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

Eficaz na  
 DOENÇA DE BANTI e na  
 CAQUEXIA CANCEROSA

**A. B. ASTRA**

SÖDERTÄLJE  
 Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de  
**FIGADO**

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 chã = 50  
 gr. de Fígado cru.

**HEPATOTAL**





## Frigotherapia versus Thermotherapia

“POR QUE, EM DETERMINADOS CASOS, A APLICAÇÃO DO CALOR É MELHOR QUE A DO FRIO?”

Schatfer, ha muito tempo, respondeu a esta questão mostrando, microscopicamente, que a aplicação do frio *retarda* o processo inflamatório, porém, nada mais; que uma infiltração inflamatória, quando desenvolvida *não é removida pelo frio*; que o frio, aplicado a uma parte, axiliará no alívio da dor *temporariamente*, e por conseguinte, o frio, de forma nenhuma pode ser classificado como um agente curativo.

Outrosim, o calor em forma de *emplastro humido e quente*, provou ser mais efectivo em assignar a dilatação arterial, aceleração do sangue e circulação da lymphá, a lavagem dos tecidos, uma resorção acelerada mais completa nutrição da cellula e completa redução da infiltração.

Como um analgesico, e medida de depleção e suporte para as hostes de inflamações e congestões que o médico tem a combater em sua prática diária, a thermotherapia, expressada pela acção hygroscópica da

# Antiphlogistine

é uniformemente satisfactoria.

**The Denver Chemical Mfg. Company,**  
 163 Varick Street, New York, U. S. A.  
 Representantes em Portugal:

**ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.**  
 Casa do Sodré, 8, 1.º LISBOA

# Salvitaë

## Na sub-infecção intestinal

SALVITAË 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:*

**Simenez - Salinas & C.<sup>a</sup>**

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



O **hemostático** ideal para hemorragias de toda a ordem, cirurgia, ginecologia, obstetria, otologia, etc.



# STYPTICINA MERCK

(Cloridrato de cotartrina)

Principalmente as hemorragias uterinas são sustadas pela  
**STYPTICINA**  
com extrema rapidez.

Embalagens: Styptica em grageias de 0,05 gr. Tubos de 20 grageias.

Styptica em ampólas de 1 c.c. : 10%. Caixas com 5 ampólas.

Styptica em substância para receitas.

Peçam amostras e literatura a:

**E. Merck-Darmstadt**  
Seccção Científica Lisboa  
Rua dos Douradores, 7  
**LISBOA**

Representantes:

**Estabelecimentos Herold Lda.,**  
Rua dos Douradores, 7  
**LISBOA**

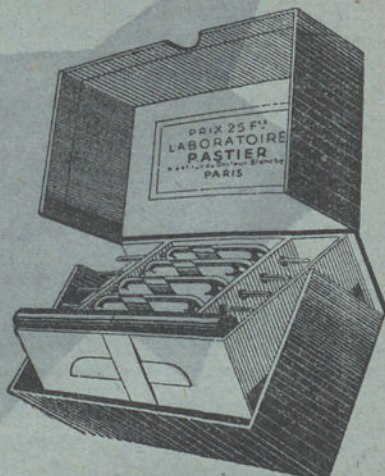
## 2 novidades em vacinoterapia

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

# colitique

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

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



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

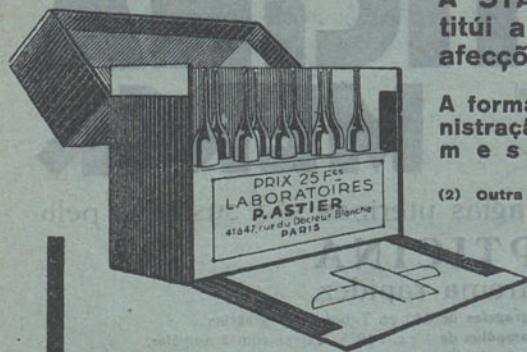
# stalysine

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

A STALYSINE injectavel constituiu 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.<sup>a</sup> — R. da Palma, 240-246 — Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>O kala-azar em Portugal</i> , por J. Salazar de Sousa.....	pág.	249
<i>Operações estéticas do nariz, sem cicatriz exterior</i> , por Carlos de Melo .....	»	292
<i>Quistos hidáticos, equinococose hidática, hidatidose</i> , por Prof. Custódio Cabeça e Dr. Bernardo Vilar.....		295

### Notas clínicas

<i>La posologie de l'or dans le traitement de la tuberculose</i> , par C. Colbert et Roger Pigeon .....	»	305
<i>Revista dos Jornaes de Medicina</i> .....	»	308
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	»	326
<i>Noticias &amp; Informações</i> .....	»	XXXI

## O KALA-AZAR EM PORTUGAL

(ESTUDO CLÍNICO)

POR

J. SALAZAR DE SOUSA

O kala-azar interno é uma doença geral devida à invasão do organismo pela *Leishmania Denovanni*, reconhecível ao microscópio pela sua forma redonda ou em barquinha, com um núcleo relativamente volumoso e um pequeno blefaroplasto, separados, corando-se sobretudo êste intensamente como um pequeno ponto redondo, ou afectando com certa freqüência a forma liniar, como se fôsse um bacilo. Em cultura em meio apropriado (N. N. N.), adquirem flagelos e mobilidade, um flagelo para cada animáculo, e por isso alguns parasitologistas as classificam como herpetomonas (Christophers), representando os corpos de *Leishman* as formas de resistência: o nosso Carlos França considerava-as como leptomonas. Hoje porém têm-se visto flagelados e herpetomonas de insectos (como as da pulga de cão) tomarem formas absolutamente idênticas às *Leishmanias*, e a forma flagelada por seu turno não consegue sempre ser uma característica de classificação. Assim nem todos consideram os corpos de *Leishman* como uma fase de uma herpetomona, e, no meio da incerteza, parasitologistas há, como Reichonow e Laveran, que julgam preferível admitir como um género os corpos descritos por *Leishman* e *Denovanni*.

O parasita encontra-se no fígado, gânglios, medula óssea, endotélio dos vasos e sobretudo no baço: onde haja retículo endotelial há células parasitadas. No sangue periférico apenas



ENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

em um caso o vimos em preparações por picada do dedo; no kala-azar da Índia este facto está apontado como de certa frequência (sobretudo em preparações espessas), e o sangue tirado por punção venosa dá frequentemente culturas no meio (N. N. N.)

O parasita não está pois só fixado nos órgãos apontados, como circula no sangue periférico. As células parasitadas acabam por ser destruídas, e assim, em preparações de sangue do baço, é freqüente encontrar, como que acumuladas em molhos ou grupos compactos, Leishmanias livres, divisando-se ainda os restos da célula endotelial destruída; a par destas há muitas outras já absolutamente livres e isoladas, e sendo facilmente arrastadas pela circulação. Não é raro encontrar parasitas em siciparidade, mostrando como se multiplicam dentro do organismo humano.

Há a tendência nos parasitologistas a não julgarem diferente a Leishmania da doença da Índia e do kala-azar infantil: o facto de um ser dos adultos e o outro das crianças não é um facto absoluto; assim na Índia ataca todas as idades, sendo as crianças dos 6 anos aos 10 que sobretudo contribuem para a doença, e quer em Itália, Espanha, Portugal (um caso num preto de 21 anos, mas que desde pequenito vivia cá) e noutros pontos se tem verificado a doença num ou noutro adulto. Eu julgo que a diferença está apenas numa maior morbidade ligada a uma maior virulência, talvez dependentes de questões climatéricas: assim a menor proporção de casos na Índia antes dos 6 anos dever-se-ia explicar por as crianças mais pequenas frequentemente morrerem de doença, antes de o diagnóstico definitivamente pôsto, e em período que é facilmente confundível com outros estados mórbidos agudos; para o nosso a resistência dos adultos está implícita na menor virulência, e possivelmente de número avultado de curas espontâneas, tendo o doente arrastado um período de febres mal definidas. Esta hipótese nada tem de absurda, pois na própria Índia se registam pelo menos 10 % de curas espontâneas, e são os adultos que para elas contribuem, pois que nas crianças pequenas a mortalidade nos casos sem tratamento é praticamente de 100 %.

Transplantando para o nosso meio este critério de virulência e resistência, reconhecem-se dois factos: 1.º que as crianças são atacadas em maior número antes dos 6 anos; 2.º que a doença poupa os adultos, o que é bem o carácter apontado ao kala-azar

mediterrânico. O primeiro facto tem a sua explicação em que uma menor virulência do parasita permite que crianças de poucos meses arrastem a sua doença dando tempo a firmar um diagnóstico, o que se não daria na hipótese oposta. Esta opinião da igualdade das duas doenças é hoje geralmente seguida por todos que têm estudado este assunto, incluído até o próprio Nicolle, que descreveu o kala-azar infantil na Tunísia. O meu estudo, baseado sobre 206 casos, conta apenas 2 que não foram verificados no laboratório do nosso serviço, mas que em todo o caso foram diagnosticados pela presença de Leishmanias à punção do baço, tendo-me as respectivas observações sido a mim comunicadas por colegas, conhecedores do meu interesse por esta doença: são dos Drs. Nery da Costa, de Cuba, cujo hospital tem um laboratório, e do colega Mário Pereira, de Pêso da Régua, tendo esta análise sido feita no Pôrto pelo Prof. Carlos Ramalhão. Dêste número a uns só se aproveita a idade ou o sexo, e a localidade onde adoeceram; muitos não voltaram mais à consulta, mas mesmo assim este número tem importância para mostrar que é uma doença cuja raridade já não é para admitir, tanto mais que sei que, fora dos analisados no laboratório do meu serviço, houve outros casos parasitologicamente diagnosticados. No Pôrto o primeiro caso foi-me comunicado pelo distinto Prof. de Pediatria da Faculdade de Medicina, Dr. Garrett, 1927, e no *Portugal Médico* vem a observação feita pelo seu assistente Dr. Fonseca. Em carta que acabo de receber relata-me mais 3 casos (total 4 no Pôrto, na sua clínica) todos confirmados pela punção do baço. A opor a uma mortalidade de 100 0/0, não tratada a doença, podemos, como veremos, contar com um mínimo de 70 0/0 de curas nos tratados a tempo (e mesmo mais).

Em 150 casos da minha estatística, a idade está designada e tem certo interesse:

Até 1 ano	.....	11 (sendo 4 abaixo de 1 ano).....	7,4 0/0	} 83,6 0/0
» 2 anos	.....	72.....	48,9 »	
» 3 »	.....	40.....	27,2 »	
» 5 »	.....	18		
» 10 »	.....	8		
» 12 »	.....	1		

Fazendo a percentagem de mortalidade destes grupos, verifiquei que: até ao ano a mortalidade foi de 22,2 0/0; até aos 2 anos

foi de 65,2 %; até aos 3 anos foi de 57,1 %; até aos 5 anos foi de 44,4 %; nos restantes 11,1 %.

Dos casos abaixo de 1 ano, o mais novo tinha 7 meses de idade; assim parece dar-se com esta doença um facto que se observa com outras, de uma relativa imunidade congénita que se perde gradualmente, e seria ainda êste como que resto de imunidade que levaria, ao contrário que poderíamos prever, à pequena mortalidade dêste grupo. Claramente se vê como passado o 2.º ano a mortalidade decresce, e como isto está de acôrdo com as considerações que fiz para clinicamente igualar os dois kala-azares.

*Transmissão.* — Por muito interessantes que sejam os estudos executados na Índia pelas duas comissões de médicos e parasitologistas com o fim de resolver êste problema, não os exporei, pois inútilmente alargaria êste estudo, apenas de feição clínica. Limitar-me hei a dizer que a hipótese que teve voga, de a doença ser transmitida do cão ao homem pela pulga, está hoje posta de parte (o que não quer dizer que cão e criança não possam ser contagiados da mesma forma, mas a doença não está do cão para homem como a raiva ou o môrmo do cavalo...); é nos grato reconhecer que neste ponto marcam como já clássicos os trabalhos do nosso Pereira da Silva, pela correcção e rigor científico que nenhuns ultrapassaram «their experiments especially those of Wenyon and Pereira da Silva, were carried out with greater accuracy» (A treatise on kala-azar by Up. Brahmachari). Insectos de largo vôo, piolhos de corpo e da cabeça, vários percevejos (hipótese de Patton) tudo foi estudado e excluído, até que a hipótese do flebostomo parecia quebrar o enigma, mas ainda essa não conseguiu ser demonstrada pela prova real da transmissão, e hoje perde nítidamente terreno. Recentemente vi na *Press. Méd.* uma pequena nota que Blanc e Caminopetro tinham verificado a infecção espontânea numa carraça, *rhhipicephalus sanguineus*, mantendo-se a infecção através da postura, contagiando-se as larvas e ninfas. Segundo informação que me foi dada pelo Prof. Artur Ricardo Jorge, esta carraça era originariamente africana, tendo atingido depois o sul da Europa. As larvas podem jejuar 253 dias, as ninfas 97, as fêmeas 570.

Por atenciosa informação do Prof. Ildefonso Borges, pude



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.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246

**l i s b o a**



SIRAN



BROSEDAN

Temmler-Werke, Berlin-Johaniesthal

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

Hämafopan

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

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumáticas e inflamatórias

SINNODIN

*(Dr. Bauer)*

Injecção intra-venosa ou intra-gluteal **indolor** para os diferentes processos reumáticos e inflamatórios, 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-Johaniesthal

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

saber que o seu assistente Dr. Velasco Martins, que tem classificado algumas carraças nossas, encontrou no cão duas espécies: *ixodes ricinus* (lin. 1758), e a *rhhipicephalus sanguineus* (latr. 1806). Em todos os estados de desenvolvimento as carraças, em geral, podem suportar períodos de jejum extraordinariamente longos, de mais de 200 e 300 dias, chegando num caso a 4 anos. Há carraças só com um hospedeiro, outras dois e a maioria 3, correspondendo um a cada uma das fases, larva, ninfa, adulta. Por todos estes motivos, a carraça, mais do que qualquer outro, explica o mistério da permanência do agente infectante em ruínas e casas por largo tempo desabitadas, fazendo de reservatório de vírus, o que o flebostomo por si só não explicava, e que o percevejo só parcialmente explicaria... se fôsse possível infectá-lo naturalmente, o que se não consegue. Como da carraça passa à criança ainda se não sabe.

¿ Infectado o indivíduo pelo parasita, quanto tempo durará a incubação? É ponto mal assente ainda pela impossibilidade de saber o dia de contágio, e apenas nos podemos guiar pelo aparecimento dos primeiros sintomas de doença, até que esta pode ser diagnosticada; assim não é o período de incubação, mas sim o prodrómico ou de invasão, e êste é muito variável.

Foi visto na Índia que pessoas que vinham de pontos infectados, se chegavam em Junho ou Agosto vinham infectadas, as que chegavam em Novembro ou Dezembro não traziam a doença. Isto foi interpretado como essas pessoas se terem contagiado no início do tempo quente, e não no pino do calor, o que fez considerar em média êste período como de dois meses. Mas, desde que o doente apresenta sofrimento até que o diagnóstico se ponha, decorre tempo variável desde 20 dias até 2  $\frac{1}{2}$  anos (na Índia segundo Conningham e Pundet). Pelas minhas observações o período mais curto marcado é de três semanas (obs. 56-63-72), e, a dar crédito à mãe, a criança da obs. 119 teria 8 dias de doença (ver-se há adiante). Com 1 ano de doença (obs. 71), com quasi 2 anos (obs. 25). Nalgumas destas observações de casos arrastados fica-nos a dúvida se seria sempre a mesma doença; é frequente dizerem que a criança tem estado sempre mais ou menos doente desde tal época, sem conseguirmos pormenores claros. Mas a verdade é que na maioria das observações a criança chega-nos com doença febril persistente mal definida entre 1  $\frac{1}{2}$  mês e

3 meses, e julgo esta a média do que nos nossos casos poderíamos chamar período prodrómico ou de doença insuficientemente definida. Casos há em que desde o início que observamos o doente, como da obs. 91 de que falarei, e por estes podemos avaliar da veracidade dos cutros que nos aparecem, em regra, com 2 meses.

É nas crianças de mais idade que é susceptível um maior arrastamento da doença, o que importa a necessidade dum diagnóstico tanto mais rápido quanto mais nova é a criança. Nós vemos, nos casos que reüni, ser também no máximo calor que elles abundam, o que leva a supor o contágio nos fins da primavera, ou início de verão, pois que a data apontada é a do dia em que foi observado e diagnosticado.

Dividindo o ano em três quadrimestres, teremos de Janeiro a Abril incluído 45 casos; de Maio a Agosto 87; de Setembro a Dezembro 49 casos, de doentes em que se pôde registar data certa.

Neste período prodómico, em que o diagnóstico não é feito, as crianças aparecem abatidas, febricitantes, um tanto indiferentes, com perda de appetite, que rapidamente cai numa appetite quasi absoluta, como tenho verificado com grande constância, ao passo que na Índia tomam a persistência do appetite como indicador do kala-azar contra a hipótese da malária; complicações pulmonares mal definidas levando à suspeita de tuberculose, não são raridade; a poliadenite é de regra, como na invasão tuberculosa; outras vezes e ainda com mais frequência são perturbações intestinais, chegando ao aspecto colítico, que fazem admitir uma infecção intestinal, ou um agravamento de um estado dispéptico, e o êrro, pela frequência destes estados na idade em que o kala-azar preferencialmente se mostra, é impossível de evitar. Assim só por acaso se diagnostica o kala-azar. É patente o que afirmo na obs. 91, a que já aludi:

OBSERVAÇÃO 91.— Amélia, vista a 1.<sup>a</sup> vez em 3-IV-926 com sintomas dispéuticos, diástase dos rectos abdominais, e baço tangencial ao rebordo costal; diagnostico dispepsia e como tal prescrevo; em 17-V-26 voltou de novo sensivelmente no mesmo estado, e sempre febril, suspeitando-se de tuberculose evolutiva; em 2-V volta novamente sem ter melhorado, e apresentando o baço muito aumentado de volume e tom anémico dos tegumentos: punção do baço; Leishmanias.

## Sangue periférico:

Hemoglobina .....	31 (Shali)
Hematias. ....	1.280.000
Leucócitos ....	3.200

## Fórmula:

Linfócitos .....	79 %
Neutrófilos .....	18 »
Mielócitos .....	2 »
Eosinófilos .....	1 »

1 normoblaste; 1 Rieder; 5 Turck.

Esta observação foi minha. Agora um outro caso do meu serviço, mas visto por um dos meus auxiliares, que a tratou obtendo a cura.

OBSERVAÇÃO 143.—Aurora, 2 anos, de Chelas, vista em 18-I-930. A criança está sempre queixando-se gemendo, febril, ventre timpanizado: não se nota esplenomegalia. Nada pulmonar; diagnóstico de dispepsia (grande ventre timpanico). Volta em 11-IV muito anemiada, sempre com febre seguida nos últimos 2 meses, ventre volumoso e baço grande. Punção do baço revelou Leishmanias. Nesse dia mesmo começa com o tratamento pelo tártaro, tendo 35 (Shali). Em 16-V, ausência de Leishmanias no puncionado do baço, tendo 65 (Shali). Em 3-VI a percentagem de hemoglobina é de 75 (Shali).

Ainda esta obs. de outro dos meus assistentes.

OBSERVAÇÃO 86.—Francisco, 1 ano. Visto a 18-IX-925. Há um mês com febre, um pouco anemiado, micropoliadenite, nada pulmonar. Na observação está escrito que se não palpa o baço; não se fez diagnóstico (P. O. D.) (pirexia de origem desconhecida). A 21-IX reconhece-se um baço em lingüeta que é puncionado revelando Leishmanias (a-pesar-do tratamento êste doente veio a falecer).

Estas observações são resumidas omitindo análises e fórmulas, de momento dispensáveis.

Poderia outras apresentar, e que servem para explicar os casos que nos vem depois de, semanas antes, terem sido vistos por colegas que não diagnosticaram a doença: é que inicialmente isso acontece a todos...

Depois vem a esplenomegalia, e o diagnóstico acentua-se, mas ainda aqui, quando a esplenomegalia não é grande, o êrro com a anemia ligada à heredo-sífilis se pode dar; é que a côr tão

própria do kala-azar pode em alguns casos tomar um tom mais de cera, como nos sífilíticos, mas continuando a observar a criança em breve o diagnóstico se impõe. Citei em tempos um caso destes (*Arquivos de Pediatria e Ortopedia*, Setembro de 1921). Há a tendência num sífilítico averiguado tudo atribuir à sua sífilis, como no caso citado, que me serviu para não enveredar no erro neste outro.

OBSERVAÇÃO 90. — Desde os 2 meses que é tratado na consulta externa, onde veio com coriza e placas mucosas no períneo e ânus, 22-VIII-24; fez tratamento mercurial e periódicamente 914, em 1925. A 3-VII-26 vem à consulta com febres há 3 meses, abatida, anemiada e com esplenomegalia. Apesar da sífilis, fizemos uma punção do baço que revelou Leishmanias, havia oligocromenia, hipoglobulia e leucopenia.

Curou-se com o tártaro, e certo é que, se insistíssemos no tratamento para a sífilis, teria sido fatal à criança...

Numa outra obs. 94 o diagnóstico de probabilidade foi de esplenomegalia ligada à sífilis evidente, mas, para excluir o diagnóstico, puncciona-se o baço, revelando-se um kala-azar. Insisto nestes casos por ser erro que se tem cometido com certa frequência, e que é preciso evitar.

Anemia, febre e esplenomegalia constituem a trindade sintomática desta doença, e se pensarmos que o mesmo se dá com o paludismo, compreender-se há como muitas crianças de tenra idade terão morrido de kala-azar, sendo na realidade consideradas como empaludadas, erro compreensível num país cheio de paludismo. Na própria Índia, antes de um mais fundo conhecimento da doença, houve epidemias tomadas como de paludismo, que hoje se julga em grande parte como de kala-azar.

Outras vezes a morte será atribuída a uma enterocolite frequente nestas idades, outras será considerada como tuberculose.

A febre não julgo que tenha nada de verdadeiramente característico; apontam-lhe o facto de ter duas ou mais máximas diárias, mas tal facto não nos pareceu saliente, de modo a impor um diagnóstico; de resto, sem internamento no hospital difícil é estabelecer curvas térmicas em doentes pobres.

Pelo interrogatório, ou nos hospitalizados, o que se nota é a irregularidade das temperaturas, que na maioria dos casos não passam dos 39°, e variam no próprio dia e de dia para dia. No

adulto esta irregularidade tem importância contra a idea do paludismo, mas nas crianças da primeira infância as febres palustres apresentam muito freqüentemente uma irregularidade que lhes tira o aspecto de acesso. Nas crianças que definham dia a dia, com freqüente catarro pulmonar mal definido e poliadenites, sempre febris e com inapetência progressiva, a idea de tuberculose evolutiva não pode deixar de assaltar-nos, e se sentirmos um baço abaixo do rebordo costal isso ainda nos confirma, pois que na tuberculose em generalização é de regra sentir-se o baço; mas essa idea, continuando a seguir o doente, é posta em breve de lado, pelo próprio carácter da esplenomegalia, e apenas nos fica o receio de concomitantemente com o kala-azar haver tuberculose. A observação seguinte é provativa:

OBSERVAÇÃO 81. — Arminda, 2 anos, vista por um dos meus assistentes, que escreveu em 22-V-925 «estalidos no vértice direito, sinais de infiltração, baço grande, anemia», diagnosticando kala-azar e tuberculose pulmonar.

O kala-azar foi confirmado por punção do baço; a análise do sangue periférico deu:

Hemoglobina .....	25 (Shali)
Hematias .....	2.060.000
Leucócitos .....	3.600

Fórmula:

Linfócitos .....	46 %
Monócitos .....	40 »
Neutrófilos .....	42 »
Mielócitos .....	8 »

Em 23-V começa com injeções intravenosas de tártaro, dando 10 injeções no total de 0,29 centigramas, suspendendo o tratamento a 10-VII-925.

É de notar que uma análise de sangue feita durante o tratamento, em 24-VI-925, dera:

Hemoglobina .....	44
Hematias .....	2.200.000
Leucócitos .....	2.800

Fórmula:

Linfócitos .....	65 %
Monócitos .....	2 »
Neutrófilos .....	39 »

Mielócitos .....	3 %
Células de Turck .....	1 »
Leishmanias no sangue do baço.	

A análise feita em 21-VII, e que levou a parar o tratamento, deu:

Hemoglobina.....	54
Hematias.....	2.620.000
Leucócitos .....	4.200

Fórmula:

Linfócitos .....	54 %
Monócitos .....	3 »
Neutrófilos .....	30 »
Mielócitos .....	5 »
Normoblastos .....	8 »

Não se encontraram Leishmanias no puncionado do baço.

Três meses depois volta à consulta com pior aspecto.

Hemoglobina.....	35
Hematias .....	3.180.000
Leucócitos .....	4.200

Fórmula:

Linfócitos .....	79 %
Monócitos .....	3 »
Neutrófilos .....	17 »
Mielócitos .....	1 »

Leishmanias no puncionado do baço (24-X-925). Recomeça com o tártaro, tendo feito 11 injeções num total de 0,31 centigramas, fazendo-se nova punção do baço que revelou Leishmanias, pelo que se fazem mais quatro injeções de 0,05, 0,06, 0,06, 0,05, doses mal toleradas pela criança, que tem logo grandes acessos de tosse, ficando da última vez cianosada.

Em 11-I-926 a punção do baço não deu Leishmanias.

Em 20-I-926 análise do sangue periférico:

Hemoglobina .....	64
Hematias .....	3.220.000
Leucócitos .....	7.600

Fórmula:

Linfócitos .....	37 %
Neutrófilos .....	63 »



Volta no fim de um mês para ser observada; bom aspecto e sem nada de anormal.

Hemoglobina .....	74
Hematias.....	4.300.000
Leucócitos .....	6.800

Fórmula:

Linfócitos.....	61 %
Monócitos.....	1 »
Neutrófilos .....	32 »
Eosinófilos.....	4 »
Basófilos.....	1 »
Normoblasto .....	1 »

Não se encontram sinais de lesão pulmonar.

Sabendo nós a gravidade da infiltração pulmonar, com ferveres húmidos, numa criança de 2 anos, somos levados a admitir que a criança nunca esteve tuberculosa. Poderia exemplificar com outras observações de kala-azar em crianças que pela observação dos pulmões se suspeitou T. P. e que, radiografadas, nada revelaram no parênquima, e num caso até pela autópsia. Estes casos servem de aviso ao clínico para, em presença de um kala-azar com lesões pulmonares suspeitas de tuberculose, não deixar de fazer ainda assim o ensaio do tártaro, pois muitos são aqueles em que as lesões pulmonares dependem do próprio kala-azar, melhorando e mesmo desaparecendo com tratamento específico estibiado, por nada terem de tuberculosas. Mas o próprio carácter da esplenomegalia deve surgir-nos a idea do kala-azar: é grande como nunca se vê numa simples tuberculose, tão pouco na febre tifóide e raramente no paludismo, a não ser nos casos de longa data já em malária crónica. Em Portugal os casos de paludismo que tenho visto em crianças têm sempre sido de baços menores do que nos de kala-azar; neste o baço conserva a chanfradura, tem o bordo cortante, é por vezes em lingüeta, a pontada esplénica é menos freqüente, talvez em 15 % dos casos, por ser rara a peri-esplenite (o que torna a esplenectomia mais fácil do que em baços palustres). Por vezes existe ascite; mas sempre discreta, e nada confundível com a tuberculose ou com a da cirrose hepática, rara na criança. A rêde venosa abdominal, indício de certa dificuldade circulatória portal bem compreensível, observa-se em muitos doentes. Em todo o caso num dos meus

doentes a ascite impunha-se e levou ao diagnóstico de Banti. Mas o que sobretudo é característico na esplenomegalia do kala-azar é a rapidez com que se desenvolve.

O paludismo em igual tempo de evolução não dá uma esplenomegalia de tal volume. Assim não é exagerado dizer que em casos sob a nossa observação assistimos ao desenvolvimento quási brusco do baço, sendo frequente um caso que de momento não diagnosticamos, passados poucos dias impor-se por uma forte esplenomegalia. O balanço entre volume do baço e duração da doença é da máxima importância para afastar o diagnóstico de paludismo, quando há brusco desenvolvimento. Resumirei algumas observações como exemplificação.

