

Ano VIII

N.º 3

Março de 1931



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Cálcio  
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BÓFILL

**TONICO RECONSTITUINTE RECALGIFICANTE**

Depositarios 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. Prova que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MI' RAES, CA' DIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

# RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

\* agradável 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, 240-24

LISBOA

Sala 3

Est. 9

Tab. 1

N.º 99

# 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. É 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 sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.*

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

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

do renome mundial da

marca

**INSULINA**para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN &amp; HANBURY'S, 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 bebé tomare para o médico receitarVITAMINADOSAFAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOSGARANTIDOSn.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 &amp; HANBURY'S, LTD. — LONDRES:

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

Tele { F. 21476  
G. DELTA

**CONTRA**  
**GONORRHEA**  
**Cystite**

*Molestias da*  
*Bexiga e dos Rins.*

**DISMINE**  
**FAYROT**

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

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

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

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

**PÕ**  
**DE ABYSSINIA**  
**EXIBARD**  
*Sam Opio nem Morphina.*  
Muito eficaz contra a  
**ASTHMA**  
Catarrho — Oppressão  
e todas affecções espasmódicas  
das vias respiratorias.  
35 Annos de Bom Exitto. Medalhas Ouros e Prata.  
H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>  
8, Rue Dombasle, 8  
PARIS  
E BOAS PHARMACIAS

ANEMIA PERNICIOSA  
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA  
 ANEMIA LUTICA  
 ANEMIA GRAVIDICA  
 ANEMIA DAS CRIANÇAS

Eficaz na  
 DOENÇA DE BANTI e na  
 CAQUEXIA CANCEROSA

**A. B. ASTRA**

SODERTALJE  
 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 chá = 50  
 gr. de Fígado cru.

**HEPATOTAL**



# Qualquer

**Dor...** é devida a perturbação do equilibrio fisico ou mental, a uma interrupção d'alguma função vital e a um desvio do normal. Ferimentos, inflamações esforços excessivos dos musculos, perturbações da circulação, produzem sempre dor. E quer sejam banaes ou graves o que predomina no espirito do doente é o pronto desaparecimento desta dor.

Para o doente vitima do processo doloroso da pneumonia, não há nada que mais alieve do que uma cataplasma grande de ANTIPHLOGISTINA, aplicada sobre o tórax.

Os médicos conhecedores deste simples produto admitem geralmente que a cura por meio deste plastico anodino aumenta a circulação superficial pela introdução da hyperaemia artificial elevando a um alto grau o processo de congestivo que existe nos tecidos mais profundos e aliviando por esse meio a dispnoea e compensando a circulação pulmonar.

## *Antiphlogistino*

É UM AUXILIAR DE GRANDE VALOR NO TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS OU EM QUALQUER OUTRO ONDE PREDOMINE A DOR.

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

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.**

8, Cais do Sodré, 8

LISBOA

# Salvitae

## Nas Toxemias da Gravidez

É possível, por meio de alimentação ideal, apropriadamente seleccionada, suprir todas as necessidades minerais básicas do corpo, mantendo assim uma adequada reserva alcalina; mas é tão raro alcançar-se este desideratum, que a administração do SALVITAE serve como uma racional medicação.

SALVITAE, protege, de uma forma eficiente, o organismo contra acidose e toxemias da gravidez, suprimindo-o de saes minerais (sódio, potássio, cálcio, magnesia, etc.) dos quaes depende a integridade do equilíbrio ácido básico do corpo.

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

Agentes em Portugal:

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

240, Rua da Palma, 248 - LISBOA





# PRESCREVA O 'PETROLAGAR'

O 'Petrolagar' é uma emulsão palatável de óleo mineral e agar-agar, preparado para satisfazer os pedidos dos médicos que apreciam a importância da substituição dos purgativos no tratamento da prisão de ventre por um preparado suave não irritante que produza umas fezes bem formadas e brandas.

O 'Petrolagar' é preparado em duas formulas—Simple e com Fenolftaleina. Amstras e literatura serão enviadas gratuitamente aos membros da profissão médica desde que peçam ao:

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, 31, RUA DOS DOURADÔRES, 33 — LISBOA.



O 'Petrolagar' não é de forma alguma um catartico. Permite ás secreções gastricas de funcionarem como devem, ao mesmo tempo que obriga a prisão de ventre a submeter - se definitivamente.

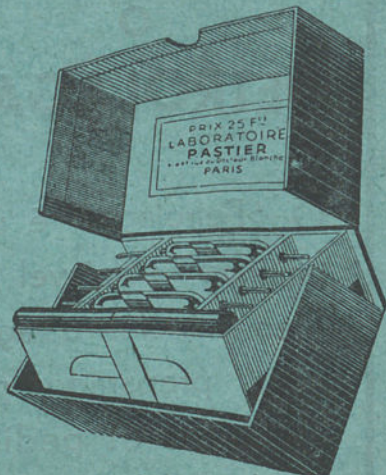
## 2 novidades em vacinoterapia

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 <sup>(1)</sup>



<sup>1)</sup> 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. <sup>(2)</sup>

<sup>(2)</sup> 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 originais

<i>Quistos hidáticos, equinococose hidática, hidatidose</i> , por Prof. Custódio Cabeça e Dr. Bernardo Vilar.....	pág.	107
<i>Sinusites maxilares crônicas</i> , por Carlos de Mello.....	"	134

### Notas clínicas

<i>Profilaxia pre-operatória</i> , por José Rocheta .....	"	150
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	"	158
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	"	XIII

## QUISTOS HIDÁTICOS, EQUINOCOCOSE HIDÁTICA, HIDATIDOSE

POR

PROF. CUSTÓDIO CABEÇA e DR. BERNARDO VILAR

O quisto hidático é conhecido de longa data e já Hipócrates mostra conhecê-lo quando nos diz: «Se o fígado está cheio de água e rebenta no epíploon, o ventre enche-se dessa água e o doente morre». Foi durante séculos observado e confundido muitas vezes sob o aspecto de massas líquidas enquistadas, fôsse qual fôsse a sua natureza.

Mais tarde reconheceram-se as suas relações com um agente do reino animal, indeterminado, e foi só em 1767 que Pallas salientou a sua ligação com a ténia hidatígena, dizendo que os fígados dos carneiros tinham bôlsas de água especiais que deviam ser produzidas por um ser vivo. Mas a verdadeira explicação etiológica só pôde vir mais tarde, quando em 1851 Küchenmeister demonstrou que a forma vesicular é muitas vezes a forma larvar-duma ténia, e logo depois em 1853 v. Siebold mostrou que a ténia *equinococcus* é originada nos quistos hidáticos dos animais, dando a comer aos cães os fígados de carneiros com quistos hidáticos. As experiências repetiram-se depois nos cordeiros, nas cabras e particularmente nos porcos, com Leuckart e Naunyn, e não resta hoje a menor dúvida sôbre a biologia dos quistos hidáticos; são produzidos pela ténia *equinococcus*, designação esta que lhe vem do aspecto da sua cabeça, porque *equinococcus* quer dizer «bola ou baga com espinhos».

A ténia vive no intestino de alguns animais domésticos, em



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

especial o cão, medindo na fase adulta 4 a 5 milímetros, e é composta em geral de 4 segmentos, raras vezes de 3 ou de 5. Êsses segmentos são:

1) A cabeça com 30 a 40 ganchos fortemente implantados num rebôrdo anular saliente, dispostos em duas séries e móveis pela estrutura muscular do anel de implantação. Atrás da segunda série de ganchos estão 4 ventosas regularmente dispostas. A cabeça alonga-se depois a formar uma espécie de colo (fig. 1).

2) O segundo e terceiro segmentos são mal limitados e nada têm de particular.

3) O último segmento, de forma ovalar, é o mais volumoso de todos e contém os órgãos de geração e 500 a 800 ovos regularmente dispostos por todo o segmento ou grupados num dos polos, o central ou o distal. Cada ôvo contém um embrião hexacanto (6 cantos) cercado por uma camada de chitina que lhe forma uma cápsula resistente.

A ténia vive na primeira parte do intestino delgado do cão, em grande número e confundindo-se com as vilosidades da região. Quando chega a maturação o quarto segmento separa-se, rasga-se, os ovos são expulsos com as fezes e espalhados pelo chão, pelos vegetais, pela água e pelo ar. Nestas condições êles podem ser absorvidos pelos mesmos cães, pelo homem e por outros animais, mas a evolução é muito diferente: se foi um cão que absorveu, o ôvo vai dar uma nova ténia; se foi o homem ou outro animal, o ôvo vai dar um quisto hidático.

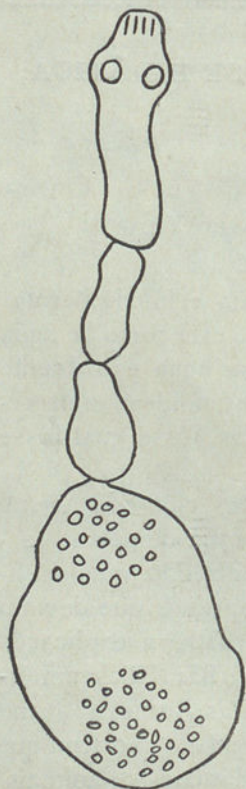


Fig. 1

Ténia

Ingerido o ôvo passa a bôca, o esôfago e o estômago, onde não pode fixar-se, e vai entrar no intestino delgado já livre da sua cápsula de chitina, que as secreções gástricas amoleceram e destruíram; fixa-se na parede intestinal por meio dos seus ganchos e por movimentos próprios consegue furá-la, sendo depois leva-

do, segundo uns, pelos linfáticos à cavidade peritoneal e aos órgãos aí contidos, segundo outros, só pode ser arrastado pela corrente sanguínea dos vasos mesaraicos à veia porta e ao fígado, em especial ao lobo direito. O volume do embrião é neste momento igual a 3 vezes o de um glóbulo rubro e não foi até hoje encontrado, ou demonstrada a sua presença dentro dum vaso sanguíneo ou na espessura da parede intestinal. Podemos avaliar esta evolução dizendo que, 3 a 9 horas depois da ingestão das ténias, já os leitões mostram o parasita dentro dos lóbulos hepáticos, na periferia ou na parte central em tórno da veia.