OBSERVAÇÃO 22. — Ester, 2 anos, veio à consulta em 7-VIII-20 com febre, língua saburrosa, irregularidade das dejecções; prescreve-se óleo de rícino e em 9-VIII volta apirética, melhor, baço tangencial ao rebordo costal (palpável) e doloroso à pressão; prescreve-se salol. Em 13-VIII volta com febre a 39°, e o baço, que apenas era palpável, desce agora 4 dedos abaixo do rebordo costal e chega a 1 centímetro da linha média, impondo uma punção que revelou Leishmanias.

Na observação 91, já citada por outro motivo, dá-se o mesmo caso.

OBSERVAÇÃO 119. — Maria A., 18 meses, segundo diz a mãe, (e nisso insiste) a criança está doente só há 8 dias, com febre e vômitos; mas o que a faz já trazer ao hospital foi sentir formar-se um alto no lado esquerdo do ventre. Esplenomegalia chegando até ao umbigo, mas a criança não tem aspecto anémico (31-VII-929). Em 3-VIII-929 punciono o baço e reconhece-se a existência de Leishmanias. A análise do sangue periférico deu:

Hemoglobina .....	50 (Shali)
Hematias .....	3.000.000
Leucócitos.....	5.000

Curou-se com o tártaro, e em 30-X ausência de Leishmanias; hemoglobina, 75; leucócitos, 8.400.

Pode-se na verdade duvidar que a doença fôsse de tão curta duração, mas o que sempre insistiu a mãe foi na rapidez com que se formou o tumor abdominal, que a assustou.

Em todas as observações coligidas apenas há uma em que, feito previamente o diagnóstico de kala-azar, o caso mostrou ser um paludismo.

Nos casos arrastados por meses este aspecto da esplenome-

LISBOA MÉDICA



JUNO

# KLIMAKTON



contra os  
distúrbios do climacterio

#### COMPOSIÇÃO:

3 cg. de substancia ovarica da mais pura (Ovaradeno),  
6 mg. de substancia da thyroideas da mais pura (Thyradeno),  
15 cg. de Bromural e 15 cg. de Calcio-Diuretina,

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO

# NORMACOL

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

## NORMACOL

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

**SCHERING LIMITADA,**  
**LISBOA**  
**RUA VITOR CORDON 7-3.º**



galia não exclui portanto a hipótese do paludismo crónico, e mesmo possuímos observação da concomitância das duas doenças. Referindo-se à esplenomegalia do kala-azar na Índia, Dodds Price e Strickland dizem que nos casos agudos «êlé aumenta mais rapidamente vindo muitos dedos abaixo do rebordo costal em 15 dias depois do início da febre alta. Tão rápido aumento não é visto na malária». Mas nas crianças de poucos meses a idea que se trate de uma anemia de Von Jaksch não pode deixar de nos ocorrer, sobretudo se a criança é ao mesmo tempo raquí-tica, e se há púrpura; por isso se torna indispensável uma análise do sangue periférico, pois que o quadro hematológico difere em absoluto nas duas doenças.

OBSERVAÇÃO 143. — Armando, 17 meses, raquitismo, anemia púrpura pe-tequial, esplenomegalia e mau estado geral. Um dos meus assistentes fez o diagnóstico provável de Von Jaksch, e, fazendo-se a análise do sangue peri-férico, viu-se (18-VI-30):

Hemoglobina.....	34 (Shali)
Hematias.....	1.800.000
Leucócitos.....	3.400

Fórmula:

Linfócitos .....	76 %
Monócitos .....	3 »
Neutrófilos.....	20 »
Eosinófilos .....	1 »
Normoblasto .....	1 »

Quadro típico de kala-azar que, puncionado o baço, se confirmou.

Inversamente, já depois de fechada a estatística que levo até 31-XII-930, appareceu recentemente (III-931) uma criança de Alen-quer com baço grande, raquitismo pouco acentuado, anemia intensa, petéquias, que pelo tom branco especial da pele eu e um dos meus assistentes fizemos o diagnóstico prévio de kala-azar, mostrando a análise do sangue periférico tratar-se de uma anemia de tipo pernicioso (devida ao uso exclusivo de leite de cabra) com abundantes megaloblastos e 40.000 leucócitos; a pun-ção do baço veio confirmar não haver Leishmanias.

Nestes 2 casos tão típicos poderíamos deixar de puncionar o baço, as probabilidades de êrro pela análise do sangue périférico seriam mínimas, mas podem-se dar; é que pode haver anemias

com baço grande, com leucopenia e hipoglobulia, e com prodomínio relativo dos linfócitos, sem que se trate de kala-azar, e para as quais a terapêutica do kala-azar será inútil senão prejudicial, e que precisam antes de ferro, arsénio e raio U. V.

OBSERVAÇÃO. — Fernando, 15 meses. Anemia com baço grande e febre ligeira, côr de cera branca da pele, sem sinais de raquitismo, tendo sido amamentado e tomando só farinhas feitas em água, depois do desmame (4-VII-930,

Hemoglobina .....	35
Hematias .....	1.600.000
Leucócitos .....	6.400

Fórmula:

Linfócitos .....	64 %
Monócitos .....	5 »
Neutrófilos.....	28 »
Eosinófilos .....	3 »

Tal convicção tínhamos de ser um kala-azar, que por duas vezes, com dias de intervalo, puncionámos o baço e de outra vez o figado, sempre com resultado negativo. Êste doente, com alimentação com mais proteínas, protoxalato de ferro e uma temporada na província melhorou muito, e depois de alguns U. V. acusa :

Hemoglobina .....	50
Hematias.....	3.850.000
Leocócitos.....	8.800

Publiquei em tempos outros casos de anemias dêste tipo. Se é certo porém que a oligocromemia, a hipoglobulia e a leucopenia são as características do kala-azar, o facto é que isto representa uma regra e não uma lei. Se tomarmos mesmo como de 8.000 o limite mínimo de leucócitos em crianças de tenra idade, considerando até 7.000 como hipoleucocitose, e leucopenia números inferiores a estes (parafraseando Schilling, que no adulto dá como normal 6.000 a 8.000, e abaixo de 6.000 classifica de hipoleucocitose, abaixo de 5.000 de leucopenia), nós teremos números dentro do normal: obs. 93, s. m., 19 meses, leucócitos 13.400 (curada pelo tartaro); obs. 86, s. m., 8 meses, 12.000 (falecida); obs. 47, s. f., 17 meses, 10.700 (falecida); obs. 142, s. m., 6 anos, 10.600 (curada); obs. 72, s. f., 18 meses, 9.000 (falecida); obs. 161, s. m., 1 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> ano, 9.000 (falecida); obs. 79, s. f., 18 meses,

9.000 (falecida); obs. 51, s. m., 17 meses, 9.000 (falecida); obs. 38, s. m., 3 anos, 8.900 (falecida); obs. 145, s. f., 3 anos, 8.600 (não foi seguida); obs. 153, s. m., 3 anos, 8.600 (curada); obs. 110, s. m., 10 meses, 8.400 (curada).

Com hipoleucocitose: obs. 52, s. m., 19 meses, leucócitos 7.400 (falecida); obs. 85, s. m., 1 ano, 7.400 (falecida); obs. 42, s. m., 20 meses, 7.200 (falecida); obs. 33, s. m., 2 anos, 7.000 (falecida); obs. 135, s. m., 2 anos, 7.000 (curada); obs. 144, s. m., 2 anos, 7.000 (curada).

Assim teremos:

Sem leucopenia.....	12
Hipoleucócitos .....	6
Leucopenia até 6.000.....	5
» » 5.000.....	22
» » 4.000.....	25
» » 3.000.....	45
» » 2.000.....	16
Menos de 2.000.....	4
1.000-1.400-1.400-1.800 (3 curas).	

Assim, em 135 casos em que os leucócitos foram contados, há apenas 8,1 % com percentagem normal e 86,6 % de leucopenias abaixo de 7.000.

É interessante notar que nos 11 sem leucopenia que foram seguidos, a mortalidade foi de 63,6 %; e nos 4 com leucopenias na casa dos mil houve 75 % de curas. Quanto mais marcada a leucopenia pior prognóstico, dizem alguns autores; não podemos concluir por esta afirmação, e julgamos que não é a leucopenia que poderá influir no prognóstico... Para Mariano Benavente Garcia o que influi é a forma de reacção dos órgão hematopoiéticos, descrevendo um primeiro período de nítida hiperplasia ortoplástica, com leucocitose, a que segue um «mais avançado leucopénico, de bom prognóstico».

Pelo que se refere à formula, a leucopenia linfocitária é menor do que a neutrofilica; os eosinófilos faltam com freqüência, e quando aparecem durante o tratamento são sinal de prognóstico favorável. A monocitose está longe de ser constante como alguns dizem, nas nossas observações, e não atinge em regra os valores elevados que alguns lhe marcam (N. B., os grandes linfócitos e os linfoblastos não os marcamos nos monócitos; e não fazemos

mesmo a desrinça entre grandes e pequenos linfócitos). Células de Rieder, de Turck, glóbulos rubros nucleados, e outras fórmulas patológicas aparecem por vezes. Sem concordarmos em absoluto com uma segurança de prognóstico que consideramos esquemático demais, em todo o caso quanto mais o quadro hematológico se aproxima do tipo pernicioso, tanto mais sombrio é o prognóstico.

Passando à série vermelha, e se considerarmos como anemia os números de hemoglobina abaixo de 70 (Shali) — sendo ligeira anemia até 60, média 50, forte 35, e grave daí para baixo — encontraremos em 129 casos em que foi determinada, 46 vezes a anemia era de 35 para baixo (Shali), havendo 12 casos abaixo de 25, e um de 18; em 25 casos a anemia era igual ou superior a 50 (Shali), sendo 7 de 60, e um de 65; em 58 casos a hemoglobina Shali estava entre 35 e 50, o que somadas dá a percentagem de 80 % de anemias fortes e graves. Os glóbulos rubros acompanham a queda da hemoglobina, mas nem sempre lhe correm em paralelo; e assim o valor globular é umas vezes maior que 1, outras vezes menor ou igual, não tendo valor quer diagnóstico quer prognóstico; de resto já em outra ocasião tive ensejo de mostrar que na criança o valor globular não tem a mesma importância de que no adulto. Se tomarmos para cálculo 80 (Shali) corresponde a 100 %, acharemos em 58 casos V. G. maior do que 1; 52 menor; e 19 igual à unidade. Abaixo de 2.000.000 de hematias há 23 casos com 16 mortes e um agravamento, portanto de 73,9 % de casos maus; em dois doentes dos falecidos os glóbulos rubros tinham descido a 960.000 (obs. 79, com 21 de Hg.) e 900.000 (obs. 63, com 39 de Hg.).

Assim é evidente que hipoglobulia e a hipocromemia intensas agravam o prognóstico. Mas isto tem valor em conjunto, em especial há casos com análises quasi iguais e com evolução diferente: assim, caso com 38 (Shali) e 1.700.000 curou-se; caso com 27 (Shali) e 1.860.000 faleceu; com 23 Hg. e 1.600.000 curou-se; com 28 Hg. e 1.840.000 faleceu, etc. Em 38 vezes os glóbulos rubros estavam entre 3.000.000 e 4.000.000 (sendo dois casos de 4.000.000); 68 casos as hematias eram entre 2.000.000 e 3.000.000, portanto 52,7 % dos casos os glóbulos rubros tem valores entre 2.000.000 e 3.000.000; há apenas três observações das 129 em que não havia hipoglobulia, e que faz que esta seja na percenta-



gem de 97,6 ‰, portanto mais constante ainda do que a leucopenia. Vejamos as análises das 3 observações discordantes:

OBSERVAÇÃO 27. — Orlando, 7 anos.

Hemoglobina .....	75
Hematias .....	4.700.000
Leucócitos .....	6.500

OBSERVAÇÃO 142. — Cipriano, 7 anos.

Hemoglobina .....	75
Hematias .....	4.700.000
Leucócitos .....	6.500

Nestas 2 observações pela hg. e hematias, normalidade, apenas uma leucopenia pouco intensa. A observação seguinte é mais estranha.

OBSERVAÇÃO 27. — Deolinda, 3 anos.

Hemoglobina .....	46
Hematias .....	6.700.000 (!)
Leucócitos .....	2.800

Alguns autores italianos, sobretudo, apontam casos da kala-azar com leucocitose por vezes exagerada: como vimos nos casos coligidos nunca se deparou esse facto; também apresentam casos de cura espontânea em número avultado (14 a 24 ‰)! Nos casos laboratorialmente confirmados nunca vimos tal, o que me leva a supor que condições diferentes influam a modificar o aspecto desta doença, diferente na Índia, diferente no norte de África, Espanha e Portugal, onde não goza de tal benignidade, como decorre dos autores italianos, onde, a-pesar-de uma maior expansão, permitia uma menor mortalidade nos casos não tratados. Assim só a punção do baço, fígado ou medula óssea, permitindo encontrar Leishmanias, permitem um diagnóstico de certeza. A punção do baço foi feita em todos os doentes que são a base deste trabalho, e, tirando três em que o diagnóstico foi feito noutros laboratórios, todos os outros foram diagnosticados no do meu serviço, quer em punções por nós feitas, quer em lâminas enviadas por colegas de fora de Lisboa; assim, são todos

casos autenticados de kala-azar, e se pensarmos que alguns dêles sofreram mais de uma punção e contarmos ainda com os casos negativos, puncionados por suspeita, teremos alguns centos de punções de baço sem o mínimo desastre, ou sequer alerta. O perigo da punção do baço é um velho pesadelo que é preciso, a bem dêstes doentes, desvanecer da cabeça dos clínicos: com uma seringa esterilizada e bem sêca, com uma agulha fina de injeção hipodérmica, deitando o doente em decúbito dorsal e uma pessoa qualquer fixando os membros, nós colocados à esquerda fixamos o baço empurrando-o contra a parede abdominal, apanhando-o entre o polegar colocado no flanco esquerdo e a palma da mão, com os outros dedos unidos a fazer como que ramo de pinça sôbre a parede abdominal que deprimem, introduzimos com brandura a agulha verticalmente até penetrar no baço, do que em regra se tem nítida noção, e não se imobiliza a seringa, antes se deixa que acompanhe os movimentos respiratórios, para evitar rasgar a cápsula, aspira-se ligeiramente, e, assim que vemos aflorar sangue, tira-se a seringa; muitas vezes nem mesmo se vê aflorar sangue, mas a pequena quantidade de polpa esplénica, retida na agulha e pipo da seringa, é suficiente para estender uma boa lâmina. Em casos que foram esplenectomizados pude verificar apenas pequenas equimoses subcapsulares sem importância, e é de notar que só num caso que não era kala-azar, a seguir às punções; havia uma elevação térmica. Mas descer a minudências supérfluas, preparar o doente pela atropina e anestésiar com cocaína, ou, como outro autor, exigir três ajudantes, ou como outro evitar a punção quando os glóbulos rubros sejam menos de 2.000.000 ou haja petéquias, dizer que precocemente o baço é muito vascularizado com risco de hemorragia, e que tardiamente está friável e pode romper-se, o mesmo é que sugerir ao clínico que só raramente veja casos dêstes a idea de gravidade que o leva a adiar a punção... até que o doente morre. O que é necessário é insistir que esta intervenção exploradora não é mais grave do que a punção lombar que êle não hesitaria a praticar para esclarecer um diagnóstico de estado meníngeo! Foi por não terem estes receios que dois discípulos que muito prezo, Drs. Vicente Silva e Marques Pinto, descobriram dois focos importantes de kala-azar onde se julgava só haver paludismo, tendo salvo algumas crianças fatalmente condenadas. Num

# CALCIUM



## SANDOZ

Gluconato de calcium puro

### FÓRMAS

PÓ GRANULADO

insípido

COMPRIMIDOS

gosto agradável

EMPOLAS

via intra-muscular  
ou endo-venosa de 10 cc.

### INDICAÇÕES

TUBERCULOSE

HEMORRAGIAS

DECALCIFICAÇÃO

EM GERAL

Mais de 120 trabalhos científicos sobre o CALCIUM "SANDOZ"

Fabrique de produits chimiques Ci-Devant Sandoz :: Bale (Suisse)

CORRESPONDÊNCIA

Queira enviar-me **CALCIUM "SANDOZ"** ou  
**BELLADENAL "SANDOZ"** sob as formas de:

Nome .....

Morada .....

Assinatura : .....

Endereço exacto e ligivel

Especialista em : .....

# BELLADENAL

## SANDOZ

Sedativo nervoso dos casos resistentes

**FÓRMA** — comprimidos, tubos de 20.

### INDICAÇÕES

ANGINA DE PEITO  
ENXAQUECA  
ESTADOS DE CRISE

### POSOLOGIA

ANGINA DE PEITO-ASMA: Na crise; 3 a 4 comprimidos por dia. Profilaxia da crise: 2 a 3 comprimidos por dia.

TREMORES: Senis, de Parkinson, alcoolicos, toxicos da P. G., da esclerose em placas, etc.: 2 a 4 comprimidos por dia.

DISMENORREA: 2 a 4 comprimidos por dia.

EPILEPSIAS: 2 a 5 comprimidos por dia.

**Fabrique de produits chimiques ci-devant Sandoz :: Bale (Suisse)**

Productos farmaceuticos **SANDOZ**

ANTONIO SERRA, L.<sup>DA</sup>

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96, 2.º

**LISBOA**

**Apartado 142**

Telefone N. 3200

caso de esplenomegalia febril, com anemia (?), é prudente não esquecer de punccionar o baço se o diagnóstico não é absolutamente seguro. Outro discípulo meu, o Dr. Mário Bernardes Pereira, de Pêso da Régua, escrevia-me em Março de 1928 mandando-me a observação do primeiro caso por êle visto numa criança que daquela terra nunca tinha saído. O pai era suspeito de sífilis e o colega, tendo feito o diagnóstico de kala-azar, mandou o doente ao Pôrto onde um clínico que faz a especialidade não concordou com o diagnóstico; na ausência de provas de laboratório tornou a enviá-lo ao clínico com o pedido de fazer executar as análises, o que veio confirmar o diagnóstico de kala-azar.

A análise é do Prof. Ramalhão e deu:

Maria, 2 1/2 anos, residente em Pêso da Régua. Anemia intensa, púrpura e grande esplenomegalia. Leishmania à punção do baço.

Hemoglobina .....	18
Hematias .....	2.041.000
Leucócitos.....	3.525

Fórmula:

Linfócitos .....	55,33 %
Monócitos .....	15,53 »
Neutrófilos .....	29,15 »

Contudo, a punção do baço poderá falhar num caso de kala-azar, como se pode exemplificar.

OBSERVAÇÃO 98. — Fernando, 4 anos, baço e figado grandes, ascite, rêde venosa e anemia pouco acentuada. Punção do baço foi negativa (16-II-927).

Hemoglobina .....	66 (Shali)
Hematias .....	2.840.000
Leucócitos.....	4.000

Fórmula:

Linfócitos .....	36 %
Monócitos .....	13 »
Neutrófilos .....	47 »

Diagnosticou-se Banti; é esplenectomizado, e como tivesse a impressão de um baço com pouca consistência para Banti, faço um esfregaço com polpa e descobrem-se raras Leishmanias.

OBSERVAÇÃO 124. — José Manuel, de Montemor-o-Novo. Anemia com baço grande e febricitante, suspeito de antecedentes sifilíticos (?). Análise em 6-XII-929. Sangue periférico:

Hemoglobina .....	45 (Shali)
Hematias .....	2.400.000
Leucócitos .....	5.200

Fórmula:

Linfócitos .....	46 %
Monócitos .....	6 »
Neutrófilos .....	44 »
Metamielócitos.....	4 »
Normoblastos .....	3 »

Puncionado do baço, pareceu-me encontrar 2 ou 3 Leishmanias vacuolizadas, mas a preparação, vista por dois outros colegas, não confirmou a minha impressão. Prescrevo 914, tendo aumentado 600 gramas num mês e tendo melhor aspecto. Visto em 28-I-930, a análise do sangue periférico deu:

Hemoglobina .....	63
Hematias .....	2.400.000
Leucócitos.....	2.400

Fórmula:

Linfócitos .....	63 %
Monócitos .....	8 »
Neutrófilos .....	25 »
Mielócitos .....	1 »
Metamielócitos .....	3 »

Punção do baço revelou muitas Leishmanias.

Este caso é interessante ainda por mostrar que, sem aumento de hematias e com leucopenia agravada, o arsénico orgânico permitiu uma ascensão notável da hemoglobina. Não fez tratamento estibiado, falecendo.

A estas duas observações deve juntar-se a de recaída, observação 81 já atrás citada e outra análoga, de modo que podemos dizer que apenas 4 vezes a pesquisa falhou (e talvez não falhasse se se repetisse a análise poucos dias depois), o que dá uma percentagem de 1,9 %, muitíssimo inferior à que se aponta no kala-azar indiano. Poder-se hia recorrer à cultura no meio N. N. N. do puncionado do baço com agulha mais grossa, mas o êrro é mínimo e vimos de resto que tempos depois uma nova punção foi

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.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

## *Veinosine*

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

PARIS, **P. LEBEAULT & C<sup>e</sup>**, 5, Rue Bourg-l'Abbé  
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

Quando não seja possível fazer-se um  
**tratamento anti-sifilítico**  
pela via hipodérmica, recorra-se ao



## **Virostan "Serono"** "per os"



em pílulas (contendo cada uma 25 mg. de  
mercurio metálico sob forma orgânica) que  
não tem os inconvenientes comuns nos sais de mercurio

Para as curas reconstituíntes que se  
seguem aos tratamentos anti-luéticos,  
**lembramos aos srs. médicos a**

## **Bioplastina "Serono"**

"ampolas de 1½ e 5 cc."

emulsão aseptica de lecitina de  
gêma de ovo fresco e luteínas em  
- - - sôro fisiológico. - - -

ENVIA-SE AMOSTRAS GRATIS AOS SRS. MÉDICOS

**C. Sepori**—Telet. 20722—R. Victor Cordon, 1-E—Apartado 214—**Lisboa**



positiva; e a punção com agulha grossa, aspirar 1/2 a 1 c. c. de polpa é que não incito a ela a-pesar-de vários a terem feito sem más consequências. Há uma série de reacções laboratoriais, que na realidade não empregámos nos nossos casos, mas que todas elas não valem a punção do baço, e ainda com o óbice de só poderem ser feitas em laboratórios devidamente apetrechados.

Há duas porém que pela simplicidade podem ser ensaiadas, se não houver facilidade da punção do baço (por exemplo: recusa formal dos pais), e fôr permitida a punção da veia: uma consiste em um estreito tubo deitar uma pequena porção de sôro sanguíneo e adicionar o dôbro ou triplo de água destilada; no caso do kala-azar forma-se um precipitado branco de globulina (Brahmachari, que o autor julga de grande segurança); a outra consiste a um 1 c. c. de sôro juntar 1 gota de formol; no caso de kala-azar forma-se turvação e o sôro coagula em geleia, mais ou menos rapidamente (alguns minutos até 24 horas).

Em poucos casos ensaiámos esta reacção, mas devo citar o caso referido de anemia tipo pernicioso, outro caso de esplenomegalia não parasitária, e que no fim de 24 horas o sôro se mantinha líquido, ao passo que nos do kala-azar que não tinha dado no fim de algum tempo (até sairmos do laboratório) estavam gelificados. Segundo Short os resultados concordam com os da punção do baço em 81,3 %. Pelo que se refere ao diagnóstico diferencial com a malária há a chamada prova do quinino, mas reputo pior prática do que a punção, pois que se perde tempo, se o caso não é paludismo. Um colega dos arredores de Lisboa enviou-me um kala-azar em que recorrera à prova do quinino; no tempo que decorreu tinha-se agravado de forma a tornar a cura pouco provável; a criança faleceu. Pois que as crianças toleram por muito mais tempo a infecção malárica do que a leishmânica, eu julgo que em caso duvidoso preferível seria ensaiar um tratamento estibiado que nada faria à malária (se não fôsse kala-azar), e que a não teria prejudicado senão num atraso de 3 ou 4 semanas no tratamento do paludismo.

Feito o diagnóstico, o tratamento impõe-se pelos antimoniais.

Muitos são êles, mas em Lisboa não tivemos ao nosso dispor senão o tártaro emético, o estibenil, o estibosan e neo-estibosan, estes últimos em pequeno número de casos, estando constantemente a faltar no mercado, por deficiência de *stoks* nos depósitos,

que pouco mais têm do que amostras. No *Indian Journal of Medical Research*, que pude consultar na biblioteca do Instituto Câmara Pestana, vem o estudo comparado de 19 produtos diferentes de antimónio e estudos sobre a ureia-estibamina, muito reclamada pela rapidez de esterilização, dentro de 10 dias e até menos. Mandámos vir empôlas que ensaiámos num caso, que passados 20 dias não estava esterilizado, por outro lado saíram pelo preço proibitivo de 60.000 cada, o que nos impede de continuar o seu ensaio. O estibosan e neo-estibosan, a-pesar-de poucos casos, têm mostrado serem óptimos preparados, sendo na realidade considerados por muitos como os melhores preparados orgânicos do antimónio e superiores ao tártaro de potássio ou ao de sódio. Para o estibenil já não direi o mesmo. No trabalho que apresentei ao I Congresso de Medicina Tropical, reunido em Luanda em 1914, eu apresentava para o tártaro 5 mortes em 8 doentes (51,25 % de mortes), e para o estibenil 7 casos com 6 mortes e um agravamento. Na estatística que Leite Lage amavelmente me cedeu de casos desde 1915 a 1927, dá para o tártaro 25 % de melhoras e 75 % de mortes; juntando mais 2 casos de 1928 seguidos de cura, as mortes descem a 66,66 %. Juntando aos 170 casos (em que entram alguns depois de 1927, do serviço de Leite Lage, coligidos dos boletins clínicos, na Repartição de Estatística de S. José), mais 36 casos amavelmente cedidos com todos os pormenores da estatística do meu antigo chefe de clínica Dr. Leite Lage, correspondentes aos anos de 1915 a 1927 (cujas análises de resto foram também feitas no laboratório da clínica de pediatria), fica este estudo baseado em 206 casos dos quais temos de eliminar, para efeitos de cálculos, 25 que foram vistos só uma vez. Para avaliar a eficácia de cada medicamento, teremos de os agrupar: assim pelo tartaro foram tratados 89 doentes, dos quais 5 abandonaram o tratamento sem se poder prever o resultado se fôsse seguido, fica-nos 84 com um agravamento, 26 mortes e 57 curas, ou seja 67,7 %.

Pelo estibenil tenho 19 casos pessoais e mais 1, das observações enviadas de fora, com uma percentagem de curas de 33,3 %. Nos casos que me foram fornecidos por Dr. Leite Lage, dos quais 20 foram tratados pelo estibenil, o resultado é mais favorável, e, juntando curas e melhoras, os resultados favoráveis são de 40 %; pioras de 10 % e mortes de 50 % (e que não seria

exagêro juntar elevando os resultados maus a 60 %); Somando os meus aos do Dr. Leite Lage, teremos 36,5 % de curas com êste remédio.

Para o estibenil não há grandes oscilações na estatística de agora e nos casos passados. Mas como é que da mortalidade de 66,5 % pelo tártaro de Leite Lage, ou mesmo a de 51,25 de um trabalho que publiquei em 1923, e que me levava a esplenectomizar mais doentes, se passa para 67,7 % de curas?!

Até essa ocasião eu empregava empôlas de soluto de tártaro que estavam em *stock*, e, pelo afastado dos casos, resultava que nunca eram recentes.

Comecei, depois da observação 57, a pesar no laboratório o tártaro em pó e fazer o soluto na ocasião de injectar e os resultados mudaram. Hoje o Hospital tem empôlas com o pó fechadas à lâmpada e pesadas.

A mortalidade até a observação 57 é de 66,6 %, como a de Leite Lage; daí por diante coligi 67 casos com 29,8 % de mortes e 70,2 % de curas pelo tártaro dissolvido em sôro fisiológico na ocasião de injectar.