Se o embrião pode passar os capilares sanguíneos hepáticos, entra nas veias hepáticas, na veia cava, passa ao coração direito e aos pulmões, onde se fixa. Se consegue ainda passar os capilares dos pulmões, vai ao coração esquerdo e, levado pela circulação arterial, fixa-se em qualquer órgão ou tecido.

Esta é certamente a forma mais freqüente da infecção equinocócica, mas não é única como se tem pretendido: o pulmão pode ser atingido directamente pela inspiração de poeiras com

ovos de *equinococcus* e, quanto ao peritoneu, merece êle particular estudo. Ao passo que quasi todos os experimentadores entendem que o peritoneu pode ser invadido directamente pelo parasita, tal como são invadidos os músculos, os gânglios, a glândula mamária ou qualquer órgão da cavidade abdominal, isto é, por invasão primária, o Prof. Devé e alguns autores pretendem que a invasão do peritoneu é sempre secundária e vem pela ruptura dum quisto já existente no fígado, baço ou rim, únicos órgãos que o Prof. Devé julga capazes de localização directa e primária.

Atingido o ponto onde vai fixar-se, órgão ou tecido, forma-se aí um corpo arredondado ou ovalar, de consistência sólida e mole. Leuckart encontrou estas formações no porco, quatro se-

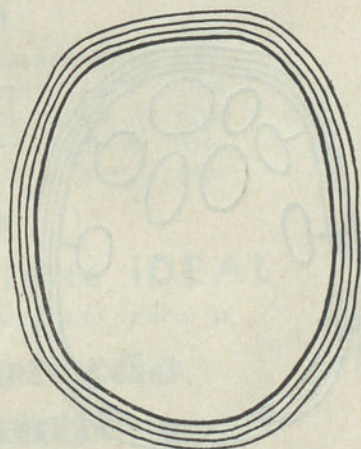


Fig. 2

Variedade acéfalo cística

manas depois de ingeridos os *scolex*, comparando-os ao aspecto dum ôvo com a cápsula externa homogénea, transparente e elástica, que é a cutícula ou ectocisto e um conteúdo granuloso. Depois o volume cresce, a cutícula torna-se laminada e na sua face interna aparece como que uma membrana limitante, que vem a ser o endocisto ou membrana germinativa.

Ao mesmo tempo a parte central granulosa se torna transparente, liquefaz-se e está formada a vesícula, cujo líquido cresce depois rapidamente.

Desde o seu início esta formação provoca no tecido em que se desenvolve uma reacção que se traduz pela formação duma cápsula de tecido conjuntivo, fibro-elástico, mais ou menos espessa e resistente; é a cápsula adventícia que não tem ligação especial com o parasita, significando apenas a reacção, pela presença dum corpo extranho, mas contendo os vasos sanguíneos e linfáticos que servem para a nutrição do quisto contido no seu interior.

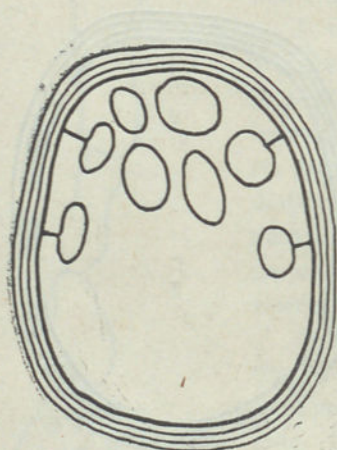


Fig. 3

Quisto com vesículas filhas

A evolução do quisto hidático não tem uma modalidade única, nem nos animais nem no homem, e convém para a clínica fazer o estudo dessas modalidades.

1) O quisto tem uma cavidade única limitada pela cutícula e contém um líquido perfeitamente límpido como água de rocha; é a variedade acefalocística de Laennec ligada provavelmente à má nutrição do parasita; não contém *scolex* nem hidátides filhas. São desta natureza alguns quistos hidáticos pediculados do peritoneu e do cérebro (fig. 2).

2) Dentro da vesícula primitiva ou vesícula mãe formam-se, à custa da membrana germinativa, muitas hidátides pequenas, vendo-se algumas ainda pediculadas e a maior parte já livres na grande cavidade; o seu número é ilimitado e pode crescer ao passo que o líquido diminui, até encher toda a cavidade mãe. Por sua vez as hidátides filhas podem dar lugar à formação de

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**



LISBOA MÉDICA

Para estimular a função ovariana  
e activar o menstruo

# AGOMENSINA

CIBA

Substancia hidrosolúvel  
do ovario

Amenorréa funcional,  
menstruos retardados,  
oligomenorréa, hipoplasias,  
esterilidade, vomitos incoer-  
civeis da gravidez etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura:

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





novas hidátides. Esta forma é freqüente no homem e raríssima nos animais (fig. 3).

3) Outras vezes as vesículas filhas atravessam a cápsula germinativa e vão desenvolver-se entre a face externa da cutícula e a interna da cápsula adventícia; algumas podem ainda romper a cápsula adventícia, espalhando-se nos tecidos próximos (fig. 4).

Convém notar que para alguns autores, e Naunyn em especial, só o endocisto pode formar vesículas e portanto estas são sempre endógenas; a vesícula externa ou exógena aparece ali porque a cutícula se rasgou e o líquido derramado arrastou as vesículas já formadas. Parece-nos não ser necessário que a vesícula endógena se vá enxertar na forma exógena, basta que o *scolex* seja conduzido pelo líquido, o que é bem mais fácil. Esta forma de evolução é ainda mais para atender quando se trata da rasgadura da adventícia, dando lugar à formação de quistos multiloculares.

A forma exógena é freqüente no porco e rara no homem, tendo nos ossos a sua localização preferida.

Devemos notar que as três formas de evolução, simples quisto, endógena e exógena, são apenas modalidades dessa evolução; no fundo têm a mesma causa, o *scolex*, e o tecido onde se desenvolve pode até ser o mesmo para as três variedades.

*Anatomia patológica.* — Todo o quisto hidático é constituído por:

1) Cápsula adventícia de forma esferoidal ou ovalar e, quando formada em tecidos de diferentes resistências, toma a forma bosselada. Nos quistos novos a sua estrutura é celular e vascular; nos quistos velhos os elementos celulares quási desapareceram e fica um tecido fibro-elástico mais ou menos espesso e resistente, com vasos sanguíneos de grande calibre, sobretudo as

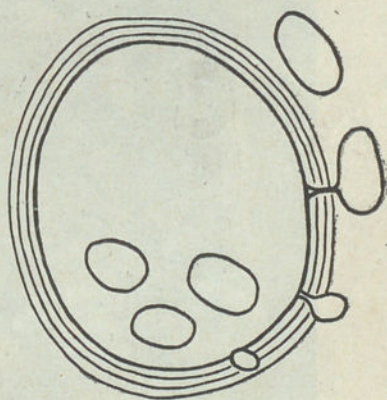


Fig. 4

Quisto com vesículas exógenas

veias. Nos quistos hepáticos há ainda canais biliares e, nos pulmonares, brônquios de maior ou menor calibre.

Algumas vezes a cápsula adventícia calcifica-se em placas ou na totalidade pela deposição de fosfatos e carbonatos de cálcio, indicando a profunda alteração nutritiva por que passou e que foi afectar o quisto que reveste e que dela tirava a sua nutrição.

Se o quisto se desenvolve num órgão importante para a vida,

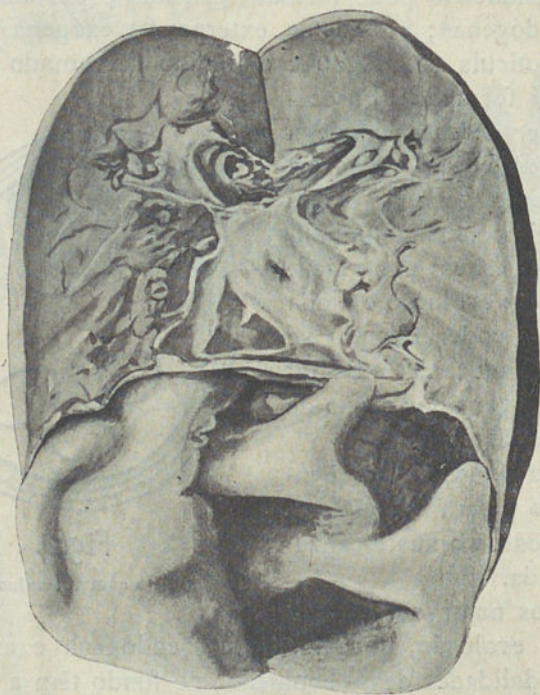


Fig. 5

Quisto hidático do rim (nephrectomia).

figado ou baço, vemos que a víscera doente apresenta uma hipertrofia compensadora nas zonas não atacadas; assim vemos o lobo esquerdo do figado tomar grande desenvolvimento quando há um grande quisto do lobo direito.

2) Membrana própria ou cutícula, com a camada externa ou ectocito e a camada interna ou endocito; é albuminosa, de cor branca de leite ou ligeiramente esverdeada, mole e muito friável (figs. 5 e 6).

3) Líquido claro, límpido, transparente, por vezes opalino; com o aspecto de água de cristal de rocha. A sua densidade é fraca, entre 1.002 a 1.010, só excepcionalmente 1.015; sem albuminas ou apenas com ligeiros vestígios e cloreto de sódio em abundância. Outras substâncias químicas se encontram, umas pouco interessam ao clínico mas outras são tóxicas, de natureza

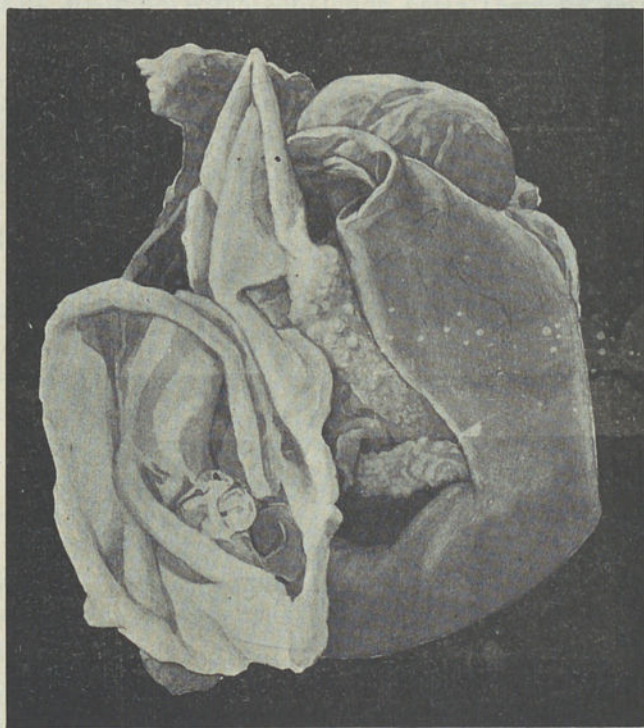


Fig. 6  
Quisto hidático do grande epiplon (extirpação total)

mal definida pelos que as têm estudado, e que, absorvidas, dão intoxicações que podem ir até a morte do doente. Uma pequena dose deste líquido, tirado por aspiração e injectado no tecido celular subcutâneo, dá uma urticária; uma dose mais elevada e injectada no peritoneu ou na pleura pode levar a uma síncope cardíaca fatal.

Esta é a composição química do líquido quando o parasita

está vivo; nos quistos em que o parasita morreu vamos encontrar sôro, bÍlis, sangue, e a albumina aparece em grande quantidade.

Pela aspiração do líquido podemos facilmente observar ao microscópio os *scolex* e os ganchos separados com o seu aspecto característico (fig. 7).

O volume que pode atingir um quisto hidático é variável e por vezes enorme; estão apontados casos de 5, 10, 15 e até 48

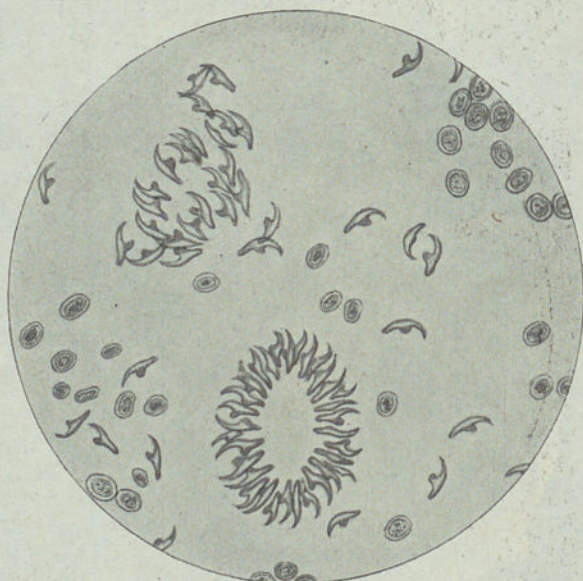


Fig. 7

Coroa de ganchos, obtida por dissecação, e ganchos isolados

litros na cavidade abdominal. Em Portugal o maior de que tenho conhecimento foi operado pelo Prof. Monjardino em Abril de 1912: era um quisto hidático retro-peritoneal com 30 litros, desenvolvido numa mulher de mais de 40 anos.

O *equinococcus* pode morrer e a causa da sua morte é atribuída a perturbações de nutrição, ruptura do quisto e absorpção do líquido; à entrada de bÍlis ou de sangue na cavidade; à infecção e supuração do líquido pelo *streptococcus* ou o *b. coli*; em qualquer dos casos a cápsula adventícia torna-se espessa, dura,

quási cartilaginosa, e calcifica-se; o seu conteúdo toma aspectos muito diferentes dos que apresentava o líquido primitivo.

O líquido perde a sua transparência, torna-se turvo pela precipitação de albuminas; depois formam-se substâncias gordas que lhe dão o aspecto de massa caseosa ou gelatinosa; então o volume do quisto diminui e a cápsula retrai-se e enrugua-se. Se há hidátides filhas, cada uma sofre o mesmo efeito e o resultado final é também o mesmo.

Mais tarde todo o líquido desaparece, a massa seca-se e formam-se cristais de colestérina, estearina, hemoglobina, pigmentos biliares e restos de membranas e ganchos. A infiltração calcárea que tinha começado na parede do quisto estende-se a todo o conteúdo, e vamos por fim encontrar a massa semelhante a giz ou a massa de vidraceiro contendo ainda os ganchos (fig. 8).

Há quistos em que a cutícula desaparece quási por completo e o conteúdo é formado por vesículas filhas com líquido turvo, cápsula enrugada, e entre elas pedaços de substância gelatinosa, laminados, que são os restos da membrana mãe; nestes quistos houve derrame de bÍlis ou supuração.



Fig. 8  
Quisto hidático calcificado

*Sintomas.* — O crescimento do quisto hidático é muito lento, e assim a víscera onde êle se desenvolve vai-se adaptando, dando apenas sinais do volume e do pêso atingidos: a dor é um sinal quási desconhecido, salvo quando haja a compressão de nervos

ou a irritação duma serosa, do peritoneu, da pleura ou das meninges; a função do órgão pouco ou nada é prejudicada porque, como já dissemos, se faz a hipertrofia compensadora da região não atacada.

O estudo da evolução do quisto hidático faz-se no fígado de preferência, porque nêle a percentagem chega a atingir 75 0/0, a nossa é de 70,8 0/0, e ainda porque, neste órgão, o quisto se desenvolve sob todas as formas conhecidas, monoculares, multiloculares e alveolares, o que se não realiza em nenhum outro órgão.

A localização do quisto hidático no fígado tem importância pela sede e conseqüências que dela derivam; na face superior distende o diafragma e vai fazer saliência e abrir-se nas pleuras, nos pulmões e no coração; na face inferior tende a isolar-se, a pediculizar-se e vai comprimir os canais biliares, dando icterícia, o estômago, o duodeno, o piloro e cólon transversos. Da compressão destes vários órgãos resulta um estado irritativo inflamatório que provoca aderências, através as quais vem quasi sempre a formar-se uma comunicação entre a cavidade do quisto e a da víscera ôca pela qual se esvazia o conteúdo quístico: as vômitas, os vômitos e as evacuações de hidátides são conseqüências bem conhecidas desta evolução clínica a que não escapam os ureteres e o próprio coração.

Se alguma vez a evacuação do quisto foi completa, o doente está curado, mas a regra é a infecção, a fistulização interminável e a morte do doente em caquexia. Uma evolução bizarra é aquela em que a cavidade do quisto se enche de gases pela putrefação do conteúdo, como succedeu no doente 139 operado pelo Dr. Sena Pereira e descrito numa lição do Prof. Morais.

Em regra os quistos hidáticos são únicos, raras vezes múltiplos, quer no mesmo órgão, quer em órgãos diferentes; fazem excepção os da cavidade peritoneal onde é bem visível a multiplicidade no peritoneu, mesentérios, epíploons, sendo a sua disseminação devida à ruptura dum quisto primitivo noutra região e consecutivo derrame de líquido e *scolexes*. Noutras regiões, só conheço apontada a multiplicidade no fígado, baço, rim e pulmão.

Na forma univesicular ou monocular, a membrana quística está sob a tensão do líquido contido, apresentando maior ou menor resistência à palpação; é um tumor liso, elástico, renitente,

às vezes com flutuação; a percussão dá som maciço e pode dar o frémito hidático. Se o frémito hidático não é patognômico do quisto hidático porque pode encontrar-se em hidronefroses, quistos de ovário e do mesentério, êle merece consideração para o diagnóstico diferencial.

Na forma multivesicular, enquanto a membrana mãe está intacta, as sensações obtidas são as mesmas, mas quando ela degenera, amolece, rasga-se, o líquido reabsorve-se no todo ou em parte e as sensações obtidas pela palpação e percussão tornam-se diferentes; a regularidade da forma desaparece, a consistência é mais dura, sobretudo quando há a calcificação da membrana adventícia.

Estes sintomas são ainda mais notados quando o quisto é multilocular ou tem divertículos a que correspondem bosseladuras onde a resistência é desigual. A forma múltipla primitiva, negada por alguns autores, existe porém no fígado com dois e mais quistos; cita-se o caso extraordinário de Entz com 51 quistos primitivos. São os quistos múltiplos que, crescendo, chegam ao contacto pelas suas paredes, as quais, rompendo-se, os fazem comunicar dando-lhe o aspecto diverticulado.

A multiplicidade pulmonar revela-se quasi exclusivamente pela radiografia.

*Diagnóstico.* — O quisto hidático pode evolucionar durante muito tempo, largos anos, sem dar sinal de si, nem alterar directamente o órgão onde se formou, nem os órgãos próximos, ou o estado geral do doente. Esta marcha clínica é muito importante para o diagnóstico, mas há outros elementos que devemos estudar porque nos permitem fazer o diagnóstico diferencial.

A idade e o sexo nada indicam, embora em quasi todas as estatísticas a mulher seja mais atacada, mas a ocupação tem grande importância e por ocupação devemos entender o convívio com os cães.

Quanto às reacções de laboratório são elas:

1) O exame do sangue com a eosinofilia que pode ir de 4% a 12, 30, 40%, e num caso de Palazzo até 68%. O maior número obtido nos nossos doentes foi de 32,42% num quisto hidático do fígado multivesicular (3.806) e 44% num quisto hidático do baço operado pelo Prof. Salazar.

É para nós um elemento de diagnóstico diferencial muito importante.

O Prof. Nicolau Bettencourt nos Arquivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, tomo II, fascículo III, 1909 diz:

«O valor da eosinofilia é relativo:

- a) Não é constante;
- b) Existe nas doenças parasitárias do intestino;
- c) Existe em certas intoxicações medicamentosas, iodeto de potássio, salicilato de sódio, antipirina;
- d) Na asma;
- e) É variável com a sede do quisto, sendo máxima no fígado.