Assim sou levado a concluir pela superioridade do tártaro recente, com 70 % de curas sôbre o estibenil com 36,5 %. A insuficiência do estibenil é perfilhada por outros, como Benavente, que em uma pequena série não obteve cura alguma, e a melhor estatística de que tenho conhecimento não vai além de 56 %. Este preparado foi o primeiro preparado de antimônio da série orgânica, e foi obtido nos laboratórios da Campbell Med. School, de Calcutá, com o nome de estibacetina ou estibenil, e, como diz Brahmachky, foi empregado com sucesso vário fora da Índia, onde foi em breve substituído por outros, e não tendo suplantado o tratamento pelo hemético de potássio ou sódio que continuou a ser usado. O estibosan (Heyden) e o neo-estibosan (Merck) são considerados como os melhores preparados orgânicos de antimônio (com ressalva da urea-estibamina?). Em longas estatísticas na Índia, Napier e George dão para o estibosan médias de curas entre 85 % e 89,4 %. Pude coligir 10 casos com 2 mortes e 80 % de curas. Infelizmente, porém, em alguns quando faltava o remédio deu-se tártaro, mas como a percentagem de curas é superior às obtidas com o tártaro, o número de 80 % deve ser considerado como seguro. Dos 4 casos que ocorreram no Pôrto, 3 foram

tratados pelo neo-estibosan, curando-se, o que, se com a devida vénia do Prof. Garrett as incluisse, elevaria a percentagem de curas a 11 em 13 casos, ou seja 84 0/0.

¿Como e por quanto tempo deve ser feito o tratamento? Sempre que possível, por injeção intravenosa, mais activa do que a muscular ou subcutânea, e com o tártaro isso é obrigatório pois que é irritante e as injeções intramusculares produzem dor e sintomas inflamatórios locais, como é sabido e pude verificar nalguns raros casos em que a êsse expediente fui obrigado; empregando soluções a 1.200 ou 1.300, e aplicando logo a seguir pensos quentes, consegue-se atenuar em parte êste inconveniente. Nas crianças na maioria dos casos é mais fácil injectar na jugular externa, conservando a criança com a cabeça pendente da mesa, sôbre a qual está deitada de lado, do que no sangradouro, que deverá ser preferido nos casos possíveis, isto porque uma gota que saia da veia produz com facilidade um abcesso, como todos apontam e temos casos, podendo mesmo a veia trombosar, e, a haver êste contratempo, de certo será preferível que não seja na jugular externa. O estibenil, o estibosan e neo-estibosan, se com vantagem são empregados intravenosos, podem contudo ser empregados em injeções subcutâneas ou intramusculares sem grande dor nem reacção.

Castellani também emprega o tártaro *per os* conquanto considere de fraco valor. Também o tártaro tem sido dado em clister; empregámo-lo em alguns casos, mas sem ver nítido resultado; em todo o caso é um recurso, que poderá ser aproveitado.

Panoyotalou dá clisteres de 4 c. c. de soluto a 2,5 por mil (ou seja 0,01 cent.) em dias alternados. Nos nossos casos dávamos em regra 0,05, em próximamente 30 a 50 c. c. de sôro. A informação que se segue do Dr. Vicente Silva é favorável; assim escrevia-me êle em 7/5º/30: «Trata-se de um novo caso de kala-azar suspeito, e a confirmar-se é êste o 6.º que encontro neste conceelho. Um dos doentinhos tratados pelo tártaro em clister melhorou muitíssimo e tolera bem o medicamento. Não calcula a diferença que faz no estado geral (bom apetite, côres rosadas, aumento de pêso, ausência de febre, deminuição de baço); isto levou a família a descurar o tratamento, e só devido à minha intervenção recomeçou».

Costumo empregar as injeções de tártaro dissolvendo êste

em sôro fisiológico, ficando o soluto a 1 0/0 até 2 0/0, e dando-as de 4 em 4 dias. Há quem as dê alternadas, há quem as dê em dias seguidos e em largos estudos feitos pela Comissão Indiana se mostra que não há sensível diferença de resultados, porém estudando a acumulação e eliminação do antimónio, ficou estabelecido que êste período de 4 dias garante contra o risco de acumulação. Costumo empregar doses crescentes, começando em 0,01 centig. e chegando a 0,06 e 0,08, segundo a tolerância. Se aparecem logo a seguir às injecções tosse ou vômitos, é prudente não elevar as doses e espaçá-las: é de resto o que faço para doses mais elevadas que espaço de semana. Em todo o caso, há observações como a de Nery da Costa, de que falarei, em que a cura se obteve com doses fracas e largamente espaçadas. Nos casos por mim próprio tratados no fim de 8 injecções (pouco mais ou menos um mês de tratamento) costumo puncionar o baço (que nalguns casos pode já não ter Leishmanias, e nos outros o aspecto em desagregação, e maior escassez), e analisar o sangue periférico; a pesquisa apenas dos glóbulos brancos, embora de grande valor, só por si pode induzir em êrro, porque o doente em regra esteriliza-se antes que o seu sangue adquira uma composição citológica próximo da normal.

Pode-se em regra admitir que a cura se obtém ao mesmo tempo que os glóbulos brancos sobem de número, mas deve-se acentuar que a esterilização se pode dar havendo ainda uma leucopenia, embora menor do que a inicial.

OBSERVAÇÃO 84. — Joaquim, 2 anos, em 8-VI-925 Leishmanias no puncionamento do baço. Sangue periférico:

Hemoglobina .....	30
Glóbulos rubros.....	1.700.000
Leucócitos .....	3.000
(Deixemos a fórmula).	

Faz 9 injecções de tártaro num total de 0,225. Em 21-VII-925, a punção do baço não revelou Leishmanias. Sangue periférico:

Hemoglobina .....	52
Hematias .....	2.800.000
Leucócitos.....	5.800

Esta última análise poderia bem ser de um kala-azar em evolução; não fez mais tratamento e, visto em 11-VIII, a hemoglobina tinha subido a 63 (Shali) e com bom estado geral. Como esta há outras em que sem a punção do baço poderíamos ser levados a um excesso de tratamento.

Mas ainda outra particularidade se nota em algumas observações e que consiste em com o tratamento haver inicialmente um agravamento da leucopenia, que não deve ser logo tomada como de resistência ao tártaro, visto que em novas análises espaçadas ela dá lugar à ascensão gradual dos leucócitos.

OBSERVAÇÃO 64. — Modesto, 1 ano. Caso grave de kala-azar com ascite e grande esplenomegalia. Em 11-IV-924 Leishmanias no puncionamento do baço. Sangue periférico :

Hemoglobina .....	29
Hematias .....	2.900.000
Leucócitos .....	6.000
(Deixemos a fórmula).	

Depois de um mês de tratamento tem melhor aspecto, e o apetite voltou-lhe. Em 15-VIII-924:

Hemoglobina .....	40
Hematias .....	2.360.000
Leucócitos .....	5.000

Continua com o tártaro; e a hemoglobina em 27-VIII tinha subido a 45. Em 5-IX a hemoglobina atinge 56, com baço mais reduzido, mais gordo, e bom aspecto. Em 12-IX a punção do baço não revelou Leishmanias, suspendendo-se o tratamento depois de 12 injeções num total de 0,37 centigramas. Visto em 4-II, com aspecto normal:

Hemoglobina .....	69
Hematias .....	2.640.000
Leucócitos .....	11.800

Ainda esta outra observação, mais provativa.

OBSERVAÇÃO 3. — Miguel, 26 meses. Em 26-IV-920 Leishmanias à punção do baço.

Hemoglobina .....	35
Hematias .....	1.600.000
Leucócitos .....	4.000
(Deixemos a fórmula).	

Depois de 15 dias de tártaro, em 10-V-929:

Hemoglobina .....	38
Hematias .....	2.210.000
Leucócitos .....	2.100

Em 18-VI já se não encontram Leishmanias:

Hemoglobina .....	65
Hematias .....	3.960.000
Leucócitos ..	9.500

Nestas duas análises, sobretudo a primeira em que no fim de 1 mês estava com a leucopenia agravada, a insistência no tratamento com esperança, resultou numa subida da hemoglobina, em outra na das hematias; assim, a não puncionar o baço preferível é uma análise completa, e não apenas leucocitária. Numa outra observação em que a 2.<sup>a</sup> análise foi feita depois de 3 injeções de tártaro, os glóbulos brancos tinham baixado de 6.400 para 3.500. Esta queda inicial tem sido também apontada por outros observadores.

Algumas outras mais podia citar, mas em todas elas que seguiram bem, ao passo que os leucócitos desciam na 1.<sup>a</sup> análise, ou a hemoglobina, ou as hematias, ou ambos apresentavam valores mais animadores. Ainda como observação única há a que se segue, em que, não havendo inicialmente leucopenia, os leucócitos contudo desceram, mas mantendo-se em média elevada, e a melhora foi dada pela hemoglobina e hematias.

OBSERVAÇÃO 93.— Ricardo, 19 meses. Doente há 5 meses, anemia com baço grande. Em 14-II-927 Leishmanias no puncionado do baço.

Hemoglobina .....	40
Hematias .....	2.520.000
Leucócitos.....	13.400

Faz tratamento pelo tártaro, melhorando rapidamente de aspecto. Em 8-IV-927 já não tinha Leishmanias.

Hemoglobina .....	80
Hematias .....	4.000.000
Leucócitos .....	13.000

Assim, se julgo de boa prática não limitar a análise aos leucócitos, devo em todo o caso acentuar que a regra é a melhora ser acompanhada da gradual ascensão destes; em 8 observações apenas pude ver a descida temporária dos leucócitos, que depois subiam se o caso ia a bom caminho.

Perante um estado anémico, poder-se-ia supor que melhor indicação fôsse dada pela análise da hemoglobina e hematias, mas aqui ainda há maior disparidade e muitas são as observações em que a esterilização foi obtida, mantendo-se a anemia. Escolho duas das mais flagrantes.

OBSERVAÇÃO 72. — Jaime, 17 meses, doente há três semanas. Visto em 2-I-925, Leishmanias no baço.

Hemoglobina .....	37
Hematias.....	2.100.000
Leucócitos.....	3.200

Faz 9 injeções de tártaro na dose total de 0,25; em 3-II nova análise. Ausência de Leishmanias (esterilizado em 1 mês).

Hemoglobina .....	51
Hematias ... ..	3.050.000
Leucócitos.....	11.200

Volta 15 dias depois de suspenso o tratamento com pior aspecto. Ausência de Leishmanias.

Hemoglobina .....	32
Hematias .....	2.200.000
Leucócitos.....	18.000

A leucocitose progressiva fez com que não duvidasse da pesquisa negativa da Leishmania; não fiz mais tártaro (o que pareceria indicado) e prescrevi um preparado de ferro; tempos depois tive informação de que se encontrava perfeitamente bem na terra (Alhandra).

OBSERVAÇÃO 74. — Natália, de Alverca. Em 3-II-925 Leishmanias no baço;

Hemoglobina .....	41
Hematias .....	2.650.000
Leucócitos .....	6.600



## 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*

”

# 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).*

**Insustituivel como alimento nos casos de intolerân-  
cias gástricas e afecções 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<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

LISBOA MÉDICA

# Prokliman

"Ciba"

Associação racional de hormonio ovariano e de substancias sedativas descongestivas e reguladoras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos transtornos da

# Menopausa

Amostras e literatura:

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



Faz tártaro intravenoso. Em 1-III-925 Leishmanias no baço.

Hemoglobina .....	35
Hematias .....	2.340.000
Leucócitos .....	8.700

Em 27-III-925 nova punção não revelou Leishmanias, mas o mau aspecto da criança levou a darem-lhe mais tártaro, que foi suspenso em 17-IV por aparecerem edemas, sem albuminúria.

Hemoglobina .....	37
Hematias .....	2.460.000
Leucócitos .....	12.800

Depois de três semanas de paragem com todo o tratamento à vista em 8-V-925:

Hemoglobina .....	50
Hematias .....	3.540.000
Leucócitos.....	11.600

Em 25-V a hemoglobina é 51. Prescreve-se protoxalato de ferro, uma semana depois (!), em 3-VI-925:

Hemoglobina .....	65
Hematias .....	5.560.000
Leucócitos.....	11.200

Vista dois anos depois, 10-V-927, ótimo estado geral que dispensava análises.

Nestas duas observações é de interêsse a inutilidade manifesta do tártaro depois da esterilização, e a melhora rápida pelo ferro do estado anémico, sendo a indicação prognóstica favorável dada pela ascensão leucocitária. Não sendo, pois, rara a persistência da anemia depois da esterilização, podemos ajuizar como o clínico sem recursos de laboratório se verá embaraçado para marcar o fim do tratamento pelo tártaro.

A palidez mantém-se, a esplenomegalia retrocede lentamente, mantendo-se ainda a-pesar-de o caso esterilizado, e para o clínico o melhor indicador é a apirexia por um mês pelo menos, a volta de apetite e uma melhor disposição da criança com um nítido aspecto de melhora, embora a anemia não desaparecesse. É então aconselhável interromper o tratamento, prescrever arsénico e ferro ou só ferro, se há ainda anemia, e fazer voltar o doente a ser

observado passado um mês, ou imediatamente se a febre reaparecer. Em caso de cura definitiva, as melhoras terão progredido.

Mas havendo recursos de laboratório, suspender o tratamento unicamente fundado na leucocitose, e isto a pesar-de haver Leishmanias embora em desagregação é prática arriscada, pois que nem sempre a esterilização se dá a seguir, fiados em que ela resulta de alterações do meio que tornam a vida da Leishmania impossível, e não duma acção morbicida directa do antimónio sobre os parasitas, pois as recaídas são de reocar. Esta opinião é também a expressa por Brahmachky com a sua longa prática. Escreve êle: «Alguns observadores sustentam que pode haver parasitas no baço, mesmo com o doente clinicamente curado, e em alguns destes casos os parasitas desaparecem espontâneamente depois. É arriscado, contudo, parar o tratamento se ainda há parasitas, porque a possibilidade duma recaída persiste. É que casos insufficientemente tratados recaem com uma frequência que alguns avaliam em 10<sup>0</sup>%. Mas um tratamento intensivo e prolongado pode possivelmente prejudicar as probabilidades de cura em infecções de grave grau». Pela minha parte um caso por mim tratado, que no fim de mais de dois meses ainda revelava Leishmanias, a-pegar-de aparentemente melhor, faleceu por um excesso de tratamento, depois duma injeccção de 0,08 centigrs., e tendo já um total de 0,60. Fez vômitos pé de café, fluxo pulmonar com febre e faleceu 40 horas depois da injeccção, sem remissão de sofrimento. Neste caso eu deveria ter suspenso temporariamente o tratamento, e recommençá-lo 2 ou 3 semanas depois, se a esterilização espontânea se não tivesse dado.

Como recaídas, além da observação 81 já citada, e em que a leucopenia persistente de 4.200 devia ter pôsto de sobreaviso, citarei a observação 129 em que tal critério induzia-nos em êrro,

OBSERVAÇÃO 129. — América, 6 anos, vista em 17-XII-929, com Leishmanias no puncionado do baço:

Hemoglobina.....	60
Hemátias.....	3.500.000
Leucócitos.....	1.800

Fórmula:

Leucócitos.....	42 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Monócitos.....	12 "

Mielócitos. ....	1 0/0
Metamielócitos. ....	2 »
Basófilos .....	1 »

Faz tratamento pelo tártaro. Em 7-II baço muito reduzido, puncionando-se o fígado, que não revelou Leishmanias.

Hemoglobina .....	68
Hematias .....	3.400.000
Leucócitos ..	5.200

Fórmula:

Linfócitos .....	34 0/0
Monócitos .....	3 »
Neutrófilos. ....	57 »
Mielócitos .....	2 »
Metamielócitos .....	5 »

Em 19-III-930 faz-se nova análise que deu:

Hemoglobina .....	65
Hematias. ....	3.100.000
Leucócitos .....	1.800

Fórmula:

Linfócitos .....	29 0/0
Monócitos .....	11 »
Neutrófilos .....	52 »

A queda brusca dos glóbulos brancos fez com que se dessem mais 4 injeções de tártaro. Em 9-IV não se encontram Leishmanias.

Hemoglobina .....	65
Hematias .....	3.200.000
Leucócitos ..	6.600

Fórmula:

Linfócitos .....	34 0/0
Monócitos. ....	8 »
Neutrófilos. ....	57 »
Basófilos .....	1 »

Para-se com o tártaro e dá-se ferro, arsénico e U. V. Um mês depois:

Hemoglobina .....	70
Hematias .....	3.400.000
Leucócitos. ....	4.600

## Fórmula:

Linfócitos .....	35 %
Monócitos .....	8 »
Neutrófilos.....	57 »

Em vista da leucopenia mais agravada, faz-se nova punção ao baço: negativa. Continua com o mesmo tratamento, sem tártaro. Em 30-VI:

Hemoglobina .....	90
Hematias .....	4 300.000
Leucócitos .....	7.000

## Fórmula:

Linfócitos .....	40 %
Monócitos .....	7 »
Neutrófilos .....	52 »
Eosinófilos .....	1 »
Basófilos.....	1 »

É considerada curada. Vista em 8-XII-930. Magnífico aspecto.

Hemoglobina .....	85
Hematias .....	4.200.000
Leucócitos .....	6.400

Como vemos, a-pesar-da cura perfeita ainda há leucopenia, e não podemos afirmar que quando ela caiu a 1.800, sem Leishmanias no fígado, na realidade já estaria esterilizado ou se necessitava das mais 4 injeções que levou. Também aqui se mostra o valor da medicação adjuvante.

Citarei ainda uma outra observação de Leite Lage, que, se não fôsse o curto prazo de 3 meses, mais pareceria uma nova infecção, tão completa aparentava a cura.

OBSERVAÇÃO 96. — Maria Costa, vista a primeira vez pelo Dr. Leite Lage em 11-IX-926, com kala-azar confirmada por punção do baço.

Hemoglobina .....	33
Hematias.....	2.140.000
Leucócitos .....	4.200

## Fórmula:

Linfócitos .....	53 %
Neutrófilos .....	1 »



J. Souza

**Togal**

ANTINEVRÁLGICO  
ANTIPIRÉTICO  
ANTIREVMÁTICO

# COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de  
Ácido acétil salicílico, de quinino e de litio  
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 Registrada

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

Pedir amostras medicas



Faz 20 injeccões de estibenil, ficando curada (18-XII-1926).

Hemoglobina .....	72
Hematias .....	4.056.000
Leucócitos .....	8.900

Fórmula:

Linfócitos ... ..	53 %
Monócitos .....	1 »
Neutrófilos .. .	29 »
Metamielócitos .....	3 »
Eosinófilos .....	3 »
Normoblastos .....	8 »

Em 18-III-1927 volta com recaída, Leishmanias no puncionado do baço:

Hemoglobina .. .	64
Hematias .....	4.000
Leucócitos .....	4.000

Fórmula:

Linfócitos .....	78 %
Neutrófilos .....	16 »
Mielócitos .....	4 »
Metamielócitos .....	2 »

Volta a ser tratada pelo Dr. Leite Lage pelo estibenil. Em 15-VII:

Hemoglobina .....	40
Hematias .....	2.480.000
Leucócitos .....	9.000

(Deixemos a fórmula).

Sempre em uso de estibanil. Em 20-VI muito pior:

Hemoglobina .....	40
Hematias .....	2.840.000
Leucócitos .....	2.600

Em 12-VII:

Hemoglobina .....	44
Hematias .....	2.840.000
Leucócitos .....	2.400

Depois de 7 meses de estibenil, ainda tem Leishmanias no puncionado do baço (18-X-1927).

Hemoglobina.....	33
Hematias .....	1.320.000
Leucócitos .....	3.600

Fórmula:

Linfócitos .....	66 %
Monócitos .....	3 »
Neutrófilos .....	30 »
Mielócitos .....	1 »

Tempo de coagulação: 11. Tempo de hemorragia: 8/30//.

Entrou para o meu serviço para ser esplenectomizada, como estibio resistente (depois veremos o seguimento).

O interêsse desta observação está ainda na maneira absolutamente diferente como reagiu da 2.<sup>a</sup> vez ao estibenil. Devo aqui notar que quando um doente se mostra resistente a um preparado de antimónio, por vezes mudando para outro deixa de oferecer resistência, sendo a antimónio resistência apenas relativa.

Assim doentes com aspecto clínico de cura podem recair, e por outro lado doentes aparentemente em evolução param o tratamento e passado tempo estão bem. É interessante a observação que me foi cedida pelo Dr. Nery da Costa da consulta externa do Hospital de Moura.

Manuel P. G.—Em 22-II-1926 Leishmanias na punção do baço em grande quantidade (exame feito no laboratório daquele hospital).

Em 23-II injecção na jugular externa de 0,005 de tártaro; em 27, segunda injecção de 0,01. Em 3-III novamente 0,01; em 13, quarta injecção de 0,01; em 23, 0,01. Em 2 de abril 6.<sup>a</sup> injecção de 0,015; em 7, 0,015; em 14, 0,015; em 21, 9.<sup>a</sup> injecção de 0,02; em 28, 0,02. Em 2 de maio última injecção (11.<sup>a</sup>) de 0,02 por o doente ter abandonado a consulta. No boletim está escrito: «Durante o tratamento poucas melhoras teve. Soube depois que estava completamente curado».

Já atrás apontei êste caso como mostrando a possibilidade de cura com pequenas doses e espaçadas (total 0,15).

¿ Não haverá meio de prever estes resultados? Já vimos que

de grande importância é a contagem dos leucócitos, mas já vimos que isso pode falhar.

¿ Quando é que um caso caminhará para a cura, a despeito de suspensão do tratamento; quando é que uma recaída é fatal dar-se? Aqui podemos apenas citar os interessantes estudos de Short sobre refractometria do sangue, pois que, sendo êsses trabalhos publicados em Dezembro de 1928 em jornal, não só são relativamente recentes, e ainda por assim dizer em ensaio, como dêles não tivemos conhecimento a tempo para os poder empregar no nosso trabalho de casos até fim de 1930. No kala-azar há queda total das proteínas do *serum*, mas com inversão da relação globulina-serina; isto é, a globulina é em quantidade superior à serina. Com o tratamento antimonial, e fôsse qual fôsse o preparado, a globulina começava a descer e a serina a subir, de modo que pelo 10.<sup>o</sup> dia, pouco mais ou menos, cruzavam-se os valores passando a serina a ser mais do que a globulina, e essa ascensão da serina e descida da globulina acentuava-se gradual e lentamente de modo que, pouco mais ou menos no fim de 30 dias, a relação globulina-serina era a normal: casos em que, suspenso o tratamento, a tendência à normalização da relação caminhava, êsses casos curavam-se; casos em que, a despeito do tratamento, ou julgados bons, esta tendência à normalidade se perdia descendo de novo a serina e subindo a globulina, recaíam; nos casos de cura arrastada não havia a tendência à inversão voltar, mas a relação normal só se obtinha muito depois dos 30 dias. Com estes estudos pretende o A. evitar um tratamento quer excessivo quer insuficiente. A confirmarem-se serão de grande valor no tratamento científico do kala-azar... Infelizmente o refractrómetro é um aparelho de laboratório bem montado, e não de consultório de clínico.

O A. estudou ainda as oscilações da pseudo globulina e da endoglobulina, mas isso ainda é mais complicado. A reacção do gell-formol de que falei é dependente ou de excesso de globulina ou de uma globulina especial, pode para o A. ter valor prognóstico, e nos casos bons no fim de 120 dias desaparece. Os AA. consideram casos que antes do tratamento não dão uma reacção do formol nítida, como sujeitos a recaídas; pois que em 255 com 18 recaídas, 13 dêstes tinham dado fraca reacção ao gell-formol (Lloyd, Napier & Paul).

## FÍSIO-PATOLOGIA

Duas ideias ocorrem logo para explicar a queda dos glóbulos rubros e anemia: uma é a da destruição direta da hematia pela *Leishmania*, mas esta no kala-azar das crianças não penetra no glóbulo rubro; a outra seria a lisa dos glóbulos devida a produtos segregados pelo parasita, mas a ideia de hemólise exagerada opõe-se o facto de o sôro sanguíneo (pelo menos nos poucos casos que verificámos) não apresentar a côr mais ou menos amarelo-ouro e não termos visto urobilina quando algumas análises de urina têm sido feitas. A resistência globular com frequência está um tanto diminuída, o que será por provável influência do parasita, mas não a produzir uma hemólise espontânea. Por outro lado há a leucopenia, e o estudo anátomo-patológico mostra que o parasita invade o retículo endotelial, sobretudo do baço que sofre um intenso processo de hipertrofia, e que nas células não destruídas há-de acarretar uma hiperfunção (irritação formadora e funcional de Wirchow), a qual se manifestará por uma maior destruição de glóbulos, facilitada ainda por uma circulação mais difícil num baço em megália, dificuldade bem patente em sinais de embaraço Portal (veias dilatadas da parede, ligeira ascite). Foi esta a interpretação que sempre dei, e que em trabalhos vários já expus, que é confirmada pelas esplenectomias.

Devo lembrar que as primeiras que executei foram na era antes de tártaro emético, e que portanto estávamos desarmados no tratamento destes doentes, obtendo curas clínicas e esterilização hoje explicável, e vendo, a-pesar-da persistência dos parasitas, no fim de 5 e 8 meses a hemoglobina manter-se a 70, as hemátias na casa de mais de 3.500.000 e sem leucopenia, mostrando bem assim que o parasita e quadro hematológico de kala-azar não estão em directa dependência, mas sim por um factor intermédio, que eliminado anula os efeitos do parasita: — o baço em hiperfunção. Depois continuei fazendo esplenectomias, porque o estibenil nada me deu, e o tártaro não recente dava-me 66,6 % de mortalidade, enquanto que com a esplenectomia eu obtinha 57 % de resultados favoráveis (sendo 28,5 % de esterilizações, e 28,5 % de curas clínicas) (*La esplenectomie dans le kala-azar infantile*. Premier congrès de Med. Trep. — Luanda 1924).

Estas afirmações não estão em desacôrdo com os dados da

anatomia patológica, pois se é certo que entre os estudos de Emilio Franco, com casos portugueses, e os de outros autores não há absoluta concordância, pelo que se refere a êste ponto de exagerada destruição de hematias, e levando em conta o pigmento que se libera, ao passo que Dianise, Severino, Jemma, Di Cristiana, etc. (citados por Franco) viram abundância de pigmento resultante da lise dos glóbulos rubros, Franco não a reconheceu mas encontrou múltiplos e pequenos blocos ialinos que seriam o resultado da congutinação das hematias, que se destruíam assim em vez de serem lisadas. Mas, noutro ponto do seu trabalho diz claramente «Estas células endoteliais do *reticulo esplenico* e os seus derivados monocíticos, têm sempre esquisita propriedade fagocitária para a *Leishmania*, e mesmo para os elementos celulares, maduros e imaduros, da série hemoglobínica e das plaquetas»... Quere dizer, embora por mecanismos diversos os anátomo-patologista confirmam o exagêro da destruição das hematias no baço, como eu previra.

Não podia, pois, deixar de propor esta intervenção com largueza. Depois foi que comecei com o uso do tártaro recente, e ja vimos os resultados, de modo que as conclusões que apresentei se modificaram, e as indicações da esplenectomia restringiram-se muito, mas existem, e é isso que eu preciso acentuar: hoje não esplenectomizo qualquer kala-azar para obter a cura, mas há casos que só a esplenectomia pode curar; êsses casos são os tártaro-resistentes, que a despeito do tratamento vão sempre de mal para pior, são aqueles que esterilizados mantêm uma anemia rebelde e grave com leucopenia, («*Les ressources de la splenectomie*». *Arch. de Méd. des Enfants*, N.º 8, 1930) e ainda em um caso arrastado, que hematologicamente não imporia a intervenção, mas que, repercutindo sôbre o fígado, ameaçava acarretar lesões irremediáveis.

Aqui segui o conselho prudente de Weill, que disse numa sociedade médica: «Um baço em esplenomegalia acaba sempre por se tornar nocivo». Para rematar: ¿como finalmente posso eu definir, em meu conceito, físiopatologicamente o kala-azar? Defino como: infecção generalizada leishmânica, com sistematização reticulo-endotelial, e neste a predominância esplénica. Eu julgo que êste conceito ainda explica dois factos frequentes nesta doença: um é a evidência com que estes doentes, a-pesar-da gravidade do

seu mal, estão longe de apresentar a magreza (desidratação) dos atrépsicos; outro é a frequência com que, com ou sem tratamento, apresentam edemas sem sinal de lesão renal; a influência do sistema reticular na fixação da água (regulação do equilíbrio hídrico) é hoje sobejamente reconhecida. Citarei a observação de um doente.