Podemos acrescentar que existe também na leucémia, nos carcinomas e sarcomas do fígado, mas nestes casos o estado geral do doente é característico e naqueles apontados pelo Prof. Nicolau o exame das fezes e a exclusão dos medicamentos permitem fixar o valor que lhe damos.

2) O Prof. Nicolau Bettencourt conclui: «Veio então a ideia das reacções de complemento, de Bordet-Gengou, Weinberg e outras. Servindo-se como antigéneo do líquido dos quistos hidáticos do carneiro, sempre fácil de obter no matadouro, temos reacções que são um bom auxiliar em muitos casos, mas ainda falível em muitos outros.

As sero-reacções perdem todo ou quasi todo o seu valor quando a hidátide está morta assèpticamente, podendo aparecer em outras doenças. O Prof. José Arce, de Buenos-Aires, cita o caso duma cirrose hipertrófica do fígado em que a reacção de Bordet-Gengou foi positiva e não havia quisto hidático.

O Dr. Fairley no J. College Surg. Australasia, 1930, diz: «A reacção de complemento na doença hidática deu os seguintes resultados em 150 doentes: antes de operados houve 52,4 % positivas. A reacção foi positiva em quasi todos os casos em que o quisto estava rôto ou supurado recentemente, e positiva só em 1/3 % quando o quisto estava degenerado ou não infectado.

O resultado é mais positivo nos quistos pulmonares, e nos recidivados é de 52,8 %.

3) O Dr. Morais David na sua tese de doutoramento, *Anafilaxia hidática*, 1920, conclui: «A reacção de Cazoni pela sua simplicidade e sensibilidade sobreleva a todos os outros métodos biológicos usualmente empregados no diagnóstico da equinoco-



LISBOA MÉDICA

# Cardiazol «Knoll»

(pentamethylentetrazol).

**Analéptico de acção favoravel  
sobre a circulação e a respiração.**

**Acção immediata  
por via subcutanea.**

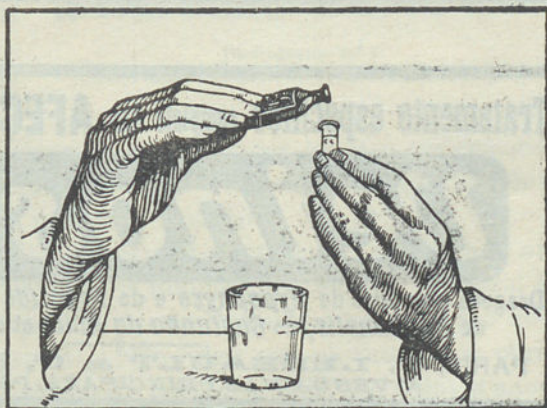


Póde tambem injectar-se pelas vias intramuscular, intravenosa e intracardial.

Conforme o caso, emprega-se 1 empola de 1,1 cc. de hora em hora ou de 1/2 hora em 1/2 hora.

Emballagem d'origem de 6 empolas.

**Acção demorada  
por via buccal.**



Cardiazol liquido e em comprimidos.

3 a 4 vezes por dia 20 gottas (= 0,1 gr. de Cardiazol) ou 1 comprimido de 0,1 gr., eventualmente em intervallos de 2 a 3 horas.

Frasco d'origem com 10 grs. de liquido.

Tubo d'origem com 10 comprimidos.

**KNOLL A.-G.**, Fabricas de productos chimicos, **Ludwigshafen sobre o Rheno**  
(Allemanha).

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 **AFECÇÕES VENOSAS**

## *Veinosine*

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

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

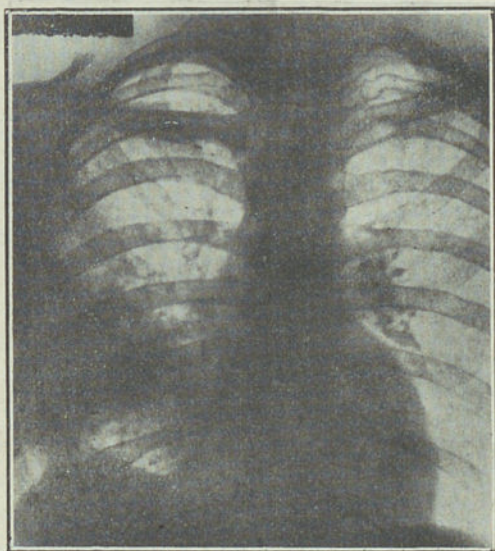
AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

cose; não está ela em relação com o volume ou a localização do quisto. O éter e não o clorofórmio tem uma acção directa e inibitória sobre o líquido hidático».

Resta-me falar de dois elementos de diagnóstico e do valor que elles merecem: um é o radiograma, o outro a punção exploradora.

4) O radiograma é um elemento importante para o diagnóstico, mas de applicação limitada: sendo a cápsula adventícia que nos dá a forma, o volume e a localização do quisto, é por vezes tão delgada, chegando mesmo a faltar, que a sombra é indeterminada, irregular, semelhante mais um processo inflamatório, um abcesso, do que uma cavidade quística.

No fígado o radiograma tem o seu máximo valor quando o quisto deforma a face superior de qualquer dos lobos empurrando e alterando a forma clássica da abóbada diafragmática. Entre as nossas chapas existe uma que mostra a porção direita da abóbada levantada até a terceira



Radiograma n.º 1  
Quisto hidático infectado e aberto num brônquio

costela. Já na face inferior de qualquer dos lobos o radiograma tem menos valor, a deformação não é típica, e nas localizações centrais raras vezes ela nos pode elucidar.

Recorreu-se ao auxilio do pneumo-peritoneu, já empregado na Europa para o diagnóstico dos tumores abdominais em geral e que os cirurgiões da Argentina pretenderam empregar para o dos quistos hidáticos em especial. Não julgo que os resultados obtidos correspondam aos riscos da técnica, e hoje, passados 8 anos sobre o congresso de Buenos Aires, eu vejo-o quasi esquecido.

No pulmão os resultados obtidos são melhores pela diferença

de densidade entre o quisto e o tecido pulmonar normal, mas as dificuldades vêm quando o quisto se infecta e se rompe num brônquio, porque então a linha de contôrno perde a sua nitidez na dúvida dum abcesso ou duma caverna pulmonar ou ainda duma pleurisia interlobar (rad. n.º 1).

Sem infecção, o radiograma do quisto hidático pode comparar-se com o dum tumor maligno, carcinoma ou sarcoma, primário ou secundário do pulmão, como se pode ver nos radiogramas n.ºs 2 e 3.



Radiograma n.º 2  
Carcinoma do pulmão (primitivo)

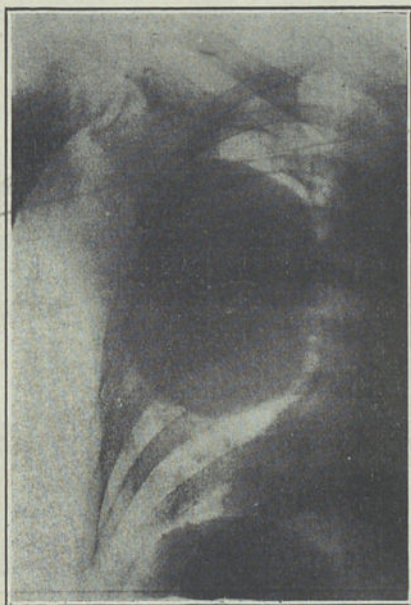
O crescimento rápido do volume radiografado, a existência dum tumor primitivo de qualquer outro órgão e a caquexia do doente são elementos decisivos para nos indicar a natureza da lesão.

Nos tecidos moles, seja qual fôr a víscera ou órgão atacado, o radiograma do quisto hidático tem um altíssimo valor quando se dá a calcificação, como se vê nos radiogramas n.ºs 4 e 5.

Nos ossos não há membrana periquística e o osso compacto é destruído à medida que o quisto, do tipo multilocular, cresce, e só quando êle atinge o periosteio êste reage formando a membrana, ou, sendo perfurada a membrana, vai formar-se nos tecidos moles, músculos, tendões. Os radiogramas dos quistos hidáticos dos ossos podem dar sombras muito semelhantes às dos sarcomas de células gigantes, dos carcinomas metastáticos, dos condromas, e às da osteomielite fibro-quística, a que uma fractura espontânea vem ainda juntar as dificuldades de interpretação. O radiograma n.º 6 semelha bem o dum sarcoma de células gigantes.

5) O último elemento de diagnóstico de que podemos usar é a punção exploradora, de efeito completo nos quistos univesiculares, mas que pode falhar nos multivesiculares e não deve empregar-se nos quistos hidáticos das cavidades. A punção dum quisto de qualquer cavidade só pode aconselhar-se quando a clínica nos diz que o quisto não é hidático, quando as reacções laboratoriais foram todas negativas, ou quando o doente, deitado na mesa de operações, exija essa prova; no primeiro caso porque naturalmente não há um quisto hidático e não há portanto o risco da sua disseminação; no segundo caso porque a operação iria fazer-se sem retirar a agulha do sítio onde estava implantada e depois de ter dado saída a bastante líquido para baixar a pressão.

Os riscos que ao doente faz correr a punção exploradora são bastantes para que a regeitemos incondicionalmente: ao derrame imediato pela cavidade pode sobrevir uma síncope cardíaca que mata o doente em poucos minutos ou passadas poucas horas; do derrame lento sobrevêm a enxertia e a generalização do *scolex* a toda a cavidade pleural ou peritoneal.