OBSERVAÇÃO 161. — Humberto, ano e meio, doente que me foi enviado como estíbio-resistente; fazendo por duas vezes a punção do baço, em ambas elas foi negativa a pesquisa, mas a análise de sangue periférico deu em 25-II-930:

Hemoglobina .....	35
Hematias .....	1.900.000
Leucócitos .....	9.000

(Fórmula sem linfocitose) Resistência globular: 0,30-0,35.

A ausência de leucopenia e de linfocitose acentuada (42 % linfócitos, deve ser considerada ligeira linfocitose ao 1 1/2 ano), fizeram com que admitisse a esterilização dada pelas punções. A criança, a-pesar-de hipotrófica, mantém ainda um certo arredondado de formas, sem o *facies* de atrépsica.

A criança tem tosse e fervores pulmonares dispersos, mas a cuti-reacção foi negativa, e uma radiografia de tórax normal. Estas análises foram feitas com o fim de excluir a T. P., e esplenectomizar a criança, por causa da sua anemia grave, e não como tártaro resistente à esterilização.

O estado do aparelho pulmonar e a tosse persistente fizeram que adiasse a intervenção esperando uma acalmia; prescrevi protoxalato de ferro, injeções de cocadilato de sódio, um preparado de suco de carne e raios U. V.

Em 11-XII nova análise de sangue dando valores que se podem considerar iguais.

Hemoglobina .....	35
Hematias.....	1.850.000
Leucócitos.....	8.000

(41 % de linfócitos).

O baço estava mais reduzido de volume; a criança, porém, começa a emmagrecer por desidratação, isto depois de fazer edemas dos membros inferiores, sem nada de anormal nas urinas, e adquire em poucos dias a magreza característica dos atrépsicos, com a face escaveirada, desaparecimento da bola de Bichat e malares descarnados, falecendo. Na autópsia reconheceu-se uma pequena esplenomegalia, nada de lesões tuberculosas, mas focos dispersos de bronco-pneumonia.

Assim vemos um doente que, a-pesar-de esterilizado, não consegue o equilíbrio da hemoglobina e hematias, e que em contrário de outros casos nada obedece ao ferro, arsénio e U. V., e que,

tendo mantido na fase de infecção parasitária uma certa fixação de líquidos, vê exactamente depois, e quando o baço já quasi em completa regressão, uma desidratação brusca (sem que houvesse diarreias). ; Ter-se-ia salvo este doente se, a despeito do catarro pulmonar (que se foi sempre agravando), o tivesse esplenectomizado? Não o posso afirmar, mas do que a esplenetomia é capaz em casos desesperados provam-no as observações que seguem:

OBSERVAÇÃO 96 (continuação). É me entregue para esplenectomizar.

É preparada por alguns dias com cloreto de cálcio, e no dia da operação sôro de cavalo; a análise, feita justamente antes de ser operada, dá:

Hemoglobina.....	33
Hematias.....	1.400.000
Leucócitos.....	6.200

Fórmula:

Linfócitos.....	80 %
Monócitos.....	3 »
Neutrófilos.....	17 »

Esplenectomizada (3-II-927):

Baço pesando 400 grs.

48 horas depois da intervenção:

Hemoglobina.....	38
Hematias.....	2.100.000
Leucócitos.....	12.000

Fórmula:

Linfócitos.....	31,5 %
Monócitos.....	0,5 »
Neutrófilos.....	61,5 »
Mielócitos.....	2,5 »
Metamielócitos.....	0,5 »
Eosinófilos.....	0,5 »

Contaram-se, além disso, na lâmina 68 normoblastos e 13 formas da série vermelha mais embrionária (pre-eritroblastos, eritroblastos).

Em 12-II, isto é, a 10 dias de operado:

Hemoglobina.....	47
Hematias.....	3.000.000
Leucócitos.....	24.200

Em 23-II-927 (20 dias depois de operado):

Hemoglobina .....	5g
Hematias .....	3.000.000
Leucócitos ....	18.000

Fórmula:

Linfócitos .....	58 %
Monócitos .....	8 »
Neutrófilos .....	3g »
Mielócitos .....	1 »
Metamielócitos.....	1 »
Eosinófilos.....	1 »

(Contam-se 17 normoblastos).

Em 26-II tem alta, clinicamente curada, mas ainda com Leishmanias. Voltou a ser vista em 14-XII-927 de aspecto perfeitamente normal, com saúde.

OBSERVAÇÃO 108. — Horácio, 8 anos, tratado infrutivamente durante 7 meses com vários preparados antimoniais, mantendo sempre a leucopenia e a anemia, e com sinais pulmonares suspeitos.

Em 23-X-928, quando iniciou o tratamento, tinha: leucócitos, 2.600 (deixemos as fórmulas). Em 2-II: leucócitos, 6.000; em 16-II, 2.800; profundamente anemiado.

Em 6-II-929:

Hemoglobina .....	30
Hematias .....	1.400.000
Leucócitos.....	6.400

(37 % de linfócitos contra 58 % de neutrófilos).

Faz várias injecções de sangue materno, sem resultado.

Em 19-II-929:

Hemoglobina .....	31
Hematias.....	1.400.000
Leucócitos .....	3.600

(Linfócitos 65 %, contra neutrófilos 31 %).

Em 3-IV ainda tinha Leishmanias. Em 12-IV:

Hemoglobina .....	30
Hematias .....	1.100.000
Leucócitos .....	2.800

(59 % de linfócitos; 32 % de neutrófilos).



O meu assistente, Dr. Castro Freire, que tratava o pequenito com toda a sua competência e meticoloso cuidado habitual, acabou por me entregar o caso, já fora dos recursos médicos.

Exposta à mãe a gravidade do caso e os perigos da intervenção como último recurso, ela acedeu a que tudo se fizesse. É de notar que a criança, bastante inteligente, percebia a gravidade do seu estado, mas como sofria muito com dores (havia peri-esplenite), ansiava ser operada porque não podia sofrer mais. Assim, foi absolutamente calma que foi para a mesa de operações, tendo sido raqui-anestesiada, e queixando-se na ocasião de descolar as aderências do baço, mas suportando muito bem toda a operação.

A análise imediatamente feita antes da operação deu:

Hemoglobina .....	34
Hematias .....	1.300.000
Leucócitos.....	2.800

Oito dias depois de operado (7-VI-929):

Hemoglobina .....	50
Hematias.....	2.800.000
Leucócitos.....	7.000

Em 11-VI:

Hemoglobina .....	57
Hematias.....	2.600.000
Leucócitos .....	13.400

Vinte e oito dias depois da operação:

Hemoglobina .....	75 (Shali)
Hematias.....	4.500.000
Leucócitos .....	11.600

Este doente tem sido visto depois mais vezes com um esplêndido aspecto, e ainda o foi muito recentemente.

Estas duas operações dispensam comentários às indicações que estabeleci, e apenas é a discutir se, chegado a este caso, será lícito por um exagêro de consciência deixar morrer o doente ou correr o risco de o ver morrer sobre a mesa de operações...

Quem se der ao incômodo de ler o meu trabalho *Les ressources de la splenectomie*, compreenderá que me não faltavam motivos para intervir a-pesar-de tudo.

A outra observação em que excutei a esplenectomia, com o fim de obviar a prejuizos futuros, que me pareciam inevitáveis, é a:

OBSERVAÇÃO 142. — Alfredo, 6 anos. Há 2 anos teve sarampo e bronco-pneumonia; é dessa época que faz partir a sua doença, sempre mais ou menos febril, ventre grande, sem ascite, mas com forte rêde venosa, baço bastante grande e duro, fígado 4 dedos abaixo do rebordo costal. A criança não tem côr anémica, mas sim terrosa. A primeira análise de sangue periférico afasta a idea de kala-azar (28-IV-30):

Hemoglobina .....	75
Hematias.....	4.400.000
Leucócitos.....	10.400

Fórmula:

Linfócitos .....	68 %
Monócitos .....	1 »
Metamielócitos.....	1 »
Neutrófilos .....	30 »

A-pesar-da análise, punciona-se o baço e reconhecem-se *Lleishmanias* Queixava-se de dores no baço. Faz tratamento pelo tártaro, sem que o estado geral melhore, e com um aspecto de astenia em desacôrdo com a hemoglobina que se mantinha a 75 e os glóbulos rubros em 4.000.000; leucócitos 6.200.

Êste é que deve ser na realidade o número dêles, porque esta análise foi feita em jejum, estando o doente hospitalizado, ao passo que a primeira tinha vindo ao laboratório depois da primeira refeição; dêste modo a leucocitose representaria certa insuficiência hepática de acôrdo com a observação. As *Leishmanias* mantêm-se, a hemoglobina sobe a 80; hematias 4.000.000; leucopenia agravada a 4.400 (28-VI-30); em 2-VII opera-se porque, a-pesar-da hemoglobina e hematias normais, a criança não apresenta nada o aspecto de melhora, mantendo a côr terrosa dos caquéticos por esplenomegalia, e baço e fígado dolorosos, aquele espontâneamente, êste à palpação. Os leucócitos sobem em 24 h. a 14.000, sem alteração da hemoglobina e hematias.

Em 14-VII-30 mais bem disposto; fígado parecendo menor e evidente atenuação da rêde venosa abdominal; não tem *Leishmanias* à punção do fígado.

Hemoglobina .....	88
Hematias .....	4.3000.000
Leucócitos .....	14.000

Tive ocasião de o ver recentemente com bom aspecto, com côr morena mas natural, bem disposto e sem nunca mais ter tido movimento febril. Êste doente tinha estado meses antes numa enfermaria de clínica.

¿ Seria êste um caso em via de cura espontânea? Sendo assim, seria interessante saber qual o futuro hepato-esplênico dêstes doentes arrastados,

## DISTRIBUIÇÃO DO KALA-AZAR EM PORTUGAL

*Ao norte do Tejo:* Lisboa e parte suburbana (Bemfica, Belém, Carnide, Chelas, Estrangeira-de-Cima, Estrada da Luz, Estrada de Sacavém, Poço do Bispo), Alhandra, Alverca, Azambuja, Amadora, Cacém, Oeiras, Estoril, Bucelas, Odivelas, Olivais, Vialonga, Alcanena, Tôrres Novas, Leiria, Alcanhões, Santarém, Arganil (1), Covilhã, Pêso da Régua, Rio Mau (Alto Douro) e Pôrto.

*Ao sul do Tejo:* Pragal, Sezimbra, Palmela, Moita, Alhos Vedros, Azeitão (Serra da Arrábida), Setúbal, Santa Susana (próximo de Alcácer), Montemor-o-Novo (arredores), Mora, Beja, Portalegre e Silves (?).

(Este doente disse que adoeceu em Lisboa, mas é freqüente em doentes vindos da província darem-se como moradores e adoecidos em Lisboa, com o fim de facilitar a entrada nos hospitais.

---

(1) Doente tratado em Coimbra pelo Prof. Dr. João Pôrto.

## OPERAÇÕES ESTÉTICAS DO NARIZ, SEM CICATRIZ EXTERIOR (1)

POR

CARLOS DE MELLO

Professor de Oto-rino-laringologia da Faculdade de Medicina de Lisboa

As operações plásticas da face têm por objectivo corrigir defeitos que nela existam, sejam êles congénitos ou adquiridos por trauma ou por doença.

Se um determinado número de deformações do nariz é congénito ou devido a perturbações de desenvolvimento, constituindo por vezes apanágio de raça (nariz judeu), a maioria é provocada por traumatismos ou por doença (deformações profissionais dos *boxeurs*, nariz em sela luético, etc.).

Pela sua situação proeminente a meio da face, o nariz é, sem dúvida, o órgão cujas deformidades, mesmo ligeiras, mais são capazes de alterar profundamente a expressão fisionómica: para comprovar esta afirmação basta lembrar que, no Carnaval, a aplicação de pequenas máscaras, cobrindo apenas o nariz, torna os seus portadores irreconhecíveis até para as pessoas que com êles habitualmente convivem.

Muitos defeitos do nariz estão associados a perturbações funcionais, podendo ser causa destas. Uma escoliose do dorso nasal acompanha-se geralmente de inflexões do septo e, por consequência, de obstrução nasal com tôdas as suas múltiplas complicações. Uma luxação acentuada do septo cartilágíneo, além de desviar a ponta do nariz, determina dificuldades respiratórias, pelo menos em uma das fossas nasais. Um nariz em sela, cujas narinas olhem para a frente, posto permita ampla passagem ao ar, impede êste de atingir a região olfatória, determinando, portanto, hiposmia ou anosmia.

---

(1) Comunicação apresentada ao Congresso Nacional de Medicina em 1928.

É evidente, pois, que as pessoas atingidas por deformidades do nariz se encontram muitas vezes em circunstâncias precárias de saúde e sempre em situação de inferioridade pelo que respeita às condições em que exercem a sua actividade profissional e social. Em todos os ramos da actividade humana em que se torne necessário o contacto com o público, ou em que haja situação de perponderância e de mando, uma deformidade do nariz pode dar origem aos mais graves dissabores ou mesmo cortar a carreira de criaturas, cujas qualidades de inteligência e de trabalho lhes dariam direito a ocupar lugares de destaque.

Vê-se pois — e era esta a afirmação que eu desejava pôr em evidência — que a esmagadora maioria dos deformados da face, que recorre ao cirurgião especialista para correcção dos seus defeitos, fá-lo levada não tanto por um sentimento de vaidade, aliás muito respeitável, mas principalmente por necessidade de se libertar de perturbações funcionais que prejudicam a saúde, e de defeitos que dificultam ganhar a vida ou exercer convenientemente os seus cargos sociais.

Vítimas, em geral, da curiosidade agressiva do público, quando não objecto de zombaria implacável, não admira que esta classe de doentes junte muitas vezes ao sofrimento físico o sofrimento moral, cuja acuidade pungente melhor se avalia com alguns exemplos. Um doente de Joseph dizia-lhe: «Si quelqu'un rit de mon nez, je suis nerveux, je vais tuer quelqu'un». Um outro, dotado de inteligência invulgar e director de uma grande empresa, operado por mim de um nariz em sela, tinha feito em segredo preparativos para suicidar-se no caso de a operação falhar. É, entre estes extremos, em que uma deformação do nariz pode ser a determinante de assassinio e de suicídio, alinha-se a enorme legião daqueles que sabem sofrer em silêncio.

\*

\* \*

É uso dividir em três grandes grupos as deformidades do nariz: o primeiro compreende os aumentos de volume; o segundo, os desvios do nariz da sua posição mediana; no terceiro, finalmente, cabem as deformações provocadas por destruição mais ou menos extensa do esqueleto ósteo-cartilágneo do nariz.

Tal classificação, como, de resto, quasi sempre succede, apenas possui valor didático: na prática, a maioria das deformações nasais apresenta caracteres que permitem a sua inclusão em mais de um grupo.

Em todos os casos que apresento e que comprehendem as mais importantes deformidades do nariz, a intervenção foi feita por via interna e, portanto, sem cicatriz aparente, segundo os métodos de Joseph, à parte pequenas modificações que a prática e o decurso do acto cirúrgico me têm aconselhado.

Com a apresentação dos resultados que tenho alcançado, bem arredada está do meu espírito a idea de que atingi a perfeição. Julgo-me no emtanto autorizado a esperar que, prosseguindo no melhoramento da minha técnica, poderei em outra ocasião mostrar casos em que a perfeição seja tocada de mais perto.



Fig. 1. — Antes da operação. Acentuada escoliose do dorso do nariz na parte cartilaginosa. Obstrução nasal por luxação e desvio do septo.



Fig. 2. — Depois de operado por via interna. Dorso do nariz quasi na linha média.



Fig. 3. — O mesmo doente de perfil antes de operado.



Fig. 4. — O mesmo doente de perfil depois de operado. Nota-se a posição da ponta do nariz obtida pela intervenção.

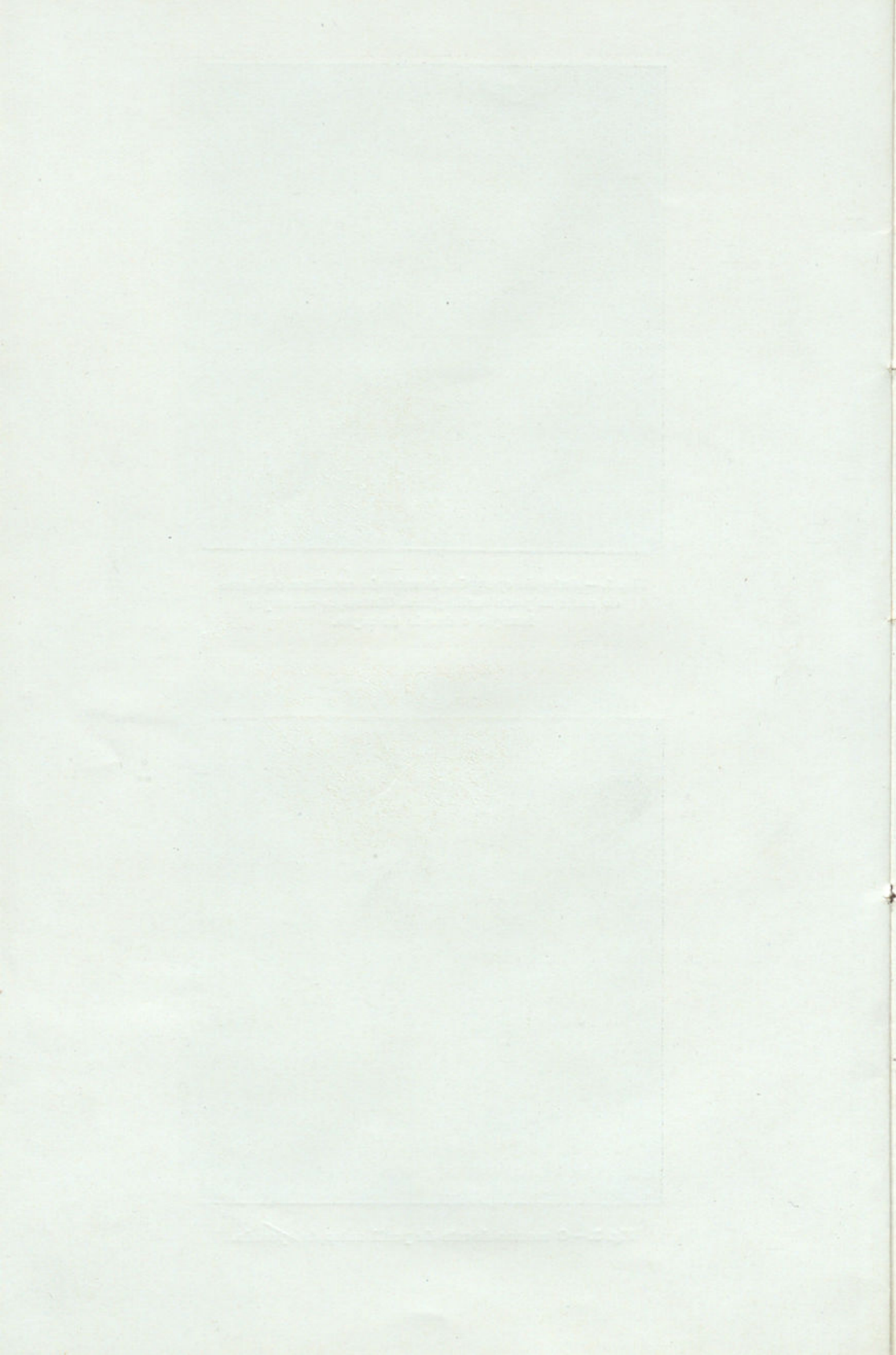






Fig. 5. — Antes da operação. Dorso do nariz ósseo anormalmente largo e pouco saliente.

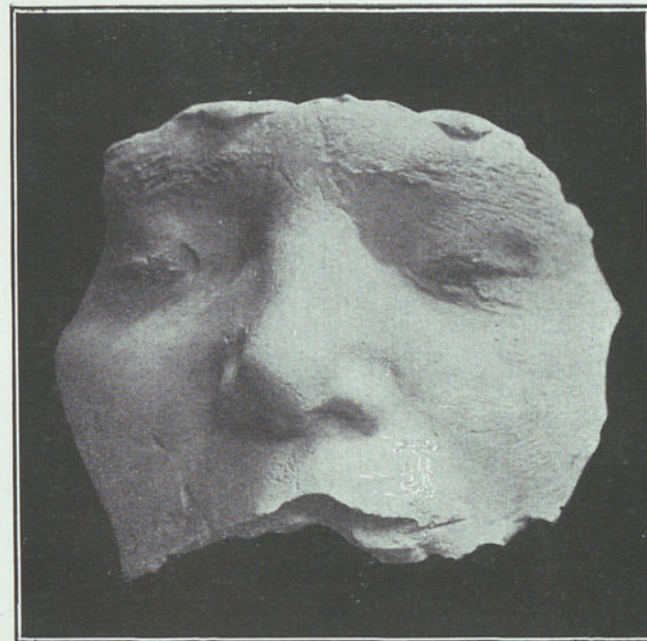


Fig. 6. — Depois de operado por via interna. Dorso do nariz estreito e saliente.

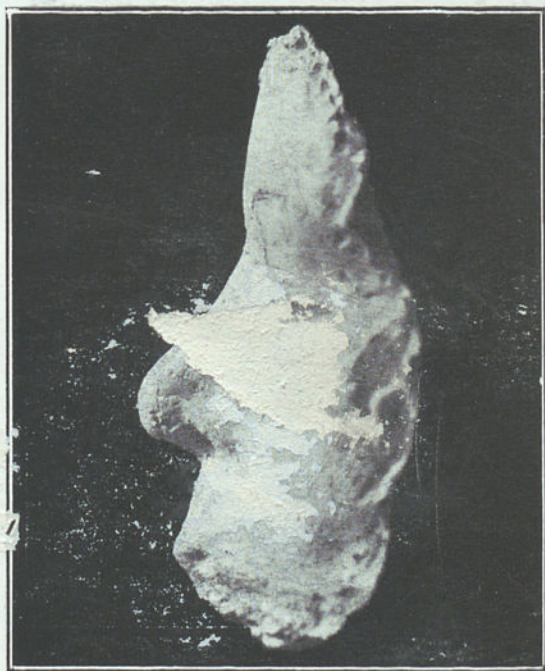


Fig. 7. — A mesma doente de perfil antes de operada.

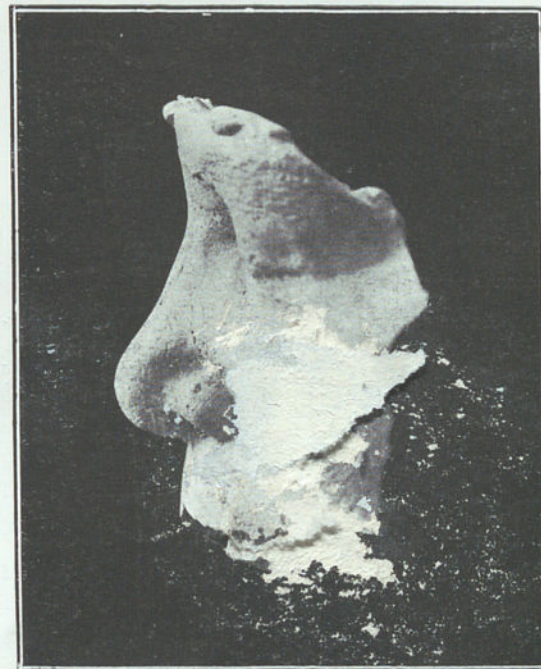
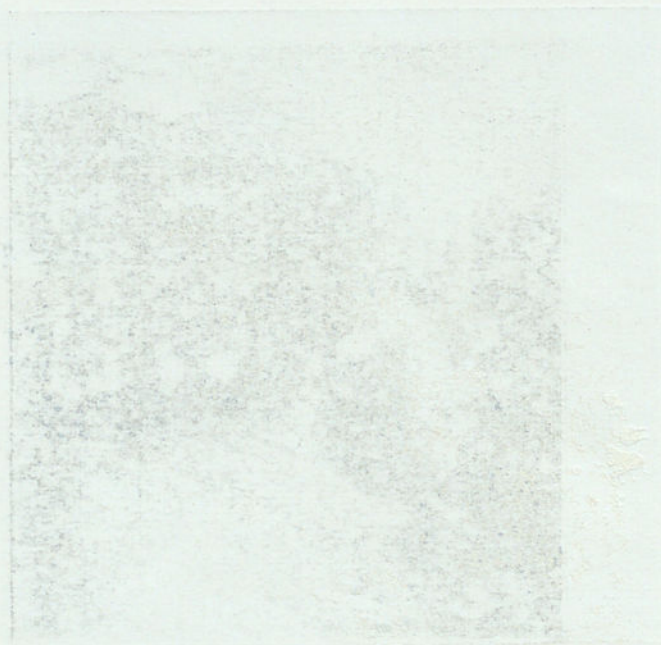


Fig. 8. — Depois de operada, mostrando a saliência marcada do nariz ósseo afinamento global do nariz.



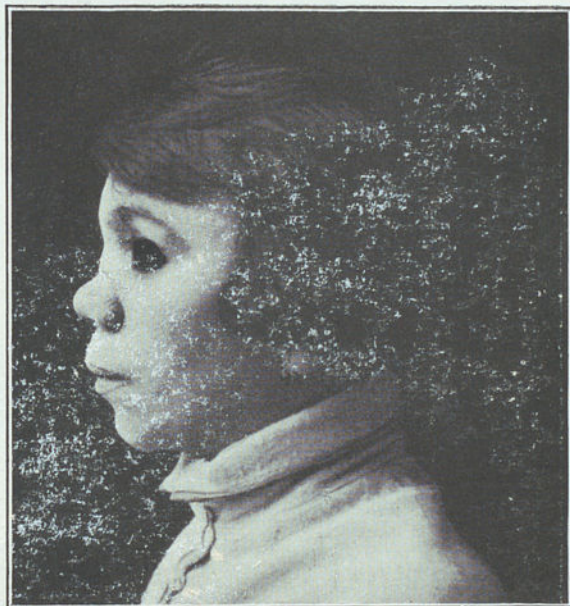


Fig. 9. — *Antes da operação.* Queda do nariz cartilágneo por trauma (?) cirúrgico.

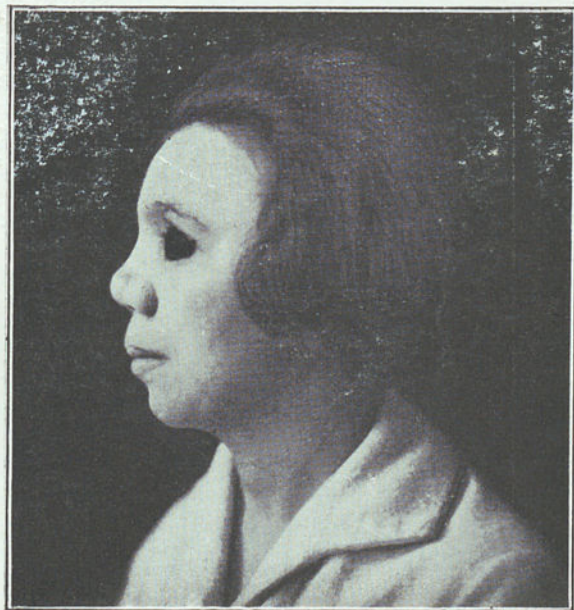


Fig. 10. — *Depois de operada por via interna.* Implantação de um pedaço de marfim.



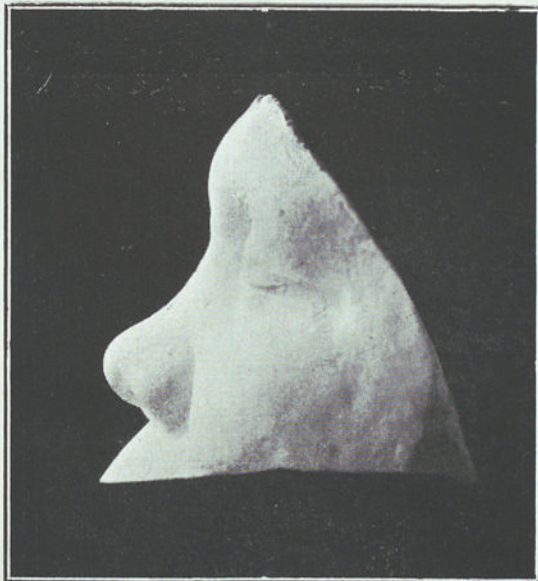


Fig. 11. - Antes da operação. Nariz em sela.



Fig. 12. - Depois de operado por via interna. Implantação de um pedaço de tibia com periósteo.