Radiograma n.º 3  
Sarcoma do pulmão (primitivo)

*Prognóstico* — É grave e pode mesmo dizer-se fatal; o quisto hidático tende sempre a crescer, embora lentamente, e isso traz complicações:

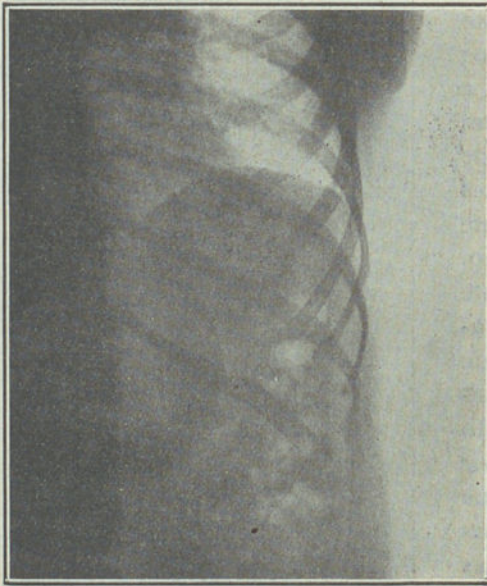
1) Compressão das vísceras próximas e principalmente na localização pélvica, onde atinge a sua maior gravidade; o quisto comprime contra as paredes ósseas os órgãos entre os quais se formou e cresceu, a bexiga, os ureteres, o recto, o útero e as trompas. Os quistos da bacia pélvica têm, mais do que em qual-

quer outra localização, a tendência a abrir-se nas vísceras ôcas da região ou a provocar a obstrução intestinal ou dos ureteres;

2) A supuração que pode dar-se com a cavidade quística fechada, trazida a infecção pelo sangue, pelos linfáticos ou pela bÍlis, evolucionando isolada de sintomas gerais e locais;

3) A ruptura através aderências formadas com as vísceras ôcas próximas, fazendo se a evacuação total que pode levar à cura da doente, mas isto é êrro; o que é frequente é sobrevirem

reações dêsses órgãos, infecção da cavidade quística, a caquexia e morte do doente. As ruturas mais graves são as que se fazem para uma cavidade próxima, a pleura, o peritoneu, porque terminam rapidamente pela generalização ou a morte.



Radiograma n. 4  
Quisto hidático calcificado do fígado

*Tratamento*—É profilático ou cirúrgico.

A indicação segura para acabar com a equinocose seria a morte de todos os cães e gatos, o que não é prá-

tico nem possível; pode dizer-se que estando o cão infectado a profilaxia é de efeito mínimo. Mas sabemos que o cão não produz espontâneamente a ténia, vai buscar o seu contágio às vísceras de outros animais, fígado, baço, rins, peritoneu; a profilaxia impõe portanto duas cousas:

- 1) A proibição da entrada dos cães nos matadouros;
- 2) A destruição imediata das vísceras atacadas de equinocose dos animais abatidos para consumo público.

A ténia que vive no intestino do cão, ou só o segmento terminal, são expulsos com as fezes do animal e depois espalhados

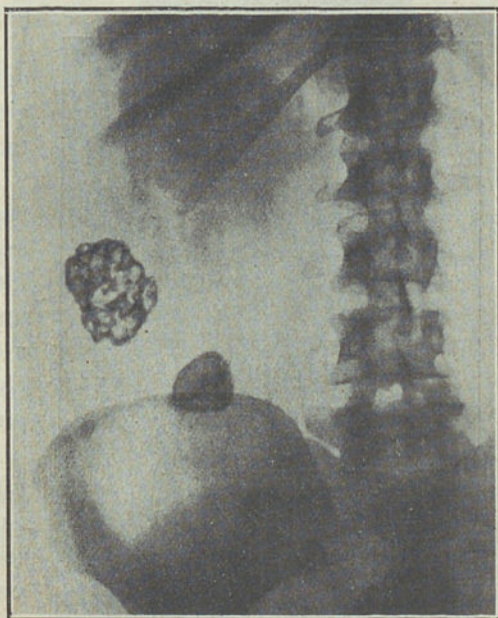
os ovos pelo ar, pela água, pelas ervas, vegetais e frutos que, ingeridos pelo homem, lhe transmitem o parasita. A profilaxia impõe que estas substâncias não possam ser ingeridas senão depois de convenientemente esterilizadas.

Empregando estas medidas profiláticas poderíamos esperar um resultado completo, mas não é assim, o contágio dá-se ainda.

Na Islândia, onde o quisto é muito freqüente, há pouquíssima agricultura, os vegetais são raríssimos, as águas correntes e estancos não existem em grande parte do ano, o contágio deve fazer-se de outra forma; os ovos ficam presos ao focinho do cão, daí passam às mãos do homem e da mão à boca. Diz o Dr. Roberto Wernecke: «Assim como os cães não usam papel, também os islandeses não usam escôvas para esfregar as mãos e talvez até as não lavem».

Os Drs. Cullingworth e Clutton, da Austrália, citam o caso de uma senhora ali operada várias vezes e durante 8 anos, de quistos hidáticos dos órgãos abdominais, cuja etiologia eles atribuem ao facto de esta senhora andar sempre a beijar um pequeno cão que trazia ao colo.

Não há tratamento médico porque nenhuma substância ingerida ou absorvida mata o *equinococcus in situ* para trazer a cura do quisto hidático. O mesmo se poderá dizer da pequena cirurgia que, injectando dentro da cavidade quística substâncias químicas, procura assim matar directamente o parasita; eu julgo que, mesmo num doente que pelas suas precárias condições de



Radiograma n.º 5  
Quisto hidático do fígado e rim direito calcificados

vida não pode tentar uma operação, se não devem empregar os processos da pequena cirurgia, considerando sob esta designação:

1) A acupuntura com agulhas tão finas que não evacuam o líquido e que actuam matando o parasita só pela sua presença e contacto;

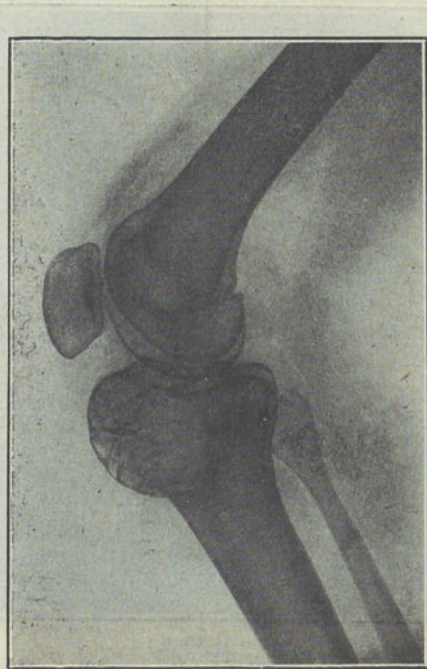
2) A injeção na cavidade quística de pequenas quantidades de solutos de sublimado a 1/1000 Bacelli, de formalina a 1 ou 2 0/0, de iodeto de potássio, de ácido fénico, alcool e muitos outros;

3) A electrólise, que não actua pelo efeito da corrente eléctrica mas talvez pelo contacto da acupuntura;

4) A punção evacuadora, repetida e nunca total, com aspiradores. Do efeito destas últimas deu o Prof. Dieulafoy uma prova com o seu doente, a quem fez mais de 300 punções evacuadoras sem conseguir curá-lo.

Feito o diagnóstico de quisto hidático e bem localizado, deve operar-se imediatamente se não há indicação em contrário.

A-pesar-dos insucessos do tratamento médico, e tendo começado aí por 1877 os tratamentos cirúrgicos cuja evolução foi muito lenta, ainda



Radiograma n.º 6  
Quisto hidático da tíbia

no congresso alemão de 1885 se defendeu a ideia de esperar a cura espontânea.

Na primeira fase do tratamento cirúrgico, 1825, a laparotomia era feita pelos cáusticos sendo o processo mais conhecido o de Recamier que destruía a parede abdominal com potassa cáustica ao mesmo tempo que ia provocando aderências entre ela e a parede do quisto. Depois vieram os processos verdadeiramente cirúrgicos, tendo o primeiro lugar Wolkman em 1877. Êste pro-



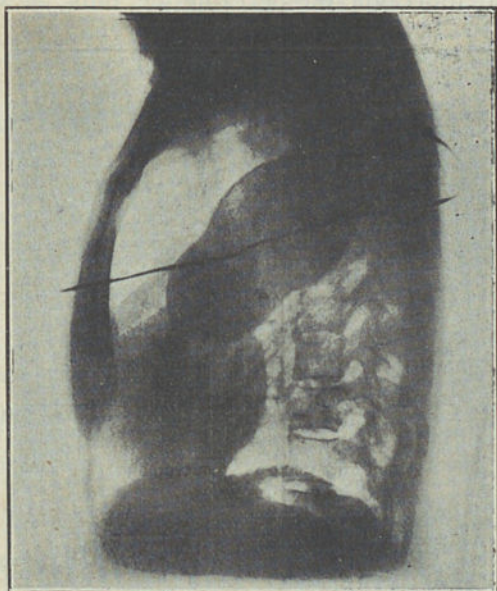
cesso compreendia dois tempos: no primeiro fazia-se a laparotomia e applicava-se um tampão de gaze fenicada ou iodoformada durante 9 a 10 dias, com o fim de provocar aderências entre a abertura da parede abdominal e a parede do quisto. No segundo tempo fazia-se a abertura do quisto, o seu esvaziamento, a lavagem da cavidade com uma solução de ácido salicílico e drenagem.

Pouco tempo depois Israel fazia isto em três tempos, para os quistos altos do lobo direito do fígado, seguindo a via transpleuro-diafragmática.

A operação em dois tempos desagradava pela demora da cura, e Lindemann em 1879 e Landau em 1880 propõem que ela seja feita num tempo; laparotomia, sutura da parede quística à parede abdominal, incisão, esvaziamento do quisto e drenagem. A sutura nos ângulos da ferida, a sutura nos bordos da ferida e a ressecção parcial da cápsula são aperfeiçoamentos de técnica que vão surgindo pouco a pouco ao passo que as curas se vão multiplicando.

Mas a demora da cura é ainda longa, muito longa por vezes; os doentes ficam fistulados durante semanas e meses, sobretudo quando os quistos estão supurados ou sobrevém a cole-ragia.

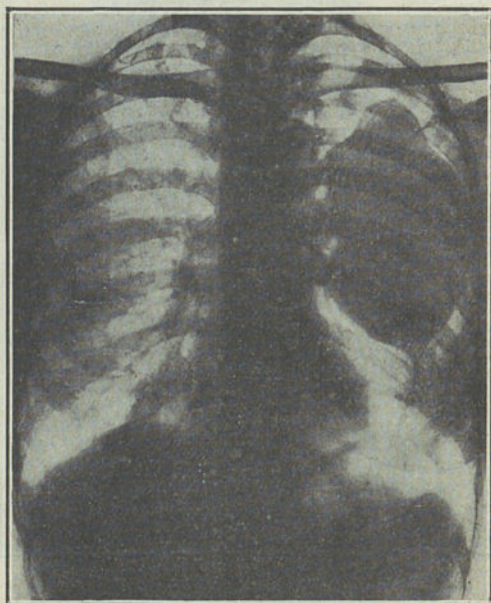
Então vieram novos processos: Thornton em 1883, Köenig e Bond em 1891, Posadas em 1895 e Brobrow em 1898 e outros, fazem a extirpação e fecham, suturando os bordos da ferida hepática e depois os da parede abdominal. Alguns operadores ainda enchiam a cavidade esvaziada do quisto com glicerina e iodofór-



Radriograma n.º 7  
Quisto hidático do pulmão

mio, com sôro fisiológico e suturavam depois. O Prof. Delbet fazia a *capitonage* ou sutura interna da cápsula adventícia.

É preciso ter uma certeza absoluta da assésia durante a operação, que só se emprega nos quistos não supurados, e de que não ficou a menor partícula do quisto, membrana germinativa, vesículas filhas ou *scolex*, na cavidade, para se pôr em prática qualquer destes processos; e a-pesar-de tudo pode sobrevir uma hemorragia ou derrame de bilis de efeitos desastrosos, como



Radiograma n.º 8  
Quisto hidático do pulmão

sucedeu na minha pequena doente do n.º 371.

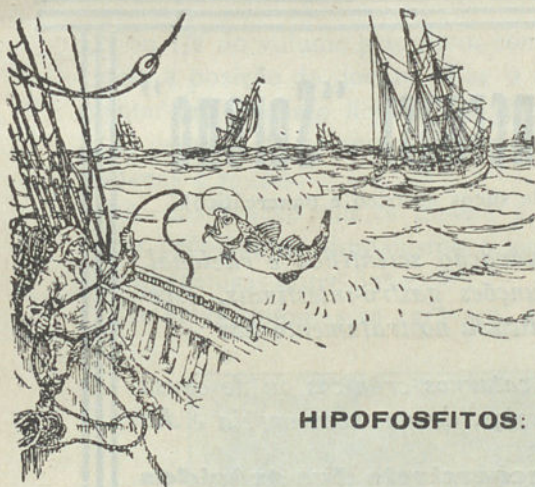
Foram operadas com pequeno intervalo duas doentes pelo processo de Bobrow, sem nada fazer prever a marcha tão desigual que se seguiu: a primeira operação, difficil, teve a cura rápida em 15 dias; a segunda, de execução fácil e que se pode considerar como tipo de processo, teve a demora de 45 dias porque se formou a fistula biliar. É seguramente a fistula biliar uma das contrariedades do processo de Bobrow e que se não pode prever e portanto

evitar. Não é com a sutura das paredes fibrosas do quisto, a *capitonage*, que poderemos impedir o extravazamento da bilis, seria necessária a laqueação directa do canal biliar fistulado: ¿mas como fazê-la se ela não existe ainda no acto operatório?

Vejamos o que se passa na loca donde foi extirpado o quisto depois do seu encerramento. O estudo com o radiograma veio permitir dizê-lo, sobretudo na variedade superior do lobo direito, onde melhor se faz essa observação.

O radiograma dá uma cavidade mais ou menos reduzida a

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 antiscrofuloso.

Depositários gerais para Portugal: **PETANA, BRANCO & FERNANDES, L.<sup>da</sup>**

**Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA**



**Laboratório de Preparados Dermatológicos**

**J. Caballero Roig**

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

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

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

**GOTAS DEPURATIVAS** - (Anti-réplicas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afeções 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.<sup>da</sup>**  
**Rua dos Sapateiros, 39, 1.º**

**LISBOA**



## Peptopancreasi "Serono"

(Extracto de sucos gástrico e pancreático)

*é a principal preparação científica e racional,  
estimulante das funções gastro-intestinais, espe-  
cialmente indicada no tratamento das*

*atonias devidas a catarros crónicos ou de causa  
nervosa, das dispepsias, da gastrosucorreia e dos*

**vómitos incoercíveis das grávidas**

*Para combater a hipertensão arterial*

## Ipotenina "Serono"

*é um excelente preparado, baseado na  
conhecida acção terapêutica dos nitratos  
e dos nitritos, como vaso-dilatadores.*

É, portanto, insubstituível na **artero-esclerose,  
gota, etc.**, e está ainda muito indicada nos **enfer-  
mos glaucomatosos com evidente aumento da  
tensão ocular.**

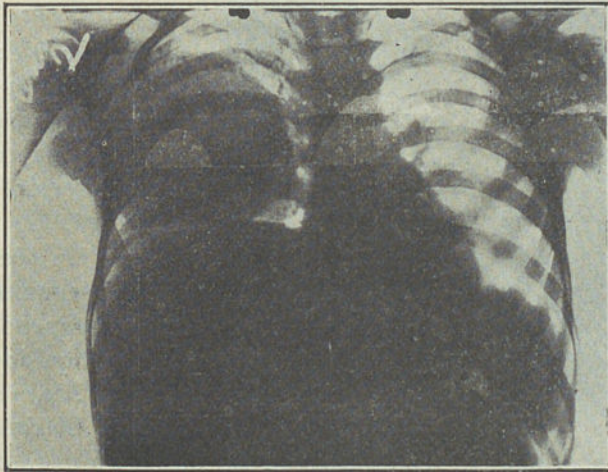
ENVIAM-SE AMOSTRAS GRATIS AOS SRS. MÉDICOS

**L. Lepori** R. Victor Cordon, 1-E a 1-G Apartado 214 **Lisboa**

2/3 ou 1/2 do volume primitivo, contendo líquido e ar; fazendo variar a posição do doente vê-se o nível líquido oscilar e movimentar-se; depois o líquido e o ar vão-se reabsorvendo, a cavidade diminui de volume e acaba por desaparecer, mas levando semanas e meses.

A observação clínica dá-nos à percussão e auscultação os sinais próprios de timpanismo e succussão, ligeira dor à pressão e temperaturas entre 37° e 38°.

Se estes sintomas se agravam, é porque o líquido se infectou



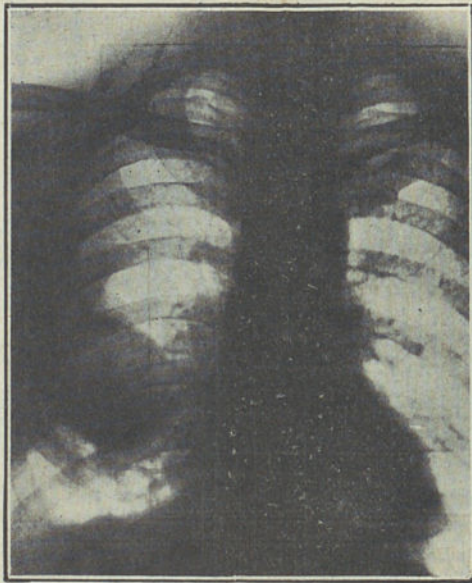
Radiograma n.º 9  
Quisto hidático do pulmão direito (1)

e torna-se necessário abrir a cavidade e drená-la. São os riscos desta infecção e os de deixar ficar enxertos do quisto anterior que me fizeram abandonar estes processos. Fracassos têm tido os melhores cirurgiões argentinos entre os quais citarei apenas:

Vegas y Cranwell.....	17,3 0/0
Varsi .....	28 0/0
J. Arce .....	15,38 0/0
Lagos Garcia.....	18,6 0/0

(1) Os radiogramas n.ºs 9 a 12 não têm referência no texto.

Os nomes de Lindemann e de Landau passaram à história; hoje o que se faz é marsupialização e drenagem cuja técnica é a mesma daqueles cirurgiões e a mais empregada. Há porém dois aperfeiçoamentos que alguns cirurgiões julgam dignos de nota: um é o esvaziamento prévio do quisto, não com a agulha ou trocarte de 2 a 3 milímetros, mas com o trocarte de 8 a 10 milímetros e aspiração de alta pressão; é aconselhado por Finochietto, de Buenos Aires, que diz poder assim evacuar todas as hidátides filhas e a própria membrana germinativa.



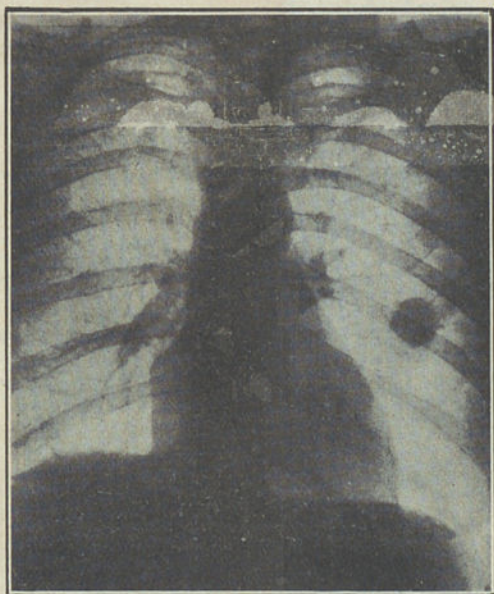
Radiograma n.º 10  
Quisto hidático do pulmão direito

Outro é o da esterilização prévia da cavidade quística com o soluto de sublimado a 1/1000 ou o soluto de formol 1 a 2 0/0; da invenção do Prof. Dévé e que êle põe em prática da seguinte forma: com o pequeno trocarte esvazia o líquido que pode e injecta 300 a 500 c. c. do soluto deixando-o ficar durante 5 minutos; o quisto que então está esterilizado, e portanto incapaz de produzir uma inoculação secundária, é aberto e esvaziado.