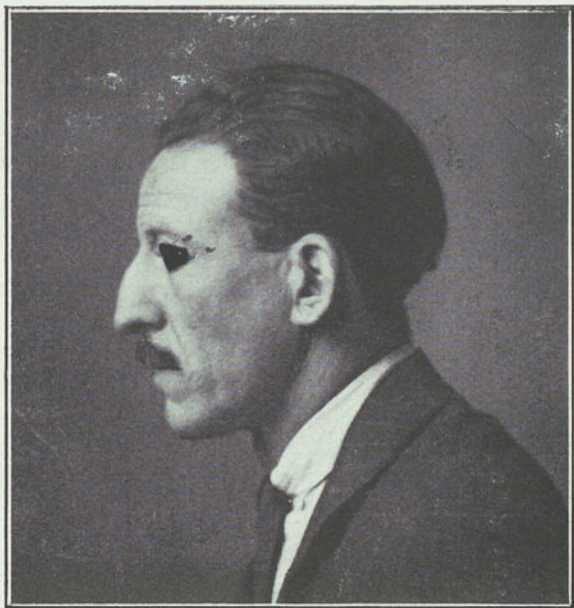


Fig. 13 — *Antes de operado*. Hipertrofia global do nariz,  
tipo semítico.

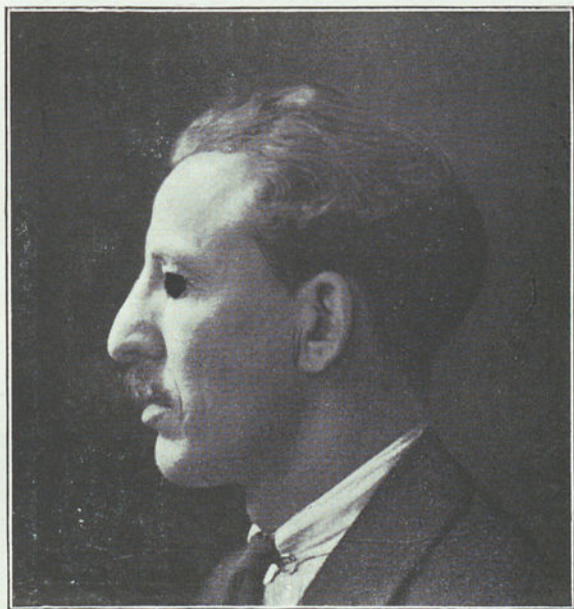


Fig. 14. — *Depois de operado por via interna*. Redução  
do volume do nariz, aplainamento do dorso  
e levantamento da ponta.





## QUISTOS HIDÁTICOS, EQUINOCOCOSE HIDÁTICA, HIDATIDOSE

POR

PROF. CUSTÓDIO CABEÇA e DR. BERNARDO VILAR

*(Continuação do número anterior)*

Publicamos a seguir a estatística dos quistos hidáticos dos Hospitais Cívicos de Lisboa:

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resulta- do	Data da operação	Operador
1	Q. hid. do fígado, face superior..	Marsup. e drenagem..		H	Cura	22-XII-895	J. Evaristo
2	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	1 - 19	M	»	26-X-901	C. Cabral
3	Q. hid. do umbigo	Extirpação..	60	»	»	25-II-902	Cabeça
4	Q. hid. g. peitoral	Marsup. ....	40 - 59	»	»	20-VII	J. Gentil
5	Q. hid. do fígado	»	20 - 39	»	Morte	25-VI	Moreira
6	Q. hid. do fígado, supurado .....	»	20 - 39	»	Cura	5-VI	F. e Castro
7	Q. hid. do fígado	»	20 - 39	»	»	7-VIII	Cabeça
8	Q. hid. do músc. grande recto..	Cost. e dren..	20 - 39	»	»	22-X	F. Gentil
9	Q. hid. infectado do baço.....	Lap., inc. e drenagem..	20 - 39	»	»	15-XI	J. Gentil
10	Q. hid. do fígado	Hep., dren...	40 - 59	H	»	13-II-903	A. Vasconcelos
11	Q. hid. supurado da vesícula ...	Colecistost. .	20 - 30	»	»	9-V	S. Coelho
12	Q. hid. do fígado e abdómen...	Extr. de alg.	1 - 19	M	Morte	5-VI	C. Lopes
13	Q. hid. do fígado, lobo esquerdo..	Marsup. ....	1 - 19	»	Cura	29-IV	Cabeça
14	Q. hid. do perit..	Extirpação..	20 - 30	H	»	15-III	»
15	Q. hid. do fígado, face inferior..	Marsup. ....	20 - 39	M	»	10-VII	»
16	Q. hid. do umbigo	Extirpação.	20 - 39	»	»	18-VII	F. e Castro

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
17	Q. hid. do figado, supurado . . .	Marsup. . . . .	20 - 39	H	Morte	6-IX-903	M. Sarmento
18	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	»	0 - 59	H	Cura	15-IX	Cabeça
19	Q. hid. do figado	»	20 - 39	H	»	30-VII	A. Vasconcelos
20	Q. hid. do figado, lobo direito..	»	40 - 59	M	»	19-VII-904	Cabeça
21	Q. hid. do figado, supurado . . .	Hepatot. . . .	40 - 59	H	Morte	27-IV	A. Vasconcelos
22	Q. hid. do mesentério . . . . .	Ext.da maior parte; drenagem . . .	40 - 59	M	Cura	23-IX	Cabeça
23	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Incis., dren.	20 - 39	»	»	16-III	J. Gentil
24	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Abert. transpleural . .	20 - 39	H	Morte	13-VIII	Salazar
25	Q. hid. do rim esq.	Marsup. . . . .	20 - 39	M	Cura	19-VI	Cabeça
26	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	»	20 - 39	»	»	10-XI	»
27	Q. hid. dos ligamentos largos..	Ext. e mars.	40 - 59	»	Cura	5-VIII	»
28	Q. hid. do grande peitoral direito	Extirpação..	20 - 30	»	»	3-III-905	Interno
29	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	»	40 - 59	H	»	27-III	Cabeça
30	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	»	40 - 59	M	Morte	2-IV	»
31	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	»	1 - 19	M	Cura	15-III	»
32	Q. hid. do figado	»	1 - 19	»	»	1-X	F. e Castro
33	Q. hid. do rim esquerdo . . . . .	»	40 - 59	H	»	19-VI	Cabeça
34	Q. hid. do baço..	»	20 - 39	M	»	28-V	F. e Castro
35	Q. hid. do figado; tuberculoso . . .	Mars.; extr. do tuberc.	1 - 19	»	»	7-IX	F. e Castro
36	Q. hid. do baço, supurado . . . . .	Marsup. . . . .	20 - 39	H	»	23-III-906	A. Ribeiro
37	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	Bobrow . . . .	40 - 59	M	»	13-VI	Cabeça

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
38	Q. hid. do triângulo supraclavicular esq. . . .	Extirpação e drenagem..	20-39	M	Cura	9-VIII-906	F. Gentil
39	Q. hid. do fígado	Extirpação e sutura. . . .	20-39	»	Morte	23-IX	»
40	Q. hid. do rim d.	Bobrow. . . .	1-19	»	Cura	10-IX	A. Monjardino
41	Q. hid. do fígado, supurado. . . .	Hep., dren .	20-30	H	»	9-VIII	A. Vasconcelos
42	Q. hid. do grande epíp. e útero. .	Extirpação e marsup. . .	40-59	M	»	6-VII	F. Gentil
43	Q. hid. do fígado, lobo direito. .	Marsup. . . .	1-19	H	»	20-IV	A. Monjardino
44	Q. hid. do fígado, lobos dir. e esq.	»	20-39	M	Morte	22-VIII	F. Gentil
45	Q. hid. da parede abd., supur. . . .	Inc. e dren. .	20-39	»	Cura	14-XII	»
46	Q. hid. do ligam. largo esquerdo.	Ooforo-salpingect. e marsup. . .	20-39	»	»	15-XI	Cabeça
47	Q. hid. do fígado, supurado. . . .	Inc. e dren. .	1-19	H	»	25-IX	F. Gentil
48	Q. hid. do fémur dir., fractura—vide n.º 1753. .	Res. do calo mole, extirpação. .	20-30	M	»	12-XI	Cabeça
49	Q. hid. do fígado	Res. e marsup. . . . .	40-59	»	»	29-VII	Moreira
50	Q. hid. do fígado	Bobrow. . . . .	20-39	»	»	8-1-307	A. Monjardino
51	Q. hid. dos múscl. gémeos direitos	Extirpação. .	20-39	»	Cura	12-II	Feijão
52	Q. hid. do fígado, lobo direito. . .	Marsup. . . . .	40-59	H	»	8-I	Cabeça
53	Q. hid. do fígado, lobo direito. . .	»	20-30	»	Morte	24-IV	A. Vasconcelos
54	Q. hid. do fígado	»	20-39	M	Cura	30-III	M. Bordalo
55	Q. hid. do pulmão esquerdo. . . . .	Ressec. da 8.ª cost., dren.	40-59	H	»	1-II	Cabeça

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
56	Q. hid. do fígado, roto no estôm.	Marsup. ....	20 - 39	M	Cura	23-III-907	J. Gentil
57	Q. hid. do fígado	Ext., sutura..	1 - 19	H	»	I-VI	»
58	Q. hid. do rim direito, supurado	Nefrectomia	40 - 59	»	»	28-V	Cabeça
59	Q. hid. do fígado, lobo esquerdo..	Bobrow.....	40 - 59	M	»	29-VI	»
60	Q. hid. da região trocleana dir...	Inc. e dren..	20 - 39	»	»	24-VIII	M. Bordalo
61	Q. hid. do fígado, supurado .....	Marsup. ....	20 - 39	H	Morte	5-VII	F. Cruz
62	Q. hid. do fígado	»	40 - 59	»	Cura	13-VII	F. Gentil
63	Q. hid. do grande adutor.....	Extirpação..	20 - 39	M	»	3-X	A. Monjardino
64	Q. hid. do fígado, supurado .....	Marsup. ....	40 - 59	H	»	26-VII	F. Cruz
65	Q. hid. sub-clavicular direito.	Extirpação..	20 - 39	M	»	24-XI	Interno
66	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	20 - 39	H	»	27-XI	S. Araújo
67	Q. hid. do rim esq., supurado..	Res. da 10. <sup>a</sup> cost., inc. e dren. ....	40 - 59	»	Melh. Cura	41-I-908 9-XII	Cabeça
68	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	20 - 39	M	Cura	9-XII	»
69	Q. hid. do fígado, face superior..	»	40 - 59	»	»	29-VII	»
70	Q. hid. do fígado, face inferior ..	»	20 - 39	H	»	17-III	Feijão
71	Q. hid. do fémur dir., supurado	Desar. da cox.	20 - 39	M	»	11-V	Cabeça
72	Q. hid. do triângulo de Scarpa	Extirpação..	40 - 59	»	»	8-IX	A. Monjardino
73	Q. hid. do fígado, lobo direito inf.	Marsup. ....	20 - 39	»	»	8-VI	Sena Pereira
74	Q. hid. do fígado, supurado .....	»	20 - 39	H	Morte	26-VI	R. Santos
75	Q. hid. do fígado	»	20 - 39	»	Cura	18-X	J. Pais
76	Q. hid. do fígado, supurado .....	»	40 - 59	»	Morte	13-XI	Cabeça
77	Q. hid. do fígado	»	40 - 59	»	»	23-XI	F. Cruz
78	Q. hid. do fígado	»	40 - 59	M	Cura	22-X	Cabeça
79	Q. hid. do fígado	»	20 - 39	H	»	14-XI	J. Pais



N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
80	Q. hid. do médio adutor direito	Extirpação..	20-39	M	Cura	6-XII-908	Salazar
81	Q. hid. do figado	Marsup. ....	20-39	H	»	8-XII	J. Gentil
82	Q. hid. do rim esq., anterior..	»	20-39	»	»	6I-I-909	H. Bastos
83	Q. hid. do figado, bordo ant. esq.	Extirpação..	20-39	M	»	2-III	Feijão
84	Q. hid. ligamento largo direito ..	Extirpação e marsup. ...	20-39	»	»	28-I	Cabeça
85	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	Marsup. ....	20-39	»	»	30-I	»
86	Q. hid. do rim esq.	Nefrostomia..	40-59	H	»	11-V	H. Bastos
87	Q. hid. do figado	Extirpação .	20-39	M	»	20-IV	Salazar
88	Q. hid. do ov. dir.	Ovar., direita ext. do q.	20-39	M	Cura	9-VII	Cabeça
89	Q. hid. do figado, lobo dir., muita biliar .....	Marsup. ....	20-39	»	»	7-VI	»
90	Q. hid. da coxa dir., supurado..	Inc. e dren. .	40-59	»	»	16-V	M. Bordalo
91	Q. hid. da pelve, útero e anexos	Hist. abdominal total ..	20-39	»	»	27-VII	Cabeça
92	Q. hid. do figado, lobo direito ...	Extirpação..	20-39	»	»	11-IX	R. Santos
93	Q. hid. do figado, lobo esq. sup...	Marsup. ....	40-59	H	»	18-VIII	J. Gentil
94	Q. hid. do figado, supurado .....	»	40-59	»	»	18-XI	Salazar
95	Q. hid. do figado, supurado .....	»	40-59	M	»	14-XI	Moreira
96	Q. hid. do figado e rim esquerdo	Marsup. e nefrectomia..	40-59	»	Morte	29-X } 27-XII }	C. Cabral
97	Q. hid. do figado, baço, pulmões, ovár. e perit..	Marsup. de dois quist. do figado..	20-39	»	»	26-I-910	D. Mora
98	Q. hid. do figado, face inferior ..	Extirpação..	1-19	H	Cura	22-X	Cabeça

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
99	Q. hid. do ligamento largo d.	Extirpação..	1 - 19	M	Cura	13-XII-910	D. Mora
100	Q. hid. da axila esquerda . . . . .	Esv. da axila	20 - 39	»	»	16-II	Cabeça
101	Q. hid. da região supraclavic. d.	Estirpação..	40 - 59	»	»	3-III	Feijão
102	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	20 - 39	»	»	15-I	D. Mora
103	Q. hid. do figado	Bobrow. . . . .	20 - 39	»	»	30-III	R. Santos
104	Q. hid. da coxa direita. . . . .	Extirpação..	20 - 39	»	»	14-V	Bordalo
105	Q. hid. do mesentério, supur. .	Marsup. . . . .	20 - 39	H	Morte	28-V	Monjardino
106	Q. hid. dos ovár. .	Extirpação e ovariect. . .	20 - 39	M	Cura	21-VI	J. Gentil
107	Q. hid. do figado	Extirpação..	20 - 39	H	»	25-VI	»
108	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	40 - 59	»	»	26-VI	R. Jorge
109	Q. hid. da parede abdominal . . . . .	Extirpação e sutura. . . . .	1 - 19	M	»	23-XI	Salazar
110	Q. hid. do rim esquerdo. . . . .	Nefróstomia	40 - 59	H	»	3-XI	H. Bastos
111	Q. hid. do ligam. largo esquerdo	Extirpação..	20 - 39	M	»	19-X	D. Mora
112	Q. hid. do rim direito, polo inf.	Nefrectomia	20 - 39	H	»	3-XII	R. Santos
113	Q. hid. do abd. . .	Extirpação..	1 - 19	»	»	26-XII	»
114	Q. hid. do figado	Extirpação e drenagem..	1 - 19	»	»	6-IX	Salazar
115	Q. hid. do baço..	Esplenect. . .	40 - 59	M	»	2-X	J. Gentil
116	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Marsup. . . . .	20 - 39	»	»	28-II-911	R. Santos
117	Q. hid. do figado, multilocular . .	Extirpação de cáps. . .	20 - 39	H	»	18-VIII	Salazar
118	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	Capitonage.	1 - 19	»	»	30-IV	»
119	Q. hid. do figado	Extirpação..	20 - 39	M	»	14-II	A. Monjardino
120	Q. hid. do figado, lobo dir. face inferior. . . . .	Marsup. . . . .	20 - 39	H	»	18-III	Cabeça
121	Q. hid. da região glútea esq. . . . .	Extirpação..	60	»	»	26-VIII	Mendonça

LISBOA MÉDICA

# Gotas Sanguineas ROYEN

**PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO**

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES

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

Depositaríus para Portugal e Colonias: *Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 Lisboa*

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

**PIBIL**

**DOUTOR**

Quando se trata de recetar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desa agradável?

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<sup>mos</sup> Srs. Medicos

Repre-  
sentante :

**LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.<sup>da</sup>**

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.<sup>o</sup>

LISBOA

# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

**A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO**  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona

**DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA**  
Comunicação ao XIII<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniido.  
LABORATORIO GALBRUN, 6 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



N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
122	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Marsup. . . . .	40-59	M	Cura	24-VIII-911	Balbino Rêgo
123	Q. hid. da próst.	Marsup. . . . .	40-59	H	Morte	28-IX	J. Gentil
124	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	»	20-39	M	Cura	10-VIII	Stromp
125	Q. hid. do figado, lobo direito. . .	»	20-39	»	»	18-XI	Cabeça
126	Q. hid. do figado, lobo d. e esq. . .	»	1-19	»	»	22-X	Monjardino
127	Q. hid. do figado, lobo esquerdo. .	Capitonage. . .	20-39	»	Morte	14-I-912	Moreira
128	Q. hid. do figado, bordo . . . . .	Extirpação. . .	20-39	»	Cura	10-I	»
129	Q. hid. do figado, lobo direito . . .	Marsup. . . . .	20-39	»	»	23-X	Cabeça
130	Q. hid. do pulmão esq. (2 quistos)	Pneumo . . . . .	20-39	»	Morte	16-II	R. Santos
131	Q. hid. do figado, lobo direito. . .	Incisão, sut., drenagem. .	20-39	»	Cura	25-VIII	J. Gentil
132	Q. hid. do figado, lobo esquerdo. .	Marsup. . . . .	40-59	H	»	17-XI	Cabeça
133	Q. hid. do baço. .	Extirpação e marsup. . . . .	20-39	M	»	30-I	Stromp
134	Q. hid. do rim d.	Marsup. . . . .	46	»	»	16-XI	Cabeça
135	Q. hid. da fossa ilíaca d. musc.	Extirpação. . .	1-19	H	»	15-XII	R. Santos
136	Q. hid. do figado, face inferior . . .	Marsup. . . . .	1-19	M	»	7-X	Cabeça
137	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Form. e dren. . .	40-59	H	»	25-IV	A. Mendonça
138	Q. hid. retro-peritoneal, 30 litros	Extirpação. . .	40-59	M	»	23-IV	Monjardino
139	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Inc. e dren. . . .	40-59	»	»	6-XI	Cabeça
140	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	20-39	»	»	12-II	Moreira
141	Q. hid. do figado, mesocolon . . . .	»	20-39	H	»	8-III	J. Pais
142	Q. hid. do perit. .	Extirpação e drenagem. .	60	M	Cura	7-VII	J. Gentil
143	Q. hid. da mama direita, . . . . .	Extirpação. . .	40-59	»	»	9-VII	Sena Pereira

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operacão	Operador
144	Q. hid. do fígado, lobo esquerdo..	Marsup. ....	20 - 39	M	Cura	2-V-912	Cabeça
145	Q. hid. do fígado, supurado .....	»	40 - 59	H	»	22-VII	Monjardino
146	Q. hid. do músc. esterno-cleido-mastoideu dir.	Extirpação..	20 - 39	M	»	30-IX	Sena Pereira
147	Q. hid. do fígado, supurado . . .	Marsup. ....	40 - 59	»	»	9-VII	Cabeça
148	Q. hid. do fígado, lobo esquerdo..	»	20 - 39	H	»	7-XI	»
149	Q. hid. do fígado, lobo direito ...	Extirp. trans-pleural ...	20 - 39	M	Morte	8-III-913	A. Mac-Bride
150	Q. hid. do baço..	Marsup. ....	20 - 39	»	Cura	7-XII	Cabeça
151	Q. hid. do fígado, lobo direito ...	»	20 - 39	»	»	13-IX	Monjardino
152	Q. hid. do peritoneu, supurado	»	60	H	Morte	5-IV	A. Vasconcelos
153	Q. hid. do fígado, lobo direito ...	Extirp. trans-pleural ...	40 - 59	M	Cura	14-XI	R. Santos
154	Q. hid. da cavid. post. do epíp..	Marsup. ....	20 - 39	H	»	10-III	F. Gentil
155	Q. hid. do fígado	»	40 - 59	M	»	31-X	Cabeça
156	Q. hid. da coxa esquerda.....	Extirpação.	20 - 39	»	»	20-V	Monjardino
157	Q. hid. do fígado, lobo direito...	Marsup. ....	1 - 19	»	»	28-V	J. Pais
158	Q. hid. do músc. esterno-cleido-mastoideu ....	Extirpação.	1 - 19	»	»	27-V	Sena Pereira
159	Q. hid. do fígado, lobo direito ...	Marsup. ....	20 - 39	H	»	18-V	C. Lopes
160	Q. hid. do mesentério supurado	»	20 - 39	H	»	3-VI	Cabeça
161	Q. hid. da pelve, supurado .....	»	40 - 59	»	Morte	31-VII	R. Santos
162	Q. hid. do fígado, supurado .....	»	40 - 59	M	Cura	30-III	F. Gentil
163	Q. hid. do fígado, supurado .....	»	1 - 19	H	Morte	7-VIII	A. Gomes

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
164	Q. hid. do figado	Marsup. ....	20 - 39	M	Cura	18-VI-913	Cabeça
165	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	»	20 - 39	»	»	1-VIII	A. Mac-Brid
166	Q. hid. do baço	»	20 - 39	»	»	25-V	D. Mora
167	Q. hid. do rim d.	Nefrectomia	40 - 59	H	»	6-VIII	S. Araújo
168	Q. hid. do pul- mão esquerdo	Ressecção da 8.ª costela..	1 - 19	»	Morte	22-IX	F. Gentil
169	Q. hid. do figado, lobo direito . .	Marsup. ....	20 - 39	»	Cura	9-VII	Cabeça
170	Q. hid. do figado, lobo esq., sup.	»	40 - 59	M	Morte	2-XII	»
171	Q. hid. do figado, lobo dir., pedic.	Extirpação..	20 - 39	»	Cura	22-XI	Monjardino
172	Q. hid. do figado e peritoneu ...	Marsup. do q. do figado..	20 - 39	H	Morte	7-VIII	A. Vasconcelos
173	Q. hid. do figado, face inferior	Marsup. ....	40 - 59	»	Cura	29 IX	F. Gentil
174	Q. hid. do figado	»	1 - 19	M	»	16-IV	»
175	Q. hid. do pul- mão esquerdo..	Res. das 7.ª e 8.ª cost.ªs, extirpação e dren....	40 - 59	H	Morte	23-VII	Cabeça
176	Q. hid. do figado	Marsup. ....	40 - 59	M	Cura	26-V	D. Mora
177	Q. hid. do figado	»	20 - 39	»	Morte	26-VII	S. Araújo
178	Q. hid. do figado, baço e perit. ...	Marsup. do grande q. do figado..	20 - 39	H	»	23-VIII	A. Gomes
179	Q. hid. do figado, inferior .....	Marsup. ....	20 - 39	H	Cura	2-VI	Cabeça
180	Q. hid. do figado, inferior .....	»	20 - 39	M	»	3-VII	Moreira
181	Q. hid. do figado, fist. no brônq..	Inc. transp..	20 - 39	»	»	21-VI	Monjardino
182	Q. hid. do figado, lobo direito...	Marsup. ....	20 - 39	»	»	22-V	Cabeça
183	Q. hid. do figado, fist. no estôm.	Extirp. sut..	20 - 39	»	»	8-VIII	J. Gentil
184	Q. hid. do perit..	Extirp. dalg..	40 - 59	H	»	3-X	R. Jorge

N.º	Diagnostico	Operação	Idade	Sexo	Result- tado	Data da operação	Operador
185	Q. hid. do figado	Marsup. ...	40 - 59	H	Cura	5-XI-914	R. Santos
186	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	»	20 - 39	M	»	26-IX	F. Gentil
187	Q. hid. do figado, inferior.....	Extirpação..	1 - 19	»	»	31 X	Salazar
188	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	Marsup. ...	20 - 39	»	»	13-VIII	F. Gentil
189	Q. hid. do figado, posterior....	»	20 - 39	»	»	5-IX	S. Araújo
190	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	Marsup. com ressecção..	20 - 39	»	»	10-XI	Cabeça
191	Q. hid. do perit...	Extirp. de 4 quistos ..	20 - 39	H	»	20-X	R. Santos
192	Q. hid. do figado, lobo esquerdo..	Marsup. ...	40 - 59	M	»	23 X	Cabeça
193	Q. hid. do figado, lobo esquerdo, supurado....	»	1 - 19	H	»	5-IV	F. Gentil
194	Q. hid. do figado	»	20 - 39	M	»	7-X	»
195	Q. hid. do músc. quadric. crural esquerdo.....	Extirpação.	20 - 39	»	»	25-III-915	Monjardido
196	Q. hid. do mesent. aderente ao có- lon transverso..	Extirp., sut do cólon.	35 - 39	»	»	28-XII	Cabeça
197	Q. hid. do figado, lobo esq. vol. pêra grande .	Marsup. ....	30 - 34	M	»	26-XII	Cabeça
198	Q. hid. do mesen- tério entre o recto e a bex.	»	35 - 39	H	»	28-XI	»
199	Q. hid. do lobo dir. do corpo tiroideu .....	Extirpação.	30 - 34	M	»	26-V-915	Crav. Lopes
200	Q. hid. do figado, lobo direito...	Marsup. ....	10 - 14	»	Morte	10-VI	Cabeça
201	Q. hid. do figado	»	30 - 34	»	Cura	18-IX-914	A. Monjardino
202	Q. hid. do figado	»	30 - 34	»	»	13-XII	»

(Continua).

# "Glucálcio,"

## injectavel

*Gluconato de calcio quimicamente puro*

SOLUÇÃO ESTERILIZADA, A 10 0/0

A vida normal das células dependendo, como é sabido, em grande parte, do seu conteúdo em Calcio é este elemento indispensavel em tôdas elas. Assim, a actividade e a excitabilidade dos leucócitos e ainda a permeabilidade e irritabilidade dos vasos são dependentes da sua riqueza em Calcio.

Sem considerar o que entra na constituição do esqueleto, o total de Calcio existente no organismo do homem chega a sêr de 1 a 2 0/0 do seu pêso e para mantêr este nivel, isto é, para compensar o que é fixado e eliminado, deve cada individuo absorver sensivelmente um grama, por dia, deste elemento.

Ora em muitos casos patológicos, assim como tambem numa dieta rica em proteínas, a perda de Calcio é muito grande e, por outro lado, succede muitas vezes ser êle insufficiente na alimentação (principalmente se a água ingerida é pobre deste elemento). Como resultado do desnivelamento consecutivo em tais casos aparecem perturbações que em primeiro lugar affectam os dentes e os ossos e depois o metabolismo geral. Está pois indicada nestas circunstancias a administração de Calcio, conveniente para manter ou melhorar o estado do individuo.

As *Phosphocalcinas*, de uso tão generalizado hoje, realizam este objectivo.

As *Phosphocalcinas* porém, se são utilíssimas e de incontestaveis resultados, milhares de vezes compro-

vados na pratica, na sua usual administração per os, são insusceptíveis de uma forma farmaceutica liquida injectavel, conforme convêm a certos casos especiais, aliás frequentes.

## O GLUCÁLCIO

O **Glucálcio** resolve satisfatoriamente este ponto.

Sal organico do ácido glucónico, produto de oxidação da glicose, duma elevada percentagem de Calcio, o seu anião, organico, e fisiologicamente nulo, é completamente oxidado no organismo, facilitando a integral assimilação deste elemento e não provocando fenómenos de acidose.

Produto insipido e neutro, absolutamente puro, acumula ainda as propriedades de ser soluvel e ionisavel, contribuindo esta ultima, mais que a outra, para a sua completa assimilação.

## EFEITOS CLINICOS

As vantagens do **Glucálcio injectavel** são em certos casos, incontestaveis não só por poupar o aparelho digestivo, mas ainda porque é o melhor tolerado dos sais soluveis de cal em injeções endovenosas e o primeiro preparado utilisavel por via intramuscular, em doses terapêuticas, sem produzir irritação local. O facto mesmo de na sua injeção intravenosa algumas gôtas correrem casualmente no tecido perivenoso, sem provocar acidente grave (vantagem sôbre o cloreto), trás-lhe uma outra qualidade, como se vê, excelente.