Se para os quistos univesculares, sem hidátides filhas, e que são raros, ainda se pode discutir que qualquer daqueles aperfeiçoamentos seja útil, para os multivesculares, de vesículas filhas endógenas ou exógenas, a sua prática não merece discussão; quando ao cirurgião se depara um quisto de hidátides múltiplas, a regra é esvaziar o maior número sem pretender chegar à última das vesículas, e isto trabalhando com uma incisão onde lhe caiba a mão. Quanto à esterilização, é certo que o parasita morre em contacto com qualquer daqueles esterilizadores, o que não é provável é que todos os parasitas estejam dentro do quisto

em contacto com êles. O Prof. Dévé descreve o caso duma rapariga de 5  $\frac{1}{2}$  anos, operada de quisto hidático do fígado, asséptico, às 10 horas e tendo feito a esterilização; às 5 horas do dia seguinte estava morta com a temperatura de 43,5°. Ora o formol na dose absorvida não é tóxico e a morte foi atribuída à intoxicação hidática aguda.

Os diferentes processos operatórios apresentados foram discutidos em relação aos quistos hidáticos do fígado e o mesmo se poderá dizer do baço, do rim, de qualquer órgão da cavidade abdominal cuja conservação seja indispensável ou muito útil à vida. De um modo geral podemos dizer que, sempre que seja possível extirpar o quisto sem o abrir ou o órgão onde êle se desenvolveu, essa é a prática mais segura e que empregamos nos quistos da mama, do corpo tiroideu, dos músculos, do epíploon, dos ovários; quando se trata do rim ou do baço poderemos empregar a marsupialização do quisto,



Radiograma n.º 11  
Quisto hidático do pulmão esquerdo

a esplenectomia, a nefrectomia ou a ressecção parcial do órgão doente, como fizemos no doente n.º 2.684 a ressecção do polo inferior do rim.

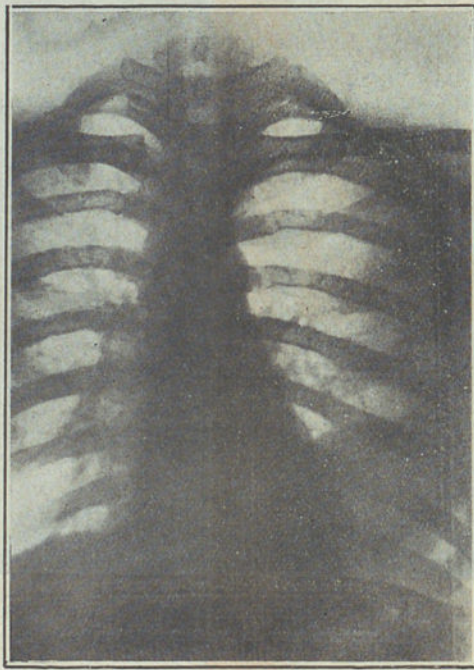
Quanto aos quistos hidáticos do pulmão pode dizer-se que são operados com as mesmas regras, mas aqui impõe-se ainda mais o diagnóstico preciso da localização, porque dêle depende o resultado operatório. Se para um quisto com o volume duma laranja, ou maior, poderá ser indiferente ressecar a 7.<sup>a</sup> ou a 8.<sup>a</sup> costelas, não sucede o mesmo com os quistos de pequeno volume, desenvolvidos na parte central do pulmão e sem aderências pleu-

rais: ressecada a costela, aberta a pleura, o pulmão retrai-se para o fundo de saco costo-vertebral e não permite a palpação do quisto. Duas vezes me sucedeu êste precalço: no primeiro operado, um marinheiro muito robusto com grandes hemoptises, foi ressecada a 8.<sup>a</sup> costela e viu-se que não havia aderências das pleuras; incisada a pleura parietal, o pulmão retraiu-se e não foi possível palpar o quisto, a-pesar-dô radiograma mostrar que devia ter o volume dum ôvo de galinha. Êste doente curou-se

depois matando o *equinococcus* com aplicações de rádio e expulsando a membrana em vômica. Observado 5 anos depois estava curado e sem recidiva.

O segundo operado, doente da clínica do Prof. Moraes, com história clínica e operatória inteiramente semelhantes, foi em 1928 internar-se no Hospital de Eppendorf, em Hamburgo, onde não conseguiram localizar o quisto nem operá-lo, e o doente voltou com um pneumotórax que pouco a pouco se foi reabsorvendo.

Se não é indiferente a costela ou costelas a ressecar, mais útil é saber se devemos ir pela região anterior, lateral ou poster-



Radiograma n.º 12  
Quisto hidático do pulmão esquerdo

rior. Para a localização exacta do quisto fazemos o seguinte: guiados pelo diagnóstico clínico, colocamos um fio de prata sôbre a costela que julgamos sobreposta ao quisto, desde a apófise espinhosa até a respectiva cartilagem, e tiramos dois radiogramas, um ântero-posterior e outro lateral (rad. n.ºs 7 e 8). Fica assim determinada a costela que deve ser ressecada e o segmento a ressecar.



Observando os radiogramas da doente operada n.º 3.952, vê-se que, a-pesar-de o quisto estar localizado no lobo inferior do pulmão, houve que ressecar a 5.ª costela, ao passo que, na doente

r, foi ressecada isto do lobo su-

**Bacterioterapia  
Láctica**  
*culturas vivas de  
bacilos bulgaros*

**A**

**■ Biolactina**  
**■ Normal**

Laboratórios da Farmácia Normal  
rua Bernardo Lima, 50 - Lisboa

centímetros, se  
ncisa se imedia-  
há aderências,  
para um segundo  
mão aos bordos  
o pneumotórax  
ucos dias, como

ações que, muito  
na boa solução:  
o o espaço desde  
no teve a já ci-  
ampão compres-  
a para calmar a  
esperar 8 a 15

tise; umas vezes  
uma consequên-  
única laqueação,  
nguíneos são nu-

e meses de pe-  
a do quisto está  
des e o doente  
na formação exó-  
alização como vi-

infectados, e que  
ecção, quer pela  
va à escara desse

observações cli-  
e não vou por-

rais: ressecada a costela, aberta a pleura, o pulmão retrai-se para o fundo de saco costo-vertebral e não permite a palpação do quisto. Duas vezes me sucedeu êste precalço: no primeiro operado, um ma... foi ressecada a 8... pleuras; incisada... possível palpar... devia ter o volu...



Radio  
Quisto hidático

rior. Para a loc... guiados pelo diag... a costela que ju... espinhosa até a... mas, um ântero... assim determinac... a ressecar.

— **COMPRIMIDOS LACTO-AMILACEOS** —  
**BioLactina** desagregaveis

CULTURA PORTUGUESA DO  
B. BULGARICUS DE MASSOL  
da NATIONAL COLLECTION OF  
TYPE CULTURES de LONDRES  
RENOVADO CONSTANTEMENTE

**'Normal,**

Em igualdade de circunstancias  
todos os clínicos concordam em que

*devem preferir-se os  
produtos portugueses.*

**Nos**

fermentos lacticos não há só  
"igualdade de circunstancias,,

**Mas,**

o produto português bem prepa-  
rado é *preferivel* ao similar extran-  
geiro igualmente bem preparado

**Porque:**

- 1) mais recente
- 2) periodo de actividade declarado
- 3) mais barato

Observando os radiogramas da doente operada n.º 3.952, vê-se que, a-pesar-de o quisto estar localizado no lobo inferior do pulmão, houve que ressecar a 5.ª costela, ao passo que, na doente ..., foi ressecada ... isto do lobo su-

**— COMPRIMIDOS LACTO-AMILACEOS —**

**BioLactina** desagregáveis

CADA CENT. CUB. DA CULTURA EMPREGADA CONTÉM DEZENAS DE MILHÕES DE GERMENS VIVOS DESIDRATADOS GRADUALMENTE A BAIXA TEMPERATURA

**'Normal,**

As preparações farmacêuticas de marca estrangeira só podem ser expostas à venda em Portugal *mês* depois de feitas; *não mencionam* a data da preparação nem o período de actividade e isto por motivos puramente comerciais.

Os exemplares já inactivos por velhice *não podem* distinguir-se dos úteis, a não ser por verificação bacteriológica.

Em cada caixa de **BioLactina "Normal,"** (*fermentos lacticos puros portugueses*) está marcada a data da preparação, bem como a data-limite de actividade.

Quando este tenha sido atinjido, reclame-se a troca gratuita, que todas as farmacias fazem prontamente.

A **BioLactina** vende-se em todas as boas farmacias

CAIXA COM 48 COMPRIMIDOS.....	9\$00
CAIXA DE 6 FRASCOS-DOSES (CALDO)	15\$00
FRASCO DE 25 GR. (PÓ).....	9\$00

centímetros, se incisa se imediatamente há aderências, para um segundo mão aos bordos e o pneumotórax poucos dias, com o

ações que, muito na boa solução: o espaço desde no teve a já ci-ampão compres- para calmar a esperar 8 a 15

tise; umas vezes uma consequên-única laqueação, nguíneos são nu-

e meses de pe-a do quisto está des e o doente na formação exó-alização como vi-

infectados, e que ecção, quer pela va à escara dêsse

observações cli-

meas, os que foram encontrados em autópsias e não vou por-

rais: ressecada a costela, aberta a pleura, o pulmão retrai-se para o fundo de saco costo-vertebral e não permite a palpação do quisto. Duas vezes me sucedeu êste precalço: no primeiro operado, um ma foi ressecada a 8 pleuras; incisada possível palpar devia ter o volu



Radi  
Quisto hidático

rior. Para a loc guiados pelo diag a costela que j espinhosa até a mas, um ântero assim determina a ressecar.

**P. & MOURATO VERMELHO, LTDA.**

FARMACEUTICOS

50, R. BERNARDO LIMA -- LISBOA N.

PREPARADORES DE:

**DYNAMOL**

**ASEPTAL**

**DEXTROCANFOROLEO**

**PNEUMOZYL**

**NARCOTYL**

ETC.