Sendo completamente assimilada, está esta preparação nitidamente indicada em tôdas as afecções que requeiram o uso da calcioterápia por via hipodermica porque nela se manifestam em elevado grau as propriedades do ião calcio: *a)* a excitação das funções glandulares; *b)* a activação do sistema muscular; *c)* a regularisação do sistema nervoso (principalmente do vegetativo); *d)* uma actuação mais eficaz dos fagócitos; *e)* a normalisação da permeabilidade e irritabilidade vascular; *f)* a coagulação do sangue; etc.

## O GLUCÁLCIO

E' de notar que se constata invariavelmente, depois da administração do **Glucálcio**, um aumento do calcio sanguíneo.

R. Pernet, num estudo sôbre as aplicações deste sal na terapêutica formula as seguintes opiniões: Nas hemoptises os resultados são bons, sempre, quer o tratamento seja feito por injeccão endovenosa de 10 c. c. duma solução a 10 0/0, quer por injeccões conjugadas, uma endovenosa, outra intramuscular. Nas diarreias, uma ou duas injeccões endovenosas, produzem uma diminuição sensível das dejecções e das dôres. Nas adenites, os efeitos são muito interessantes, se bem que o método seja aqui associado aos raios ultravioletas. Quanto à tuberculose pulmonar evolutiva, os ensaios são muito animadores; as observações não fôram, porém continuadas ainda por tempo suficiente para tirar conclusões (tése de Nancy, 1929).

## INDICAÇÕES

*Descalcificação* (em associação com a Phosphocalcina per os), *Hemoptises*, *Hemorragias das mulheres*, *Tuberculose*, *Linfatismo*, *Raquitismo*, etc.

## POSOLOGIA

Injeccões intravenosas, ou intramusculares, na nadega, bem profundas.

5 a 10 c. c. diários, ou em dias alternados, nos adultos.

2 a 5 c. c. diários, ou em dias alternados, nas crianças

O **Glucálcio** encontra-se no mercado em empôlas de 5 e de 10 centímetros cubicos.

E' uma solução incolor e limpida à temperatura ordinaria que precipita com o frio. No momento da injecção convém aquecer *ligeiramente* a empôla, passando-a rapidamente com precaução pela chama da lampada antes de abrir.

As fendas nas empôlas, mesmo difficilmente perceptíveis, fazem aparecer dentro massas amorfas precipitadas de gluconato. As empôlas nestas condições não se devem utilizar e serão prontamente substituidas. Dirigir-se ao vendedor ou directamente aos preparadores.



TODOS OS PEDIDOS POR GROSSO DEVEM SER DIRIGIDOS AOS

**Laboratórios da Farmácia Normal**

**Pires & Mourato Vermelho, Ltda.**

Farmacêuticos-fabricantes

50, rua Bernardo Lima — LISBOA

---

Venda ao público na FARMÁCIA NORMAL, 220, rua da Prata e demais Farmácias de todo o país

---

Uma caixa-amostra será enviada aos Ex.<sup>mos</sup> Srs. Facultativos que nol-a requisitarem para ensaios clinicos.



## NOTAS CLÍNICAS

### LA POSOLOGIE DE L'OR DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LE

DR. C. COLBERT

Médecin-directeur du Sanatorium des Terrasses (Cambo — Basse-Pyrénées)

ET

ROGER PIGEON

Médecin-assistant

Depuis le jour où Léon Bernard envoya son collaborateur G. Poix au Danemark pour étudier les travaux et essais de Mollgaard et Knud Faber sur la thérapeutique de la tuberculose par l'or, la chrysothérapie a bénéficié d'une vogue que nous jugeons d'ailleurs justifiée aujourd'hui.

Depuis six ans, malgré les nombreuses critiques formulées à l'endroit de cette médication, l'aurothérapie, grâce à la perspicacité de ses ardents défenseurs, parmi lesquels il faut citer en France Léon Bernard, Dumarest et Ameuille, a conquis la place prépondérante dans la chimiothérapie antituberculeuse.

Nous passerons sous silence les différentes fortunes qu'elle a successivement subies. Aujourd'hui, en présence des connaissances que nous possédons sur la question, il est du devoir de tout praticien de suivre les observateurs qui ont préconisé la méthode et de la diffuser largement.

Deux problèmes ont jusqu'à ces temps derniers soulevé de nombreuses contestations et suscité de multiples travaux contradictoires : le problème de la posologie et celui des indications.

*Posologie.* — Les phtisiologues ont successivement prôné les faibles puis les fortes doses.

Pour notre part, nous avons observé chez certains malades des résultats appréciables avec de faibles doses ; chez d'autres, au contraire, une dose double et triple était parfois nécessaire pour voir se dessiner une amélioration ; certains présentaient des accidents avec de faibles doses, d'autres avec de plus fortes doses ; enfin certains supportaient aisément sans incident de très fortes doses.

C'est pourquoi, dans un travail paru dans la *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* le 21 Décembre 1930, nous avons expliqué comment la posologie des sels d'or était individuelle et qu'elle était basée sur ce que nous avons appelé : le *seuil d'intolérance* et le *seuil d'action*, seuils variables avec chaque individu. Dumarest et Mollard, dans le *Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques* du 12 Février 1931, insistaient également sur cette notion de posologie individuelle et faisaient présenter, le 24 Février, à l'Académie de Médecine, par le Professeur Léon Bernard, un rapport dans ce sens.

L'accord semble donc fait sur la posologie. La technique sera donc la suivante :

Commencer par de faibles doses qu'on augmentera progressivement; la température tombe-t-elle, les signes sthétacoustiques, radiologiques, etc., traduisent-ils une amélioration manifeste? Le seuil d'action est touché. Il sera inutile d'augmenter la dose et d'injecter des doses supérieures qui seraient plus nuisibles qu'utiles. Certains malades très sensibles à l'or réagiront à de très faibles doses; chez d'autres il sera nécessaire d'augmenter la dose qui atteindra parfois 0,50 et plus pour obtenir un résultat.

Mais dans la poursuite de ce seuil d'action un incident pourra se produire qui traduira l'intolérance viscérale ou cutanée pour le métal : un érythème, une crise gastrique, un amaigrissement régulier, une diarrhée tenace (ne pas tenir compte des diarrhées transitoires post-auriques), une albuminurie rebelle, une forte élévation thermique, voire une hémoptysie (qui pourra parfois être mise sur le compte du soufre plutôt que de l'or), etc., le seuil d'intolérance sera alors atteint.

Le seuil d'intolérance ne revêtira un intérêt que si le seuil d'action n'est pas encore touché car, comme nous l'avons déjà dit, si le seuil d'action est atteint sans incident, il sera inutile de pousser la dose jusqu'à l'intolérance.

En présence donc du seuil d'intolérance, il faudra d'abord constater que le seuil d'action n'a pas été dépassé; sinon mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de réduire ce choc : lever la déficience viscéral ou cutanée. Pour ce, on traitera le foie, l'estomac ou l'intestin de son malade. Dans les accidents cutanés, l'hyposulfite de magnésium d'A. Lumière, connu dans le commerce sous le nom d'Emgé, nous a donné de bons résultats. Avec Jaffré, nous essayons l'autohémothérapie pratiquée immédiatement avant l'injection d'or. Toujours dans ces accidents cutanés, nous allons expérimenter l'extrait *aqueux* de rate à fortes doses qui nous a donné de très brillants résultats dans notre pratique dermatologique et particulièrement dans les eczémas, surtout les formes séborrhéiques.

Enfin Félat, l'auteur du Solganal, recommande de faire absorber *per os* 50 grs. de glucose par jour sous forme de limonade; cette technique aurait l'avantage de mieux faire supporter les hautes doses de sels d'or.

Nous commençons par de très faibles doses: 0,02, 0,03 pour le thiopropanol intra-musculaire; 0,05 pour le thiosulfate; nous injectons fréquemment 0,40, 0,50 de thiosulfate chez des malades tolérants à seuil d'action très haut.

L'injection est hebdomadaire; nous la pratiquons cependant tous les 5 jours dans les cas urgents ou avec les petites doses du début ou encore chez les sujets à seuil d'action très bas,

La dose totale est variable; nous réalisons en moyenne une imprégnation totale de 6 à 8 grs. Seuls nous guident et les résultats obtenus et la tolérance du sujet. Il est des cas où il faudra agir vite et fort; d'autres, au contraire, où la nécessité nous imposera un traitement faible mais prolongé.

Les cures d'attaque nécessiteront des séries plus fortes; l'or ayant une action souvent éphémère, il sera prudent de continuer le traitement par des séries d'entretien.

Nous devons signaler que chez certains malades qui avaient bénéficié d'une série et s'étaient révélés très tolérants, nous avons assisté à l'apparition d'accidents lorsque nous avons entrepris une deuxième série et avec des très faibles. Dumarest, Leboeuf et Mollard ont parlé à ce propos de sensibilisation. Peut-être s'agirait-il d'un phénomène de réactivation comparable à celui que l'on provoque dans la cure anti-syphilitique? Chez certains malades, nous avons du pour ce motif abandonner le traitement.

En résumé: augmenter la dose jusqu'à atteindre le seuil d'action sans franchir le seuil d'intolérance: telle est la règle posologique de la chrysothérapie.

*Indications.* — A l'abri de cette technique posologique, nous élargirons le champ des indications.

Toutes les formes anatomo-cliniques relèvent de la thérapeutique par les sels d'or. Seuls, les grands déficients, cachectiques, anergiques et les grandes déficiences viscérales se verront refuser les bénéfices de la médication.

Dans les formes extra-pulmonaires, chez les femmes enceintes pour parer aux poussées évolutives post-puérpérales et post-gravidiques (L. Bernard); dans les cas bilatéraux à collapsothérapie impossible, dans les bilatéralisations au cours de la collapsothérapie, chez les tuberculeux syphilitiques, dans les poussées évolutives: l'or trouvera son indication majeure.

La thérapeutique aurique est efficace et inoffensive, les succès qui sont à son actif légitiment pleinement la généralisation de la méthode.

## Revista dos Jornais de Medicina

A malignidade na linite plástica. (*Malignancy in linitis plastica*), por N. C. DAVID. — *The Surg. Clin. of North Am.* Fevereiro de 1931.

O A. começa o seu artigo com uma série de considerações gerais acêrca da afecção e descreve depois dois casos clínicos, que vêm documentados com fotografias em que se mostram claramente os aspectos macro e microscópicos das lesões. Um dos casos refere-se a uma afecção gástrica, com fibromatose de todas as tûnicas do estômago, salvo a mucosa, de aparência inflamatória e que no exame necrópsico revelou numerosas reproduções metastáticas nos gânglios mesentéricos. O outro caso consta de um doente com alterações de aspecto anatómico análogo mas localizadas no recto. O exame histológico demonstrou um engrossamento acentuado das paredes do intestino, com redução do seu calibre, de aspecto que clinicamente foi considerado como de natureza inflamatória, mas que ao exame microscópico mostrou a presença de numerosos ninhos de células neoplásicas disseminados na submucosa e na *muscularis*. Acêrca da linite plástica diz o autor:

A linite plástica é constituída pelo engrossamento da parede do estômago que o converte em um tubo rígido, inelástico, freqüentemente acompanhado de estenose do piloro. As ulcerações extensas da mucosa podem não aparecer e o exame histológico revela uma forte fibrose associada a uma larga infiltração de células redondas. Em alguns exemplos aparecem grupos de células tumorais interpostos no meio dêste tecido inflamatório, mas, em muitos outros casos, o exame detalhado de diferentes cortes é incapaz de evidenciar qualquer degenerescência maligna. Ao exame sumário do estômago todas as diferentes camadas da sua parede parecem atingidas, mas em menor grau a serosa e a mucosa. Uma observação menos cuidada pode levar à convicção de que se trata de um processo benigno e inflamatório, e isto tanto pelo exame macroscópico, como pelo exame microscópico. A sífilis tem sido indicada como causa da lesão por alguns autores. Contudo, mediante um estudo atento da literatura, é evidente que todos estes casos devem ser considerados como tumores de natureza maligna e que os doentes, quando são observados durante um largo período, revelam, a certa altura e quasi sempre, manifestações de carácter maligno,

MORAIS DAVID.

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmódico especialmente preparado para a terapêutica cardio-vascular

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

## STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução concentrada, inalterável, dos princípios activos das leveduras de cerveja e de vinho.*

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :  
**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ,** etc.

## MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

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

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

# VIGANTOL

Marca registrada

Preparado de Vitamina-D estandardizada de alta eficiência. Em dosagem terapêutica de boa tolerância e sem efeitos secundários: promove o crescimento dos ossos e o desenvolvimento dos músculos, favorece a cura de afecções osseas (osteoparatirose, tuberculose ossea, fracturas), impede perturbações da odontogenese, actua favoravelmente sobre a consolidação do esmalte dentário e sobre a erupção dentária, aumenta o apetite e o metabolismo geral.

Aumenta a defesa orgânica contra as moléstias da lactância e da infância.

Impede o raquitismo e protege a mãe na gravidez e no período de lactação, contra a descalcificação do organismo, que se manifesta nos transtornos da dentadura, dores articulares, osseas e musculares.

Embalagens originaes:

Oleo de Vigantol (1 c. c. contem 50 unidades clinicas), conta-gotas de 10 e 50 c. c.  
Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unidades clinicas), caixas com 50 e frascos com 250 drageas.



«Bayer-Melior-Lucius»

Secção Farmacêutica Científica  
I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft  
Leverkusen (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»  
AUGUSTO S. NATIVIDADE  
Rua dos Douradores, 150, 3.º  
LISBOA

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos  
DARMSTADT (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.  
Rua dos Douradores, 7  
LISBOA

Imunização activa contra a febre tifóide, com particular referência a um método de injeção intradérmica. (*Active immunization against typhoid fever, with particular reference to an intra-dermal method*), por LOUIS TUFT. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Março de 1931.

Poucas dúvidas restam hoje quanto ao valor da imunização activa contra a febre tifóide por meio da administração de vacinas tíficas. As diferenças de opinião que existem ainda referem-se exclusivamente ou ao método de administração ou ao tipo da vacina empregada. O método mais corrente consiste nas injeções subcutâneas de 3 ou 4 doses de uma suspensão salina contendo bacilos tíficos e paratíficos A e B, em uma concentração de mil milhões de bacilos tíficos para quinhentos milhões de paratíficos A e B por c. c.; as doses são de  $\frac{1}{2}$  c. c. para a primeira injeção e de 1 c. c. para as injeções seguintes.

Estas injeções são acompanhadas de sintomas de reacção local e geral que, sem serem alarmantes, são desagradáveis e incômodas. T. estudou um outro método de imunização, ao que parece com as mesmas vantagens e sem os inconvenientes dos outros processos até agora descritos. Tendo demonstrado experimentalmente que a resposta imunológica que aparece como consequência das injeções intradérmicas de pequenas doses da tríplice vacina tífica é tão boa como a que se provoca pelas injeções subcutâneas ou intramusculares de doses maiores da mesma vacina, adoptou o seguinte método de imunização profiláctica:

Injecta, a cinco ou sete dias de intervalo, quatro doses de uma vacina fresca contendo um bilião de bacilos tíficos e quinhentos milhões de cada um dos paratíficos A e B, por via intradérmica, no braço, nas doses sucessivas de 0,05 c. c., 0,1 c. c., 0,15 c. c. e 0,2 c. c.

Em uma série de mais de 100 indivíduos este método deu uma prova satisfatória da sua eficácia, como foi demonstrado por meio das reacções de aglutinação. As reacções locais são quasi nulas e o mesmo se pode dizer das reacções gerais.

MORAIS DAVID.

Reacções consecutivas à transfusão de sangue, com anúria e uremia. (*Reactions following transfusion of blood, with urinary suppression and uremia*), por J. BORDLEY. — *Arch. of Int. Med.* Fevereiro de 1931.

Para o estudo das reacções de carácter mais ou menos arrastado que se encontram em certos doentes que receberam a transfusão de sangue o A. baseia-se na observação detalhada de 3 casos pessoais e na de mais 14 respigados da literatura e que aparentam a maior analogia clínica com aqueles.

A marcha dos sintomas de reacção mostra sempre um aspecto particularmente característico: logo após a transfusão aparece um movimento febril de início brusco seguido de hemoglobinúria na grande maioria dos casos; em todos os doentes há sempre supressão das urinas. Nos dias seguintes nota-se uma certa melhora a-pesar-de se manter a oligúria. Depois de um intervalo variável entre um dia e uma semana, desenvolve-se rapidamente a reacção

com sintomas nervosos de comêço, complicados depois com sintomas de insuficiência renal e uremia.

A anatomia patológica dos casos que se têm podido aproveitar para estudo demonstra graves alterações do figado e dos rins. O figado, nos casos do autor, mostrou necrose central e alteração análoga se verificou em alguns outros casos publicados por outros autores. As alterações dos rins são caracterizadas por um aumento do seu volume, com alterações degenerativas, descamação do epitélio tubular e obstrução por elementos do sangue (glóbulos e seus resíduos).

Nem todos os casos tiveram exame suficientemente metuculoso para que se possa estabelecer uma causa univoca na determinação dos sintomas descritos. Contudo, pelo que se apura de alguns e justamente daqueles em que o estudo foi mais minucioso, a reacção deve prender-se com incompatibilidades existentes entre o sangue do doente e do doador.

A mortalidade é bastante elevada. A cura é precedida de larga diurese e a morte acompanhada de fenómenos urémicos.

MORAIS DAVID.

O tratamento sérico intensivo da meningite cérebro-espinal. (*Intensive serum treatment of cerebro-spinal fever*), por H. BANKS. — *The Lancet*. 4 de Abril de 1931.

Quando exista a impossibilidade de determinar o tipo de meningococo do doente e o sôro específico que lhe corresponde, aconselha B. que se use o sôro polivalente em doses de 100 a 200 c. c. por via intravenosa ou intraperitonial em adição ao tratamento usual da doença.

MORAIS DAVID.

Um potente sôro antipoliomiélitico de cavalo, concentrado, e seu uso experimental em macacos infectados. (*A potent antipoliomyélitic horse serum concentrate and its experimental use in infected monkeys*), por E. WEYER, W. PARK e E. BANZHAF. — *The Jour. of Exp. Med.* Abril de 1931.

Sumário :

O cavalo, aparentemente refractário para a poliomiélie, pode em certos casos, não em todos, produzir anticorpos contra o vírus da poliomiélie.

A actividade dêste sôro pode ser aumentada até o ponto de a tornar comparável à do sôro humano de convalescentes e, quando concentrado e purificado, pode ainda reforçar cêrca de quatro vezes os seus efeitos.

Estas variedades de sôro concentrado têm provado o seu valor impedindo a paralisia nos macacos inoculados, quando administrado por via intra-espinal, antes do início da paralisia.

A melhor via para a introdução do sôro, a que melhores resultados tem dado, é a via intra-espinal.



O sôro de individuos normais mostra-se também activo na neutralização do vírus, mas a sua potência é cêrca de metade da do sôro de convalescentes.

---

MORAIS DAVID.

A etiologia da infecção aguda das vias respiratórias superiores (constipação vulgar). (*The etiology of acute upper respiratory infection (common cold)*), por P. LONG, J. DOULL, J. BOURN e E. MC COMB. — *The Jour. of Exp. Med.* Abril de 1931.

Conclusões:

Infecções experimentais das vias aéreas superiores similares à constipação vulgar foram transmitidas, isoladamente ou em série, através de duas a quatro passagens a 9 de 15 pessoas, por meio de inoculações intranasais de filtrados do exsudado naso-faríngeo obtido de doentes constipados.

Estas observações conformam-se com as que outros investigadores anteriormente fizeram e são favoráveis ao papel etiológico do vírus filtrável.

---

MORAIS DAVID.

«Angina pectoris» e diabetes açucarada. (*Angina pectoris and diabetes mellitus*), por H. ROOT e A. GRAYBIEL. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 21 de Março de 1931.

Do estudo de 210 diabéticos que sofriam também de crises anginas verificou-se a alta freqüência com que se depara esta associação e com uma percentagem sensivelmente igual tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

A diabetes figura como uma condição capaz de alterar os vasos coronários através das perturbações metabólicas que determina no organismo e imprime algumas particularidades clínicas aos doentes, o que os distingue um pouco dos doentes anginosos sem diabetes.

---

MORAIS DAVID.

Diabetes e anemia perniciosa. (*Diabetes and pernicious anemia*), por H. ROOT. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 21 de Março de 1931.

R. apresenta 48 casos de diabetes associada com anemia perniciosa, 7 dos quais vêm acompanhados do respectivo exame anátomo-patológico. Em quasi todos os doentes a diabetes precedeu os sintomas de anemia. A acloridria, que é freqüente nos diabéticos, pode talvez ter importância como factor patológico causal da anemia. O tratamento pela insulina, conjuntamente com a opoterapia hepática e com a dieta rica em vitaminas, dá bons resultados.

---

MORAIS DAVID.

A aparição de diabetes mellitus depois das doenças agudas do pâncreas. (*Das Anstreten des Diabetes Mellitus nach a Kuten Pankreas-krankungen*), por F. BERNHARD. — *Klin. Wochen.* N.º 14. 1931.

Em cinqüenta doentes que nestes últimos vinte anos foram operados duma doença aguda do pâncreas (clínica de Giessener) e se curaram da intervenção cirúrgica, houve cinco casos de diabetes, três dos quais faleceram, estando os dois restantes submetidos a tratamento médico.

Em relação ao material do autor a diabetes pode ser devida a uma doença aguda do pâncreas em 10 % dos casos.

A diabetes sobrevém principalmente quando a necrose pancreática aguda produz grandes sequestros ou conduz a fistulas pancreáticas de longa duração. Entretanto, nas formas ligeiras de necrose pancreática aguda devemos contar igualmente com a aparição tardia de diabetes.

Em 25 casos foi deteminada a tolerância para os hidratos de carbone por meio da prova da dextrose. Em cinco casos, portanto em vinte por cento, a curva da glicemia e a prova da glucosúria alimentar revelaram uma perturbação latente do metabolismo do açúcar.

Durante o acto cirúrgico a extirpação simultânea da vesícula doente (que em 90 % dos casos é a causa da doença do pâncreas) não evita a aparição ulterior de diabetes.

Estes factos levam o autor a aconselhar o tratamento dietético nos casos em que se provar que a doença aguda do pâncreas provocou a manifestação duma anomalia latente dos hidratos de carbone.

F. FONSECA.

Contribuição para a radioterapia dos linfomas malignos primitivos. (*Contribution a la radiothérapie des lymphomes malins primitifs*), por P. SCHLANGER e E. DE SCHLANGER. — *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie.* T. II. N.º 2. 1931.

Os autores eliminam do seu trabalho os linfomas benignos e a tuberculose ganglionar e encaram sucessivamente o granuloma maligno ou doença de Hodgkin e o linfo-sarcoma.

I — Doença de Hodgkin:

1.º — A doença de Hodgkin pode apresentar-se clinicamente sob as formas aguda ou crónica.

2.º — A forma aguda e o periodo terminal da forma crónica têm o mesmo aspecto clínico.

3.º — Estas duas formas são pouco melhoradas pela radioterapia.

4.º — Nos primeiros anos de evolução da doença, a radioterapia tem uma acção nitida e eficaz sôbre as formas crónicas.

5.º — O diagnóstico deve fazer-se precocemente.

6.º — Todo o tumor ganglionar crónico de origem desconhecida deve ser examinado por biopsia.

II — Linfo-sarcoma:

1.º — Os linfo-sarcomas são tumores muito sensíveis aos raios X.

2.º — O resultado definitivo, a cura completa, não consegue obter-se em geral, por causa da limitada sensibilidade da pele aos raios X.

3.º — O tratamento deve fazer-se gradualmente com intervalos correspondendo à evolução da doença.

4.º — Casos clinicamente muito graves devem, entretanto, tratar-se pela radioterapia.

*Técnica:* — Aparelhagem com interruptor; *kilowatts*. 170 máximo; miliampère, 5; distância, 30 cm.; filtração, de 0,3 a 0,5 de cobre; cada H: de um a um minuto e meio.

F. FONSECA.

O progresso no tratamento cirúrgico da doença de Basedow. (*Der Fortschritt in der chirurgischen Behandlung des Morbus Basedow*), por KLOSE-KLIN. — *Woch. N.º 14*. 1931.

Os progressos no tratamento cirúrgico da doença de Basedow consistem, na sua maioria, na preparação cada vez mais cuidadosa dos doentes para a intervenção e ainda, nos casos graves, no emprêgo da narcose pela avertina.

Assim os riscos operatórios são cada vez menores e a reacção post-operatório perdeu a gravidade que anteriormente apresentava.

As operações em vários tempos podem pois com vantagem ser substituídas pela tiroidectomia subtotal num tempo único.

F. FONSECA.

Contribuição para o tratamento cirúrgico da diabetes. (*Zur chirurgischen Behandlung des Diabetes*), por G. ROSENFELD. — *Klin. Woch. N.º 14* 1931.

Num trabalho anterior (*Biochem. Z.* 1930) o autor verificou que a diástase, em solução aquosa ou de Ringer, injectada nas veias de cães e coelhos, provoca uma baixa da glicemia de modo semelhante ao da insulina.

#### Glicemia

		2 grs. de diástase por semana
7 horas e 20 min.	117	» » » » » »
8 »	108	» » » » » »
8 » e 30 min.	110	» » » » » »
9 » » 10 »	66	» » » » » »
10 » » 20 »	61	» » » » » »
10 » » 50 »	59	» » » » » »
11 » » 30 »	76	» » » » » »
12 »	72	» » » » » »
13 » » 10 »	90	» » » » » »
14 » » 20 »	93	» » » » » »
15 » » 10 »	108	» » » » » »
16 » » 12 »	115	» » » » » »

Entretanto o autor demonstra que esta acção hipoglicemiante da diástase não é aproveitável na diabetes humana.

A laqueação do *ductus setenonianus* baixa o açúcar do sangue em virtude da reabsorção de ptialina, mas como processo terapêutico raramente é eficaz na diabetes humana.

A implantação da parótida baixa a glicemia, mas determina simultaneamente hemoglobinúria, mortal que pode ser evitada por meio da anterior extirpação do baço ou dieta hepática. O autor lembra esta terapêutica para o tratamento da hemólise no homem.

F. FONSECA.

**Pesquisas clínicas e experimentais sôbre a questão do tratamento peroral da diabetes; segunda comunicação: a acção do fígado sôbre o metabolismo hidrocarbonado da diabetes mellitus.** (*Experimentelle und Klinische Untersuchungen gur Frage der peroralen Diabetesbehandlung; II Mitteilung. Die Wirkung von Leber auf den Kohlehydratstoffwechsel beim Diabetes Mellitus*), por K. GUTMAN e S. HORWITZ. — *Klin. Woch.* N.º 13. 1931.

A administração diária de 200 grs. de fígado de boi ou de vitela, cru ou cozido, melhora a tolerância para os hidratos de carbone num pequeno número dos diabéticos examinados e peora-a nos restantes. Nestes a baixa da tolerância para os hidratos de carbone depende da quantidade de fígado administrado.

Não é possível uma classificação dos diabéticos, sob o ponto de vista patogénico, em relação à acção do fígado sôbre o metabolismo dos hidratos de carbone.

F. FONSECA.

**Pesquisas sôbre o modo de acção das injecções intravenosas de glucose.** (*Untersuchungen zur Wirkungsweise intravenöser Traubenzuckerinjektionen*), por W. COLLENS, M. GOLDZIEHER e H. KOSTER. — *Klin. Woch.* N.º 13. 1931.

1) Injecções intravenosas de glucose aumentam normalmente o cociente respiratório.

2) As intervenções cirúrgicas no abdómen evitam a subida do cociente respiratório depois da administração de açúcar.

3) Decorrido o período crítico post-operatório, novamente as injecções de glucose provocam a subida do cociente respiratório, excepto nos casos de convalescença acidentada.

4) Parece que nos casos em que, antes da operação, as injecções de glucose não determinaram a subida do cociente respiratório, há uma deficiente resistência para o traumatismo cirúrgico.

5) A glucose injectada na veia não é transformada em ácido láctico, porque o ácido láctico do sangue não sofre qualquer aumento.

6) As alterações histológicas observadas pelos autores nas células de Kupffer traduzem uma estimulação e aumentada função celular.

Essas alterações depõem a favor duma activação do sistema retículo-

-endotelial, o que explicaria a acção terapêutica das injeccões intravenosas de glucose.

F. FONSECA.

Alterações da hipófise depois da irradiação do ovário. (*Hypophysenbefund nach Ovarialbestrahlung*), por J. BORAK e F. WINDHOLZ. — *Klin. Woch.* N.º 13. 1931.

Descrição das alterações da hipófise observadas, pela primeira vez, numa mulher de trinta anos que, em virtude de metástases carcinomatosas da bacia, tinha sofrido irradiação intensiva dos ovários.

O exame histológico do ovário revelou a quasi completa desapareição do aparelho folicular, enquanto permaneciam em quantidade média as células intersticiais.

Em relação ao lobo anterior da hipófise observaram os autores um aumento accentuado das células eosinófilas, intensamente granuladas e por vezes oferecendo um aspecto de hiperplasia adenomatosa.

O quadro histológico é pois semelhante ao que se obtém depois da extirpação dos ovários, e que é designado como hipertrofia de castração da hipófise.

Como no caso presente a irradiação lesa em primeiro lugar os folículos de Graaf, enquanto as células intersticiais não estão seguramente alteradas, parece poder concluir-se que a destruição do aparelho folicular é sufficiente causa patogénica da transformação das células do lobo anterior da hipófise na reacção de castração.

F. FONSECA.

Hypophen (extracto do lobo posterior da hipófise) como excitante da actividade intestinal, especialmente nas paralisias intestinais post-operatórias e peritonite. (*Hypophen (Hypophysenhinterlappeneextrakt) zur Auregung der Darmtätigkeit, speziell bei postoperativer Darmlähmung und Peritonitis*), por H. DIENZ. — *Therapie der Gegenwart.* N.º 4. 1931.

O A. empregou o Hypophen, sempre com boa e constante acção, em mais de cem casos de paralisia intestinal post-operatória e peritonite ainda como excitante do peristaltismo intestinal depois de laparotomias.

Em três casos de peritonite o decurso foi desfavoravel, tendo-se restabelecido a actividade intestinal em todos os restantes depois da administração de Hypophen.

Na maioria dos casos empregou-se a dose de 1 a 2 c. c. por via intramuscular, uma ou mais vezes por dia.

Nos casos graves pode também administrar-se por via intravenosa em injeccão demorada e na dose de  $\frac{1}{2}$  a 2 c. c.

Nos casos muito graves aconselha o A. a injeccão de 500 c. c. de soluto de cloreto de sódio com duas a cinco ampôlas de Hypophen, sem observar qualquer prejuizo para o doente, e evitando com tal dosagem os estados de colapso.

O Hypophen pode também usar-se como estimulante do peristaltismo intestinal depois de laparotomias.

F. FONSECA.

**Sobre as granulações chamadas tóxicas dos granulócitos neutrófilos das crianças.** (*Sur les granulations soit-disant toxiques des granulocytes neutrophiles chez les enfants*), por LEONARDO DE CASTRO FREIRE (Lisboa).— *Compte-rendus des séances de la Société de Biologie, Lisbonne, séances du 22 Juillet et 29 Octobre 1930.* Tôm. cv. Pág. 806.

Sem poder negar a influência exercida na periferia pelo foco da lesão sobre os leucócitos, o A. não exclui a origem mielóide das granulações *b*, o que vai de encontro ao estabelecido pela escola de Naegeli, da qual Gloor recentemente apresentou as ideias sobre o assunto numa excelente monografia (1929).

Este último autor serviu-se apenas de alguns esfregaços de medula óssea *post-mortem*, provenientes de casos de septicemia grave, chegando ao esgotamento medular (*myelophthisis*). Com o fim de prosseguir no estudo da questão, fez Castro Freire esfregaços de medula durante a vida, o que é possível muitas vezes nas crianças da primeira infância, quando a epífise superior da tíbia se deixa facilmente puncionar com uma agulha grossa. Utilizou a coloração de Mommsen, mais constante que a de Freifeld, e melhores ambas que as colorações vulgares não electivas.

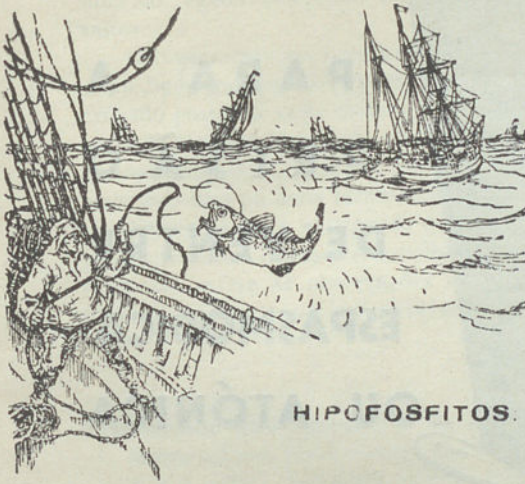
Comparou as preparações assim obtidas, em casos de septicemia e de outras doenças, com preparações de sangue periférico feitas nos mesmos dias e tratados do mesmo modo, e encontrou sempre numerosas granulações tóxicas nos neutrófilos da medula, algumas vezes em maior quantidade do que nos do sangue periférico. Viu-as quasi constantes, o que contraria a opinião de Mommsen, nos desvios para a esquerda, isto é, nos casos de maturação acelerada, e em estados vizinhos do estado fisiológico, o que mostra não se tratar tanto duma neoformação degenerativa de origem tóxica como duma anomalia discreta cujo indício patológico se traduz apenas pela abundância e pela intensidade. Em pediatria, segundo Castro Freire, não têm valor diagnóstico e prognóstico, parecendo arriscado concluir, como sai da escola de Naegeli, que estas granulações coexistam e caracterizem sempre uma lesão focal qualquer (abscesso oculto, pneumonia central, etc.).

MENESES.

**Meniscos do joelho; o sinal do salto,** por RICARDO FINOCHIETTO (Argentina).— *La Prensa Médica Argentina.* Ano XVII. N.º 5. Julho 1930. Pág. 302-326. Ref. in *Révue d'Orthopédie.* 1931. Pág. 285.

Procurando num joelho traumatizado o sinal da gaveta, o A. sentiu, com a articulação flectida em ângulo obtuso, uma ligeira subluxação para diante, da tíbia, ao mesmo tempo que percebia um pequeno ressalto brusco e um ruído ao nível da parte pósterio-interna, acusando o doente nesse momento

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:** Reconstituinte do sistema nervoso  
**GOTAS F. V. A. T.:** Potente antiescroluloso.

Depositários gerais para Portugal: **PETANA, BRANCO & FERNANDES, L.ª**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª - 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.

**DÉPURATIVO 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.ª**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA



PARA A  
PRISÃO  
DE VENTRE  
ESPASMÓDICA  
OU ATÓNICA

Nestes casos o 'Petrolagar' oferece vantagens ao movimento do intestino, produzindo umas fezes bem moldadas e brandas, sem produzir qualquer especie de irritação.

É extremamente util para os doentes de cama ou em convalescença, por auxiliar os movimentos peristalticos normais.

Receite o 'Petrolagar' a um bom numero dos seus doentes e observe os seus excelentes resultados.

*À disposição do Corpo Médico. ha amostras e literatura que interessa.*

*Escreva ao Representante em Portugal.*

*RAUL GAMA,  
Rua dos Douradores, 31,  
LISBOA.*

**'Petrolagar'**  
(Marca Registada)



uma dor aguda. Largando a tibia, tudo entrou em ordem. É este o «sinal do salto».

O rasgamento mais ou menos completo do ligamento cruzado anterior é a condição indispensável para a existência d'este sinal, podendo o ligamento cruzado posterior estar intacto. Além disso, êste sinal é sintomático duma lesão do menisco interno, tendo lugar no seu tærço ou no seu quarto posterior e consistindo essencialmente numa fenda longitudinal com rasgamento menisco-capsular ou mais raramente contusão e achatamento do menisco.

Nestes casos, a extirpação do menisco interno está indicada. Esta extirpação, tornando impossível o trilhamento do menisco, suprime o «salto». Finochietto refere as observações de 23 doentes nos quais existia êste sinal; todas confirmam o mecanismo invocado e a eficácia da extirpação do menisco.

#### MENESES.

**Tratamento das convulsões do lactante.** (*Behandlung der Sauglingskrämpfe*), pelo PROF. STEFAN ENGEL (Dortmund).—*Kinderärztliche Praxis*. Ano I.—H. I. Setembro de 1930. Pág. 37-39.

As convulsões do lactante, sobretudo além do 4.º ao 5.º mês, são na maioria das vezes de origem tetânica, como pode ser facilmente demonstrado pela hiperexcitabilidade mecânica e eléctrica, ou ainda percutindo o facial ou o peróneo e provocando assim as contracções típicas. Outras causas de convulsões podem ser as lesões sobrevindas no parto (recém-nascidos), as doenças intracranianas (meningites, etc.), e finalmente as deformidades congénitas do cérebro. É preciso notar que o lactante apresenta maior disposição para as convulsões, e que podem aparecer em toda a espécie de doenças, no seu comêço ou no seu decurso.

Grande número delas podem attribuir-se a uma tetania latente que a doença fez manifestar.

O tratamento das convulsões do lactante obedece a dois princípios: primeiro combater as convulsões pelos seus sintomas; depois combater a causa.

Como tratamento sintomático experimenta-se imediatamente um banho quente, que pode ser preparado com mais rapidez do que um medicamento. Muitas crianças acalmam nesse banho.

Entre os medicamentos, occupa um excelente lugar o hidrato de cloral, em doses relativamente elevadas, por via rectal. Essas doses não devem ser inferiores a 0,50 grs. e, em geral, não superiores a 1 gr.

O A. indica a seguinte fórmula:

Hidrato de cloral.....	4 grs.
Mucilagem de goma.....	50 »
Água destilada q. b. para.....	100 »

para dar em clister de 15 a 25 c. c.

Não aplicar o hidrato de cloral em doses fraccionadas, embora a dose para o adulto seja de 3 grs. o máximo, pois está provado que os lactantes suportam bem as doses altas e as pequenas doses não dão resultado.

No tratamento causal é preciso procurar a origem da convulsão. Nas convulsões tetânicas frequentes é necessário insistir na regularização da alimentação. Em primeiro lugar, fazer imediatamente uma pausa de fome durante 24 a 48 horas, dando-se durante êsse tempo um caldo de farinha a 2% ou 3%, isto é, num litro de água 20 a 30 grs. de farinha e uma pitada de sal. A excitabilidade tenderá logo a diminuir e as convulsões param. No entanto, é preciso depois alimentar a criança com alimentação apropriada, à qual se presta o leite materno.

Se isso não é possível, está indicado um *babeurre* pobre em sôro, isto é, um *babeurre* do qual depois de fervido e do repouso se substitui metade do sôro por água. Quando se não pode preparar com leite fresco êsse *babeurre*, são utilizáveis os preparados comerciais à venda em latas, o produto holandês de V. Vilbel (em Portugal encontram-se os da firma Edelweiss), ou o Eledon.

Com êsse *babeurre* a meio sôro, com a adição de 1 a 2% de farinha e 3 a 4% de açúcar, pode-se alimentar a criança 2 a 3 semanas, e depois com o *babeurre* normal, e em seguida a 2 ou 3 semanas passar a outras misturas habituais do leite. Nos estádios mais tardios desta dieta, como é freqüente o raquitismo andar de perto dêstes casos, dar um anti-raquitico qualquer (Vigantol) ou óleo de fígados de bacalhau, uma colher de chá por dia.

Nas convulsões de outra natureza, o tratamento causal não é muito fácil. Quando há hipertensão, obtêm-se muitas vezes resultado com a punção lombar. De contrário, temos de nos limitar ao tratamento sintomático dos estados convulsivos, dando cloral muitas vezes.

Melhor ainda é o luminal em doses de 0,05 grs. a 0,1 gr. por via bucal ou em injeções das ampolas a 20%, nas mesmas doses.

As convulsões na primeira infância ou mais tarde são relativamente raras. Na maioria das vezes são a convulsão inicial duma infecção, para o que basta o tratamento único dessa convulsão. Como em geral se associa a ela uma ascensão grande da temperatura, recomenda-se um banho refrescante de 30°-32°, ou um envolvimento morno a 25°-30°, com uma toalha embebida em água a essa temperatura.

#### MENESES.

Sobre a necessidade da excisão das feridas, no tétano. (*Ueber die Notwendigkeit der Wundexcision bei Tetanus*), por M. LANDSBERG. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N° 9. 1931.

O A. refere cinco casos de tétano, todos com bom resultado, se bem que um dêles tivesse um tempo de incubação só de 24 horas. Todos os pacientes foram tratados com altas doses de sôro (50.000 unidades) dos quais um têrço no canal raquidiano e o resto em injeções intramusculares. Estas doses foram dadas em 5-6 dias sucessivos, sem se ter observado nenhuma contra-indicação.

Além disso, procurou-se sempre encontrar o foco da infecção para se proceder à sua extirpação; em todos os casos as feridas estavam já cicatrizadas e pareciam inócuas.

A-pesar-disso foram extirpados em três casos e em dois encontraram-se pequenos detritos de madeira, os quais infectaram ratos com tétano.

Isto prova que na porta de entrada da infecção podem por muito tempo existir bacilos activos que é absolutamente necessário destruir.

---

J. ROCHETA.

Acêrca da etiologia do carcinoma do lábio. (*Zur Aetiologie des Lippenkarzinoms*), por R. FRIEDRICH. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 6. 1931.

O A. admite na etiologia do cancro do lábio uma causa de ordem química: substâncias contidas no fumo (amoníaco por exemplo) e que actuam ainda mais activamente pelo facto de se dissolverem na saliva; causas de ordem mecânica: percentagem predominante de casos masculinos pelo uso do cachimbo (é apontado o exemplo dum paciente que usava o cachimbo na comissura direita, tendo sido operado de carcinoma nessa comissura, e que depois da operação passou a usar o cachimbo à esquerda, o que deu origem por sua vez a segundo cancro).

Lickwist defende também a opinião que, junto a estas duas causas, há ainda a acção térmica, mais importante nos fumadores de cigarros e charutos que nos de cachimbo, sobretudo para aqueles que costumam fumar os cigarros quasi até final.

O A. em seguida descreve a história clínica dum doente, fumador de cachimbo, que foi operado de carcinoma do lábio e cujo pai, passados 15 dias após a alta do filho, teve de ser operado da mesma afecção e com a mesma sede, e que narrava na sua história pregressa o facto de, algum tempo antes, se ter ferido no lábio com a navalha de barba, ferida que não cicatrizou por o doente fumar também em cachimbo, usando habitualmente o do filho. O A., sem excluir em absoluto a idea duma disposição familiar para esta doença, aponta vários casos de evidente *contágio* e admite para os dois casos apontados a hipótese duma transplantação, que, segundo os últimos conhecimentos cancerológicos, se pode fazer por meio dum composto químico, excitante celular, capaz de transformar as células sãs em células cancerosas.

---

J. ROCHETA.

Da influência das intervenções cirúrgicas sobre as crises de asma. (*De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme*), por P. VALLERY-RADOT, P. BLAMONTIER e F. CLAUDE. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. N.º 10. 1931.

Os AA. apresentam um resumo de algumas observações demonstrativas que confirmam os factos já averiguados do desaparecimento das crises asmáticas após as intervenções cirúrgicas. Alguns dos casos apresentavam acessos de asma muito frequentes, por vezes cotidianos, e mesmo subinfrantes,

Nas observações apresentadas, as crises de asma ou de coriza espasmódica desaparecem durante um lapso de tempo variável: 15 dias, 2-6 meses ou mesmo mais e logo a seguir à intervenção. Têm sido admitidas várias hipóteses para a explicação deste facto: a ablação duma *espinha irritativa* responsável das crises, e que só tem razão de ser quando o desaparecimento das crises se mantém por largo tempo; pode invocar-se a acção da anestesia geral, como o faz Troisier, mas esta hipótese é inaplicável aos casos de anestesia local; outra é a da acção desempenhada pela sangria inerente a toda a intervenção cirúrgica, idea que tem sido confirmada nalguns casos, pela extracção de sangue mesmo em pouca quantidade. Segundo Daniélopoulo o choque operatório como a anestesia produzem uma diminuição do *tónus* vegetativo, de onde a possibilidade da desapareição do síndrome paroxístico; todavia, este A. reconhece que esta explicação não basta para os casos de cura durante meses.

Há ainda a notar que todas estas hipóteses patogénicas ainda explicam menos os casos de aparecimento de crises de asma após as intervenções.

Actualmente admite-se que uma crise asmática, qualquer que seja a sua origem, está sob a influência dum desequilíbrio vago-simpático.

Pode portanto pensar-se que uma intervenção cirúrgica, actuando sobre os filetes terminais do pneumo-gástrico, possa modificar duma maneira durável o estado do sistema nervoso vegetativo e por consequência provocar ou fazer cessar as crises.

J. ROCHETA.

**Indicações para a intervenção cirúrgica na D. Basedow.** (*Indikationen zum chirurgischen Eingriff bei M. Basedow*), por J. BAUER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1931.

A sistematização dos casos de bócio exoftálmico, relacionada com as suas indicações terapêuticas, é para o A. baseada nos três seguintes princípios:

a) Segundo a gravidade do quadro clínico, distinguem-se os casos completos, clássicos, dos incompletos ou frustes, e ainda estes daqueles com sinais constitucionais de hipertiroidismo; praticamente há formas de transição que abrangem toda a série. Por isso o juízo sobre a gravidade da doença não se pode basear num ou dois sinais clínicos, nem mesmo só sobre o M. B., mas basear-se nas observações do estado geral do paciente.

b) Segundo o comportamento morfológico da glândula tiroideia, é costume dividir-se o hipertiroidismo em primário e secundário *moebius* conforme aquele aparece numa glândula até aí considerada normal ou se enxerta num bócio simples. Ao segundo corresponde o *struma* basedowificado, que engloba o adenoma tóxico dos americanos como subgrupo especial.

Esta divisão assenta sobre a presumível quantidade de substância colóide da glândula. No 1.º caso supõe-se que o órgão está empobrecido nessa substância, e por isso acontece às vezes não se dar um aumento do seu volume; no 2.º caso, pelo contrário, julga-se que haja acumulação dessa substância.

c) Do ponto de vista patogénico do síndrome clínico, procura saber-se, em

determinado caso, até onde alcança o excesso de produção hormonal e a importância da reacção provocada pelo hipertiroidismo sobre as outras glândulas. Bócios grandes, com sopros audíveis ao seu nível, assim como M. B. muito aumentado, são sempre sinais de hiperactividade glandular. Sinais de nervosismo e estigmas vegetativos denunciam uma hipersensibilidade tóxica, que ainda mais se confirmam se a glândula é pequena e o M. B. pouco elevado.

O tratamento cirúrgico, que até há pouco era o último recurso pela enorme mortalidade que acarretava, tornou-se, depois que Plummer introduziu como terapêutica prévia da doença de Basedow operável o iodo, menos perigoso do que qualquer outro tratamento e conduz em menos tempo, e dum modo mais perfeito, para a cura. 80 a 90% dos casos assim tratados curam-se ou melhoram muito.

A dose e aplicação do iodo depende essencialmente do estado funcional da glândula, isto é, da sua maior ou menor riqueza em substância colóide, pois esta pode em caso de hipertiroidismo melhorá-lo, mas também o pode provocar quando aquele não exista. O iodo, portanto, empregar-se há, tanto mais quanto menos substância colóide existir (hipertiroidismo primário) e evitar-se há quando esta substância se encontrar em abundância (hipertiroidismo secundário).

As indicações cirúrgicas da doença de Basedow são as seguintes:

- 1) Todos os casos de hipertiroidismo, que produzam uma compressão mecânica da traqueia.
- 2) Todos os casos que no decurso de 2-3 meses de tratamento médico não melhorem ou piorem.
- 3) Finalmente, os casos ligeiros ou de mediana gravidade de hipertiroidismo com grande bócio que não tenham cedido ao fim de 6 meses nem ao tratamento médico nem à roentgenterapia.

¿Como se devem explicar os 10-20% de insucessos ou pelo menos de resultados insuficientes após o tratamento operatório? Em parte por ressecções pouco extensas, e esta hipótese é confirmada, sobretudo nos serviços cirúrgicos norte-americanos, pelos bons resultados obtidos depois da reoperação. Todavia, casos há em que, a-pesar-de repetidas reduções da glândula, não se obtém a cura; a este grupo pertencem os basedow timogénicos, aos quais está indicado fazer-se uma redução operatória do timo hiperplasiado, que só deve efectuar-se, quando a primeira feita ao bócio tiver sido repetida, e não tenha dado nenhuma melhoria.

J. ROCHETA.

**A hiperestesia da parede abdominal e a sua importância clinica.** (*Die Bauchdeckenhyperästhesie und ihre klinische Bedeutung*), por O. REICHEL e E. WELLISCHE. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1931.

A hiperestesia da parede abdominal, que aparece quasi exclusivamente nas mulheres, é caracterizada por uma dor que pode ter a sua sede na pele, no tecido celular subcutâneo e mesmo na camada muscular; mais frequentemente a dor abrange somente o tecido celular subcutâneo. É quasi sempre

duradoura e pode localizar-se a um determinado quadrante, ou abranger diffusamente todo o abdómen. Movimentos ou aplicações frias aumentam-na, habitualmente; encontram-se com mais freqüência em mulheres nutridas ou nas que possuem abundante panículo adiposo da parede abdominal.

O mais importante meio de pesquisa para o reconhecimento duma hiperestesia desta região é o levantamento duma prega cutânea e o esmagamento ou beliscamento lateral da camada subcutânea; um outro meio citado por Halban, que pesquisa principalmente as camadas profundas, a camada muscular, consiste em colocar a mão ligeiramente sôbre a pele do abdómen da doente em decúbito dorsal e pedir-lhe para se sentar rapidamente. Com êste movimento, que faz contrair os músculos, a doente acusa, ao nível da mão que palpa, uma dor intensa que anteriormente não acusava.

A cura da hiperestesia pode residir na própria parede abdominal quando se trata duma adiposalgia abdominal, celulalgia ou nevralgia da parede. Halban é de opinião que as zonas hiperestésicas da parede abdominal são em geral de origem reumatismal, e não um sinal de enteroptose como quere Schröder; ou pode ser um sintoma duma afecção interna e representar a projecção do órgão doloroso à superfície, isto é, pode corresponder a uma zona de Head, por reflexo víscero-sensorial. Como órgãos affectados aparecem predominantemente os genitais, o apêndice e a vesícula biliar.

No que respeita à terapêutica, um dos meios mais eficazes é a arsonvização, já há bastante tempo elogiada por Kowarschik, que tem usado nas nevralgias cutâneas e nas cicatrizes dolorosas. O A. tem tirado bons resultados com êste método, nas hiperestesias da parede abdominal, desenvolvidas depois de hysterectomias ou de qualquer outra intervenção abdominal.

J. ROCHETA.

Sôbre a importância diagnóstica da sêde, principalmente como sintoma inicial. (*Ueber die diagnostische Bedeutung des Durstes zumal als Initialsympton*), por F. SCHOENING. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 14. 1931.

O A. menciona uma série de estados onde a sêde inicia o cortejo sintomatológico, e que é em geral pouco tomado em consideração:

1) Num caso de pleurisia exsudativa sem pontada nem dores, cujo exame clínico pleuro-pulmonar nada revelou. Sêde intensa e oligúria, sintomas que desaparecem depois do aparecimento franco dum derrame intrapleural.

2) Num caso de insuficiência cardíaca com estase caracterizada de início pelo aparecimento de sêde intensa e que não apresentou nos primeiros dias senão um ligeiro edema molecular, que nem tinha sido notado pelo próprio paciente.

3) Num caso de nefrose numa criança, cujos pais procuraram o médico, pela sêde súbita de que o filho se queixava, não se notando nos primeiros dias senão um pequeno edema das bôlsas.

4) Num caso de hipertrofia prostática num indivíduo de 60 anos, de início

caracterizada também por sede intensa, e que só desapareceu depois do esvaziamento da retenção urinária.

5) Num caso de estenose do piloro, por úlcera e insuficiência da *muscularis* também iniciada por sede intensa, desaparecida só após a gastro-enterostomia.

Não esquecer além dos casos apontados o aparecimento da sede duma maneira brusca, nos ileos e nas hemorragias internas.

J. ROCHETA.

**A terapêutica dos sintomas idiosincrásicos agudos.** (*Therapie akuter idiosynkrasischer Erscheinungen*), por E. SCHOTT. — *Fortschritte de Therapie*. Heft 7. 1931.

Os tipos reaccionais mais importantes de natureza idiosincrásica podem dividir-se com Doeir em :

- 1) Asma idiosincrásica (forma brônquica).
- 2) Reacções da mucosa nasal e conjuntival.
- 3) A forma gastro-intestinal e
- 4) A reacção cutânea, e ainda na doença sérica sintomas reumatismais, musculares e articulares, edema, hipertrofia esplênica e lesões renais.

Como tratamento mencionaremos alguns agentes físicos: a luz, as caixas de lâmpadas (asmáticas), cataplasmas húmidas nas conjuntivites, banhos de luz nas rinites, aplicações de compressas quentes ou irradiações do ventre na enterite, etc.

Como dieta, é de boa prática não forçar o apetite, quasi nulo nos primeiros dias em geral, e limitarmo-nos a administrar aos doentes só líquidos (água, água mineral, água chalada); se os sintomas não retrocedem, deminuir a seguir o cloreto de sódio da alimentação.

A terapêutica medicamentosa está reduzida principalmente à injeccção de adrenalina, 1 mg. subcutâneo, ou se o estômago não apresenta sinais de intolerância, efetonina *per os* (comprimidos de 0,05—1 a 3 vezes por dia).

Nos casos raros, de choque grave por vezes mortal, está também indicada a imediata injeccção de adrenalina, além de envoltimentos quentes, cânfora (cardiazol) eventualmente digipurat, digalen ou estrofantina em injeccções intravenenosas.

Devem ainda mencionar-se, se bem que se trate propriamente de tratamento profilático, a administração de peptona, 0,5, 1/2 hora antes das refeições ou da tomada dos medicamentos.

J. ROCHETA.

**O emprêgo prático da varicografia.** (*Die praktische Anwendung der varicographie*), por M. WOLF e F. REMENOWSKY.—*Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1931.

Vários autores, com o fim de melhor conhecerem o mecanismo da circulação sanguínea nas varizes, têm empregado várias substâncias que permitem seguir aos raios X o trajecto das substâncias injectadas (Jentzer com bro-

mato de extrôncio, Nobel com Dominal X, Sicard com lipiodol, Schmidt com uroselectan, etc). Todos êstes meios não têm contentado em absoluto, ou porque alguns não dêem opacidade apreciável ou ainda provoquem sinais de intoxicação.

Os AA. resolveram empregar o Abrodil (monoiodametasulfato de sódio) que dá boas imagens em quantidades que vão de 10-20 com. dum soluto a 20%, embora os tenham empregado a título de experiência em concentrações mais elevadas — até 60% — sem sintomas secundários inquietadores.

a) Nas investigações com os doentes em posição horizontal e imobilidade completa, verificou-se que o Abrodil estagna bastante tempo nas veias dilatadas, nalguns casos, e noutros, devido à predominante direcção retrógrada da corrente, aquela substância se encontra principalmente nas ramificações venosas periféricas.

b) Que mesmo com a técnica mais correcta e exata ou com aplicações de laços compressivos, não é possível fixar a substância esclerosante por um período longo num determinado e circunscrito campo de varizes, ou mesmo evitar que se verifique uma diluição dessa substância feita com o sangue vindo doutros territórios, porque

c) É fácil a contestação radiográfica da existência de importantes vias anastomáticas que ligam a rede superficial com a profunda.

d) Que o receio que a passagem do líquido esclerosante para as veias profundas possa provocar-lhe a sua obliteração, com tôdas as suas funestas conseqüências, é infundado.

J. ROCHETA.

**A clinica e a terapêutica da influênciã (Gripe).** (*Zur Klinik und Therapie der Influenza (Grippe)*, por F. N. JAGIE.— *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1931.

A verdadeira influênciã ou gripe caracteriza-se, embora com ligeiras variantes, de epidemia para epidemia, pelos seguintes essenciaes sintomas: inicio brusco com febre alta, por vezes acompanhada de ligeiros arripios, quebreira, inaptidão para o trabalho e dores nos membros e região lombar. Estas dores, principalmente nos casos graves, são em geral devidas a hemorragias musculares, principalmente nas camadas da parede abdominal, o que deve sempre considerar-se na discussão do diagnóstico diferencial.

Como complicações mais frequentes apparecem: sinusites do antro de Hígnor, do frontal e cisto-pielites, que convém sempre despistar, se a febre se mantém após o desaparecimento dos sintomas principais. Uma complicação mais séria é a bronco-pneumonia hemorrágica, com focos purulentos, localizada quasi sempre no lobo inferior, que às vezes só se traduz por raros fervores subcrepitanes sem mais sinais clinicos, a não ser o da pectoriloquia áfona quasi sempre positiva.

O quadro hematológico traduz-se por uma leucopenia (3000 a 5000 glóbulos brancos) nos estados iniciais não complicados, para subir de 10 a 20:000 nos casos complicados.

O tratamento dos casos simples reduz-se ao repouso na cama e medica-



# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol  
(prata) - Electrauroil (ouro) - Electr-Hg (mercurio) -  
Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) -  
Electroselenium (selênio) - Electromartiol (ferro).  
Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enzofre)  
Ioglysol (iodo-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL  
Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Creações de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

## NEO-TREPARSEANAN

Syphilla — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empólas de 2 e de 5 c. c. a 0 gr. 03 par c. c.  
Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.  
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositorios a 1/2 milligr.  
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do  
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta  
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymnico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

*Ether paraaminobenzoico de diethylaminoethanol.*  
Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.  
Tubos esterilizados para todas as anesthesias.  
Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :  
1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.  
3 vezes por dia.

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de  
soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596)  
ou 1 milligr. (796) por c. c.

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 egr. — Gottas de 1 egr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuaes.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 egr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5 egr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.  
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino  
e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

LISBOA MÉDICA



Nas perturbações digestivas, na  
insuficiência de secreção do suco  
gástrico, na anorexia receitae a

## *Acidol-Pepsina*

preparado de pepsina e acido clorhídrico  
duma eficácia soberana e de conservação  
indefinida sob forma sólida. / **SABOR  
AGRADAVEL**

EMBALAGEM ORIGINAL:

No. I fortemente acida e } Tubos de 10 x 0 gr 50  
No. II fracamente acida }

» *Bayer-Meister-Lucius* «

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

Representante:

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.º LISBOA

ção sintomática: pequenas doses de cafeína-antipirina e não grandes doses de aspirina pelo perigo do colapso. Contra os sintomas catarrais da mucosa nasal, a pomada Gripposan, da mucosa faríngea e traqueal os comprimidos de Mucidan.

Nos casos complicados há que recear sobretudo a hipotonia circulatória, principalmente no território do esplâncnico e empregar cafeína e estricnina em injeção subcutânea (cafeína 0,2 e estricnina em 0,001, 3 vezes por dia).

---

J. ROCHETA.

O exame da hipófise depois da irradiação dos ovários. (*Hypophysenbefund nach ovarial-bestrahlung*), por I. BORAK e F. WINDHOLZ. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 13. 1931.

O A. descreve o caso clínico duma doente que morreu com metástases cancerosas depois de operada de carcinoma da mama, mas que tinha sido submetido ao tratamento roentgenterápico, aos ovários, que lhe provocou o desaparecimento quasi completo dos folículos de Graef. O exame histológico dos ovários revelou o desaparecimento quasi total do sistema folicular, enquanto as células intersticiais quasi não mostravam alterações. O exame feito ao lobo anterior da hipófise mostrou um forte aumento das células eosinófilas, algumas delas aumentadas e mais intensamente granuladas, apresentando nalguns pontos hiperplásias adenomatosas. Este aspecto assemelha-se, portanto, ao descrito após a ovariectomia e que é designado como hipertrofia da hipófise por castração. Como no caso apresentado, a roentgenterapia tinha sobretudo afectado os folículos de Graaf, enquanto as células intersticiais não se apresentaram aparentemente modificadas, parece poder concluir-se que é a insuficiência folicular a única responsável da transformação celular do lobo anterior da hipófise no sentido da mencionada reacção.

---

J. ROCHETA.

O estado actual do tratamento da doença óssea de Recklinghausen («Osteodistrofia fibrosa»). (*Der derzeitige Stand der Behandlung der Recklinghausenschen Knochenkrankheit (Osteodystrophie fibrosa)*), por F. MANDL. — *Wiener Clinische Wochenschrift*. N. 11. 1931.

A doença óssea de Recklinghausen pode aparecer localizada a um osso ou como uma doença generalizada. Na anamnese, no processo clínico, no prognóstico e na terapêutica existem diferenças tão grandes que podemos considerar estas duas formas como duas doenças distintas.

As formas localizadas atacam de preferência indivíduos jovens, cujo estado geral não é afectado, só se fazendo por isso umas vezes o diagnóstico, após o aparecimento duma fractura espontânea. As formas generalizadas trazem graves conseqüências para o estado geral: dores generalizadas, encurvamento e finalmente fracturas ósseas, com sinais evidentes de caquexia, aumento de cálcio nas urinas e adinamia muscular.

Nas formas localizadas a radiografia permite fazer quasi sempre o diagnóstico, mas casos há que só a ressecção com a consequente análise microscópica o garante (substituição óssea por tecido fibroso, células gigantes, reabsorção lacunar e formação de novas trabéculas ósseas). O tratamento mais racional para estes casos é a raspagem tão completa quanto possível do foco ósseo, depois do qual está indicada a roentgenterapia.

A terapêutica da osteodistrofia fibrosa generalizada sofreu uma completa modificação, depois que se estabeleceram as relações entre esta doença e o aumento dos corpúsculos epiteliaes, pois o A. verificou a cura rápida dum caso seu após a extirpação dum tumor constituído naqueles órgãos. Todavia, há casos em que não há aumento, o que não quer dizer que êles se não encontrem em hiperfunção, o que de resto se deve admitir depois do bom resultado obtido por dois autores americanos, um caso com extirpação desses corpúsculos e que aparentemente pareciam não estar modificados. Casos mais raros se encontram ainda, que não curaram a-pesar-da extirpação dos tumores característicos, o que prova que outra causa desta doença deve existir. Depois da operação é ainda de aconselhar a irradiação das porções ósseas affectadas.

J. ROCHETA.

## Biblioteca da «Lisboa Médica»

### *Publicações recebidas:*

#### **Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle, por Prof. EGAS MONIZ.**

Acaba de ser editado pela Masson et C<sup>ie</sup>, acreditados editores de Paris, um volume do Sr. Professor Egas Moniz intitulado *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle*. O volume de 512 páginas, ilustrado com 231 excelentes gravuras, abre com um interessante prefácio do insigne neurologista Dr. Babinski que faz uma apreciação documentada do trabalho.

Damos em seguida o índice da obra:

Préface de M. le Professeur Babinski.

*Chapitre premier.* — L'hypertension crânienne. I. — Céphalées. II. — Vomissement. III. — Stase papillaire. — IV. Pathogénie de la stase papillaire. V. — Névrites optiques retrobulbaires. V. — Atrophie primitive du nerf optique. VII. — Tensions vasculaires rétinienes. VIII. — Les variations du liquide céphalo-rachidien. IX. — Troubles moteurs des yeux. X. — Troubles pupillaires. XI. — Mouvements associés des yeux. XII. — Champ visuel. Hémianopsies. XIII. — Hémianopsies en quadrant. XIV. — Les hémianopsies et les tumeurs cérébrales. XV. — Exophtalmie et enophtalmie. XVI. — Le nystagmus.

*Chapitre II.* - Symptomatologie des nerfs craniens. I. - Le nerf olfactif. II. - Le trijumeau. III. - Le nerf facial. IV. - Le nerf auditif. Autres nerfs craniens.

*Chapitre III.* - D'autres symptômes des tumeurs cérébrales. I. - Convulsions et troubles moteurs. II. - L'aphasie. III. - Troubles de la sensibilité. IV. - Les troubles du sens stéréognostique. V. - Vertiges. VI. - Somnolence. VII. - Troubles psychiques. VIII. - Fièvre et état du pouls. IX. - Inspection, percussion et auscultation du crâne.

*Chapitre IV.* - Les symptômes de localisation. I. - Tumeurs du lobe frontal. II. - Tumeurs du *septum lucidum*. III. - Tumeurs de la zone motrice. IV. - Tumeurs de la zone sensitive. V. - Tumeurs du lobe temporal. VI. - Tumeurs du lobe pariétal. VII. - Tumeurs du lobe occipital. VIII. - Tumeurs du centre oval. IX. - Tumeurs de la région chiasmatische. X. - Tumeurs du III<sup>e</sup> ventricule. XI. - Tumeurs de noyaux centraux. XII. - Tumeurs de la région pinéale et quadrigéminal. XIII. - Tumeurs de la protubérance. XIV. - Tumeurs des pédoncules cérébraux. XV. - Tumeurs des ventricules latéraux. XVI. - Tumeurs du corps calleux. XVII. - Tumeurs de la base. XVIII. - Tumeurs du IV<sup>e</sup> ventricule. XIX. - Tumeurs du bulbe. XX. - Tumeurs du cervelet. XXI. - Tumeurs de l'angle pont-cérébelleux.

*Chapitre V.* - Nature des tumeurs cérébrales. I. - Tubercules cérébraux. II. - Tumeurs multiples. III. - Les anévrismes cérébraux.

*Chapitre VI.* - Les méningites séreuses circonscrites.

*Chapitre VII.* - Pathogénie de l'hypertension cranienne. I. - Traitement de l'hypertension cranienne. II. - Hypertensions intra-craniennes post-opératoires.

*Chapitre VIII.* - L'action thérapeutique de l'iodure de sodium par voie carotidienne dans l'hypertension cranienne.

*Chapitre IX.* - Ponctions exploratrices de Neisser et Pollack.

*Chapitre X.* - Les subsides radiographiques dans le diagnostic de la localisation des tumeurs cérébrales. I. Tumeurs cérébrales chez les épileptiques.

*Chapitre XI.* - Ventriculographie.

*Chapitre XII.* - L'encéphalographie artérielle. I. - Les substances opaques à injecter. II. - Les injections intracarotidiennes. III. - Les premiers résultats artériographiques. IV. - Autres méthodes encéphalographiques. V. - Aspects physiologiques des injections intracarotidiennes. VI. - L'artériographie et la topographie cranio-encéphalique. VII. - Diagnostics de localisation des tumeurs sur le cadavre. VIII. - Nouveaux aspects des artères cérébrales dans les radiographies chez le vivant.

*Chapitre XIII.* - Technique chirurgicale de l'encéphalographie artérielle. La technique radiologique.

*Chapitre XIV.* — Les accidents de l'épreuve encéphalographique. I. — Aspects radioartériographiques dans le syndrome de la pseudohypertension crânienne artérioscléreuse.

*Chapitre XV.* — La palpation des carotides como élément de diagnostic de l'artériosclérose cérébrale.

*Chapitre XVI.* — Diagnostics encéphalographiques. Observations.

*Chapitre XVII.* — I. — Diagnostics obtenus grâce à la visibilité de la circulation des néoplasies. Cas vérifiés. II. — Cas non confirmés par l'opération ou par l'autopsie.

*Chapitre XVIII.* — I. — Cas de diagnostic encéphalographique d'après la déviation des artères du groupe sylvien. Cas vérifiés. II. — Cas non vérifiés.

*Chapitre XIX.* — Diagnostics des tumeurs multiples du cerveau par l'épreuve encéphalographique.

*Chapitre XX.* — Diagnostic encéphalographique des tumeurs de la région chiasmatiche.

*Chapitre XXI.* — Diagnostic encéphalographique des tumeurs du cervelet. Grandes dilatations ventriculaires. Diagnostic encéphalographique des tumeurs de l'angle pontocérébelleux.

*Chapitre XXII.* — Diagnostic encéphalographique de l'artériosclérose cérébrale.

*Chapitre XXIII.* — Diagnostics erronés par mauvaises interprétations des artériographies cérébrales. I. — Difficultés d'interprétation des artériographies. II. — Cas suspects de tumeurs cérébrales où l'épreuve encéphalographique est restée négative.

*Chapitre XXIV.* — Conduites a tenir dans les cas d'une hypertension crânienne probablement causée par des tumeurs cérébrales.

*Chapitre XXV.* — Conclusions. Statistique.

*Appendice.* — Artériographie d'autres régions. Artériographie des membres. Aortographie. Angiopneumographie.

*Bibliographie* sur l'épreuve encéphalographique.

---

**Biologia e Patologia de la Mujer**, por J. HALBAN e L. SEITZ, tradução espanhola. Volumes v e vi. — Editorial *Plus Ultra*. Madrid. 1930 e 1931. Os editores desta tradução continuam a lançar no mercado os volumes deste belo tratado, ao qual vimos fazendo referência desde o aparecimento do primeiro volume. Só há que louvar os tradutores e o editor.



# 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 créosote. 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  
PARIS (8º)

**GRIPPE**

**RACHITISMO**

PILULAS

# OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhoses, 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, Reeducador das  
funções entero-hepaticas,  
Descongestivo do fígado  
e dos intestinos*

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

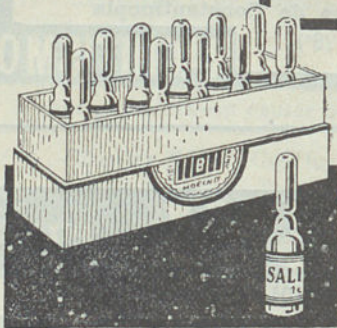
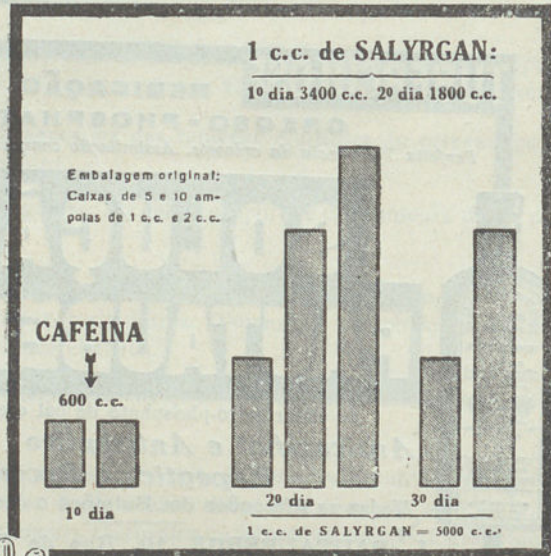
LISBOA MÉDICA

Regularisação do metabolismo hídrico perturbado na insuficiência cardíaca, afecções valvulares decompensadas, fígado cardíaco, pelo

# SALYRGAN

(Combinação mercurial complexa bem tolerada)

Devido ao aumento da diurese, o aparelho circulatório acha-se aliviado e d'ahi resulta uma diminuição importante das perturbações sentidas pelos doentes.



» Bayer-Meister-Lucius «

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

Representante:

» LUSOPHARMA «  
Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3º LISBOA



**Tratado de Ginecologia**, por M. HOFMEIER, tradução espanhola. Casa Editorial Salvat. Barcelona. 1922.

---

**Lecciones sobre tuberculose**, pelo Dr. VALDÉS LAMBEA. — Curso de 1930. Editorial Chena. Madrid. 1931.

---

**A Química na terapêutica**, pelo Dr. LOUIS H. DESTOUCHES, de Paris. Versão livre de Emilio Fragoso. Amesterdão. 1931.

---

**Stoffwechselkrankheiten**, por ERICH LESCHKE. — Leipzig. 1930. Manual elementar sobre as doenças da nutrição, nêlo o A. expõe algumas das suas opiniões pessoais sobre o sistema nervoso já conhecidas dos leitores.

---

**Actualidades Biológicas**, vol. II, 1930. Vol. III, 1931. Coimbra, Imprensa da Universidade. Conferências de vulgarização realizadas no Instituto Rocha Cabral, de interesse para os médicos e os biologists.

---

**Travaux de Laboratoire**, publiés sous la direction de M. FERREIRA DE MIRA. — Lisbonne. 1930. Colectânea dos trabalhos de investigação científica do Instituto Rocha Cabral.

---

**Sur les formations interpariétales du crâne humain**, por AMANDIO TAVARES. — Separata das *Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis*. Typis Academicis. 1930.

---

**L'Institut d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Porto.** — Pôrto. 1930.

---

**Arquivos do Instituto de Histologia e Embriologia.** — Vol. I. Coimbra, Imprensa da Universidade. 1929.

---

**Arquivo da Clinica Pediátrica da Faculdade de Medicina do Pôrto.** — I. (1928-30). Pôrto. 1930.

---

**Sur les gros troncs lymphatiques de la base du cou**, par ÁLVARO RODRIGUES et SOUSA PEREIRA. — Extrait des *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale*. 7<sup>e</sup> année. N.º 8. 1930.

---

**Un cas de vago-sympathique cervicale chez l'homme.** — par H. MONTEIRO. — Ibidem. N.º 4. 1930.

**Les descendents cervicalis chez l'homme et chez les mammifères**, par ÁLVARO RODRIGUES. — Extrait des *C-R. de l'Assoc. des Anatom.* Nancy, 1930.

---

**Sur les rapports des nerfs splanchniques avec les piliers du diaphragme chez l'homme**, par SOUSA PEREIRA. — *Ibidem*, ib. 1930.

---

**Plis surnuméraires de flexion aux doigts**, par J. A. PIRES DE LIMA. — Extrait des *An. d'An. path. et d'An. norm.* 7<sup>e</sup> année. N.º 8. 1930.

---

**La mise en évidence par la radiographie du système lymphatique chez le vivant**, par R. DE CARVALHO, ÁLVARO RODRIGUES e SOUSA PEREIRA. — *Ibid.* N.º 2. 1930.

---

**Anomalie des voies biliaires**, par ÁLVARO RODRIGUES et MELO ADRIÃO. — *Ibid.*, *ibid.*

---

**A propos d'un nouveau cas de «musculus sternalis» chez un monstre exencéphalien**, par LUÍS DE PINA. — *Ibid.*, *ibid.*

---

**Pigeons voyageurs syndactyles**, par J. A. PIRES DE LIMA. — Extrait du *Bull. de Soc. Port. des Sc. Nat.* N.º 4. Tome XI. 1930.

---

**O Hospital Termal das Caldas da Rainha.** — A sua história, as suas águas, as suas curas, por ANTÓNIO FERRARI, MANUEL FERRARI e FERNANDO CORREIA. — 1 vol. Caldas da Rainha. 1930. Estudo histórico, hidrológico e clínico bem documentado das termas das Caldas da Rainha, traçado por três clínicos que ali trabalham com uma dedicação que iguala o seu desinterêsse material. A parte histórica é feita pelo Dr. Fernando Correia, que possui um belo espirito de investigador, e ao qual a investigação histórica nacional deve já alguns trabalhos de valor.

---

**Alguns casos de cirurgia articular**, por JORGE MONJARDINO. — Rio de Janeiro. 1927.

---

**Acêrca da passividade das drenagens em cirurgia abdominal**, por JORGE MONJARDINO. — Rio de Janeiro. 1929.

---

**Observações clínicas**, por JORGE MONJARDINO. — Rio de Janeiro. 1929

---

**Quisto hidático do rim**, por JORGE MONJARDINO. — Rio de Janeiro. 1929.

**A luta contra a tuberculose em Portugal e nalguns países do mundo civilizado**, por HERNANI BARBOSA. — Lisboa. 1929.

---

**Lição inaugural da cadeira de Parasitologia**, por HERNANI BARBOSA. — Pôrto. 1930.

---

**Boletim da Liga Portuguesa de Profilaxia Social**. — N.º 1. 1929. Imprensa Industrial Gráfica do Pôrto.

---

**Contribuição ao estudo da gangrena primitiva da faringe**, por ALBERTO DE MENDONÇA. — Lisboa. Imprensa Nacional. 1929.

---

**Coriza espasmódica, suas relações com a asma**, por VICENTE HENRIQUES DE GOUVEIA. — Coimbra. 1930.

---

**As impressões digitais nos portugueses**, por CARLOS LOPES. — Pôrto Enciclopédia Portuguesa, Limitada. 1931.

---

**Publicaciones del Instituto Ravetllat-Plat**. — Barcelona. 1929.

---

**Los síndromes pleurales**, por JOSÉ VALDÉS LAMBEA. — *Medicina Latina*. Junio. 1931.

---

**Enseñanzas, errores y fracasos de la auscultación**, por VALDÉS LAMBEA. — Madrid. 1930.

---

**Extracto de la conferencia dada en la Real Academia de Medicina de Valencia**, por D. JUAN PESET. — Valencia. 1929.

---

**El cancer en el momento actual**, por RICARDO HORNO ALCORTA. — Zaragoza. 1929.

---

**Sobre la reacción de Kahn**, por E. ALVAREZ Y SAINZ DE AJA Y NICOLA CALVIN. — Abril. 1929. Madrid.

---

**La reacción de Melnicke, con antígenos coloreados, para el diagnóstico de la sífilis y lectura inmediata de sus resultados por centrifugación**, por D. NICOLAS CALVIN. — Madrid. 1929.

---

**Contribution à l'étude des désinfectants et du mécanisme des antiseptiques**, por COFMAN-MICOREST. — Extracto do *Bulletin des Biologistes Pharmaciens*. 1929. N.º 7. Sens.

**Comité international des recherches sur les parties molles,**  
por E. BOSH. — Warszawa. 1929.

---

**Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.** —  
Tome X. N.º 21, 22 e 23. 1929.

---

**Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.** —  
Tome XI. N.ºs 2 e 3. 1930.

---

**Société Portugaise de Biologie.** — Sessão de 15 de Outubro de 1929,  
sessão de 18 de Março de 1930, sessão de 6 de Maio de 1930, sessão de 2  
de Junho de 1930, sessão de 18 de Julho de 1930.

---

**L'Enseignement de la Physiothérapie,** por AMÉRICO PIRES DE LIMA. —  
Relato apresentado no V Congresso de Fisioterapia de Liège. Setem-  
bro de 1930.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

## ERRATA

A fig. 3 da pág. 226 do n.º 4 deve ver-se ao contrário, por ter ficado invertida.

## Hospitais

Civis de Lisboa

Foram promovidos a directores de serviços clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa os Drs. Adelino da Costa Padesca, Carlos de Arruda Furtado e José Antunes dos Santos Júnior (do serviço geral de clínica médica); Fernando Viana Pinto Coelho, Artur Ricardo Jorge, António Balbino Rêgo, António José Tôrres Pereira, Alberto de Azevedo Gomes e Alberto Mac-Bride Fernandes (do serviço geral de clínica cirúrgica), e Alberto Gomes (do quadro de serviço da especialidade de urologia).

— O *Diário do Governo* publicou um decreto considerando nula e de nenhum efeito a opção do assistente dos Hospitais Civis de Lisboa, Dr. Alberto



**Comité international des recherches sur les parties molles,**  
por E. BOSH. — Warszawa. 1929.

---

**Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.** —  
Tome X. N.º 21, 22 e 23, 1929.

---

**Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.** —  
Tome XI. N.ºs 2 e 3. 1930.

---

**Société Portugaise de Biologie.** — Sessão de 15 de Outubro de 1929,  
sessão de 18 de Março de 1930, sessão de 6 de Maio de 1930, sessão de 2  
de Junho de 1930, sessão de 18 de Julho de 1930.

---

**L'Enseignement de la Physiothérapie,** por AMÉRICO PIRES DE LIMA. —



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdades de Medicina

### De Coimbra

O Dr. Afonso Augusto Pinto pediu a sua exoneração do cargo de chefe de serviço do laboratório de microbiologia e química biológica da Faculdade de Medicina.

### De Lisboa

O Prof. Azevedo Neves, director do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, foi encarregado de estudar em França, Bélgica, Suíça, Itália, Alemanha e Áustria a organização dos serviços de repressão de moeda falsa (notas de banco e títulos de dívida pública).

— Foi aberto concurso para o lugar de assistente da cadeira de anatomia de Faculdade de Medicina.

## Hospitais

### Civis de Lisboa

Foram promovidos a directores de serviços clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa os Drs. Adelino da Costa Padesca, Carlos de Arruda Furtado e José Antunes dos Santos Júnior (do serviço geral de clínica médica); Fernando Viana Pinto Coelho, Artur Ricardo Jorge, António Balbino Rêgo, António José Tôres Pereira, Alberto de Azevedo Gomes e Alberto Mac-Bride Fernandes (do serviço geral de clínica cirúrgica), e Alberto Gomes (do quadro de serviço da especialidade de urologia).

— O *Diário do Governo* publicou um decreto considerando nula e de nenhum efeito a opção do assistente dos Hospitais Civis de Lisboa, Dr. Alberto



Gomes, pelos serviços da especialidade de urologia, e reintegrado no quadro dos serviços gerais de cirurgia na posição que lhe competia anteriormente.

— O Dr. Reinaldo dos Santos, director do serviço geral de clinica cirúrgica, foi encarregado de assistir ao congresso de «Deutschen Röntgen Gesellschaft», que se realizou em Baden-Baden.

— No dia 4 de Abril effectuou-se a cerimónia da entrega official duma ambulância adquirida pela Liga dos Amigos dos Hospitais e oferecida aos Hospitais Cívicos de Lisboa.

### Militar Principal

Foi nomeado director do Hospital Militar Principal o Dr. Eugénio Pereira de Castro Caldas, subdirector do mesmo hospital. O antigo director era o Dr. Adriano Pessa.

Para o cargo de subdirector foi nomeado o Dr. Manuel Lucena.

### Congresso das Jornadas Médicas

O Govêrno Português foi convidado a fazer-se representar no XI Congresso das Jornadas Médicas, a reunir-se em Bruxelas de 20 a 24 de Junho d'êste ano.

### Congresso de Oftalmologia

Partiu para Paris o Dr. Mário Moutinho, que vai tomar parte no Congresso de Oftalmologia e preparar as bases para a criação da Liga Portuguesa de Profilaxia da Cegueira que ingressará na Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité.

### Dr. Almeida Dias

Deixou, a seu pedido, a redacção da *Lisboa Médica* o Sr. Dr. Almeida Dias. A direcção resolveu agradecer-lhe os notáveis serviços que, como administrador e secretário da redacção, prestou à revista na sua difficil fase inicial.



### Saúde pública

Os Drs. António Marquês Pereira e Nabor Joaquim Rodrigues foram nomeados delegados de saúde respectivamente de Pedrógão Grande e Ferreira do Alentejo.

### Combate ao sezonismo

Foi montada, numa das dependências do Hospital de Benavente, a Estação Experimental de Malariologia para o combate ao sezonismo.

Além dos directores, trabalham na mesma Estação os Drs. Aníbal Correia Mendes e José Chaves Ferreira.

### Combate à lepra

O director geral da Assistência Pública convidou o Dr. Uriel Salvador, médico da povoação de Maiorca, para fazer parte da Comissão de Assistência aos Leprosos.

### Semana Portuguesa de Higiene

Em abril findo reüniram-se na Sociedade de Geografia os representantes das entidades que ofereceram ao Dr. Carlos Santos (Filho) a sua cooperação para que se realize em Lisboa uma Semana Portuguesa de Higiene.

Foi estabelecido o programa das festas a realizar.

Está indicado o dia 17 de Maio para o início da Semana de Higiene.

### Pôsto de Puericultura

No dia 13 de Abril foi inaugurado o 4.º Pôsto de Puericultura da Junta Geral do Distrito de Lisboa, na Estrada da Torre, n.º 12.



## Instituto Rocha Cabral

Têm-se realizado no Instituto Rocha Cabral as conferências anunciadas e a que já fizemos referência.

### Necrologia

Faleceram: em Mirandela, o Dr. Álvaro Pinto Soares; em Lisboa, o Dr. Alfredo Nunes Bomfim; em Vila Franca de Xira, o Dr. Patrício Dias da Silva; em Serúbal, o Dr. Domingos Fernando Garcia, inspector de saúde; em Carregal do Sal, o Dr. Ricardo de Almeida e Sousa; e, em Montemor-o-Velho, o Dr. João Baptista Loureiro.





## *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 colagogos

2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 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.<sup>a</sup> Rua da Palma, 240 - 246 LISBOA

# A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

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 mínimas 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: «Utilizei com sucesso, 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.<sup>A</sup> (Irmãos)

RUA DOS CORREEIROS, 41, 2.º

LISBOA