Observando os radiogramas da doente operada n.º 3.952, vê-se que, a-pesar-de o quisto estar localizado no lobo inferior do pulmão, houve que ressecar a 5.ª costela, ao passo que, na doente n.º 4.003, também com o quisto no lobo inferior, foi ressecada a 8.ª costela. Na doente n.º 4.058, com um quisto do lobo superior a costela ressecada foi a 7.ª.

Ressecada a costela numa extensão de 8 a 12 centímetros, se há aderências pleurais e o pulmão está imóvel, incisa-se imediatamente, evacua-se o quisto e drena-se; se não há aderências, preferem uns operadores provocá-las, guardando para um segundo tempo a abertura do quisto. Prefiro fixar o pulmão aos bordos da ferida torácica e abrir imediatamente, porque o pneumotórax asséptico que se forma vai reabsorver-se em poucos dias, como sucedeu na doente do n.º 3.952.

Há nestas operações, ou pode haver, complicações que, muito aparatosas nos sintomas, têm quasi sempre uma boa solução:

1) Enfisema subcutâneo que pode atingir todo o espaço desde o rebôrdo costal até as apófises mastoideas, como teve a já citada doente n.º 3.952. O melhor tratamento é o tampão compressivo da ferida operatória; o xarope de codeína para calmar a tosse; a posição sentada e apoiada nas costas; esperar 8 a 15 dias, e a cura é completa;

2) Hemorragia que se manifesta pela hemoptise, umas vezes imediata à operação, outras vezes tardia. Não é uma consequência da operação, que se faz por vezes sem uma única laqueação, vem da membrana periquística onde os vasos sanguíneos são numerosos e por vezes de grande calibre;

3) A expulsão prolongada durante semanas e meses de pequenas hidátides em vômica; a superfície interna do quisto está lisa e bem visível, os drenos não contêm hidátides e o doente expulsa-as em vômica. A explicação deve estar na formação exógena dessas hidátides, o que é própria desta localização como vimos na anatomia patológica;

4) Gangrena pulmonar, sobretudo nos quistos infectados, e que é a mais grave das complicações, quer pela infecção, quer pela hemorragia de qualquer vaso pulmonar, consecutiva à escara desse vaso. Teve-a o n.º 3.377.

Dos quistos da cavidade craniana não tenho observações clínicas, os que vi foram encontrados em autópsias e não vou por-

tanto referir-me a elles ou ao processo operatório que tenha de se empregar.

### QUISTOS HIDÁTICOS ALVEOLARES

É uma forma especial de evolução do *equinococcus* e que se pode encontrar no homem e em alguns animais: tumor colóide alveolar lhe chamou Buhl em 1852 e Luschka cancro colóide; só em 1856 Virchow mostrava a sua natureza parasitária e chamou-lhe «tumor de *equinococcus* multilocular ulcerativo»; o verme parasita era o mesmo do quisto hidático, devendo atribuir-se a diferença estrutural à anatomia da região atacada. Virchow supunha que o parasita se fixava nos linfáticos e não nos vasos sanguíneos do fígado ou dos ossos.

¿É um parasita especial ou é o *equinococcus* já conhecido evolucionando duma forma especial, mercê de condições particulares até hoje desconhecidas? O médico russo Melnikow-Raswedenkow defende a dualidade pela forma de crescimento e reprodução, pela diferença de reacção dos tecidos atacados e pela diferente distribuição geográfica. Nos países onde há o quisto hidático vulgar não há o quisto alveolar, e sucede encontrar-se no mesmo animal e na mesma viscera, o fígado, as duas formas de evolução. O Dr. A. Posselt, de Insbruck, diz que no Tyrol não há o *equinococcus*, só há a forma alveolar, ao passo que na Austrália, Islândia e Alemanha do Norte não há o *equinococcus* alveolar. Em Portugal não conheço apontado nenhum caso.

*Anatomia patológica.* — O aspecto macroscópico dum quisto alveolar é o duma esponja, ou dum favo cujos alvéolos são cercados por tecido conjuntivo fibroso, esclerosado e infiltrado de sais calcáreos; diferentes nódulos se formam na mesma viscera, uns próximos outros distantes, mas alguns vão formar-se em órgãos diferentes como metástases. O tecido visceral que fica entre os nódulos sofre alterações nutritivas que chegam à necrose, auxiliadas pelo derrame de biliar, pela infecção séptica, terminando pela formação duma cavidade central, anfractuosa, contendo líquido turvo, bilioso, purulento, tendo em suspensão bocados de tecido necrosado, partículas calcáreas, colessterina e bilirubina, *scolex* e ganchos.

Os septos alveolares têm a côr branco acinzentada e derivam do estroma conjuntivo do órgão onde se formam; os alvéolos estão cheios duma substância gelatinosa e de pequenas vesículas mais ou menos alteradas na forma, mas conservando a propriedade de produzir embriões, representando assim o segmento terminal da ténia *equinococus* no intestino do cão.

A caverna central tem sido comparada com a caverna tuberculosa pelo seu aspecto: as metástases fazem-se nos pulmões, gânglios linfáticos e cérebro e as localizações primitivas do parasita são no fígado, cérebro, baço, pulmão, rim e cápsulas supra-renais. Os animais atacados são os bois e mais raramente os carneiros e os porcos.

O fígado é o órgão mais atacado e quasi exclusivamente no lobo direito; é um fígado grande pesando 3 a 10 quilos, com a superfície coberta de pequenas granulações rosadas sobre uma cápsula espessada; os bordos são arredondados e o todo lembra o aspecto dum grande fígado cirrótico, a que não falta o quadro clínico da hipertrofia esplénica, ascite, edemas dos membros inferiores e icterícia.

*Sintomas.* — A evolução é lenta e pode levar anos, traduzindo-se por hepatomegalia e icterícia crónica com grande baço. O fígado grande, indolor, descendo abaixo do umbigo; superfície irregular, consistência dura, lenhosa, às vezes cartilaginosa; icterícia crónica e progressiva acompanhada de prurido e por vezes de epistaxe; as fezes são descoradas; o baço é grande e mais tarde vem a ascite.

O estado geral conserva-se bom durante meses e anos, até que vem o emmagrecimento, as hemorragias, os edemas e a morte em caquexia. Toda a evolução se faz apirética e a tuberculose pode complicar e agravar muito a sua marcha.

*Tratamento.* — Não há cura para esta doença no estado actual dos nossos conhecimentos, o que bem contrasta com a grande percentagem de curas no *equinococus* vulgar; não há medicamentos que matem o parasita e a cirurgia só poderia curá-lo fazendo a ressecção da parte invadida, numa fase em que o diagnóstico é quasi impossível.

(Continua).

*Serviço de Oto-rino-laringologia da Faculdade de Medicina de Lisboa*  
(Hospital Escolar)

## SINUSITES MAXILARES CRÓNICAS

POR

CARLOS DE MELO

O seio maxilar é de entre todos os seios paranasais aquele que mais freqüentemente se inflama. Sem necessidade de recorrer a material alheio, vejo que em 1929 e 1930, entre 85 sinusites observadas no meu serviço de Santa Marta, 61 eram maxilares.

A explicação do predomínio das sinusites maxilares sôbre as inflamações das outras cavidades paranasais deve ser procurada, segundo opinião geral, nas relações de vizinhança do antro de Highmore com os dentes. Assim é que as cavidades maxilares, além de expostas às mesmas causas de infecção que os outros seios, possuem mais uma via de agressão que lhes é particular — a via dentária.

Esta interpretação da maior freqüência das sinusites maxilares em relação às outras, em virtude da vizinhança com os dentes, deixa no meu espírito fortes dúvidas. Trabalhos cuidadosos de Hinsberg (14), Kalisch, Hajek (11) e Gaudier (9) mostram que a percentagem de infecções dentárias na produção de sinusites maxilares varia entre 5 a 13 0/0, isto é, que *a origem dentária das inflamações dos seios maxilares é relativamente rara*. Baseado nas observações dos autores citados, julgo legítimo concluir que o acentuado predomínio das sinusites maxilares sôbre as restantes deve estar ligado, não à vizinhança dos dentes, mas a outros factores, cuja significação e importância nos escapam.

Praticamente toda a sinusite maxilar crónica tem a sua origem em uma sinusite aguda. Por outro lado a grande maioria das sinusites maxilares agudas cura-se espontaneamente ou por meios conservadores, só uma pequena percentagem passando ao



ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

# DIGIBAINÉ

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

LABORATOIRES DEGLAUDE  
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-  
SADOS (SPASMOSÉDINE, 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

**Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet**

Comunicações as sociedades científicas 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 biológico 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*

”

# Ceregumil

Fernández

**Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas**

Contém no estado coloidal

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

**Insubstituível 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

estado crónico. Digno de interêsse é pois investigar quais os motivos que impedem a cura de uma pequena percentagem das sinusites agudas deixando-as evolucionar para a cronicidade.

São de várias ordens as causas gerais e locais, que conduzem à cronicidade inflamações agudas do antro de Highmore e dos outros seios paranasais, causas que umas vezes actuam isoladamente, outras vezes em variadas combinações. Entre as de ordem geral supérfluo é acentuar a importância da virulência microbiana e da resistência do organismo, factores estes que desempenham um papel primacial em todas as infecções. Como causas locais, favorecendo a cronicidade de inflamações agudas, são para destacar em plano de relêvo todas as que se opõem a uma fácil saída, através os respectivos óstios, dos produtos inflamatórios produzidos nos seios paranasais. No caso do seio maxilar, pode o obstáculo ser constituído por um desvio ou crista do septo, por um corneto médio muito encostado à parede externa da fossa nasal (hipertrofia da mucosa, dilatação celular ou variedade anatómica), e ainda por infiltração simples ou polipóide da mucosa de revestimento do meato médio. Algumas vezes é a própria mucosa do seio maxilar que, pela sua tumefacção no período agudo da doença, obtura os óstios, chegando a herniar-se através dêles: desta forma, a circulação venosa é suprimida ou só se realiza com dificuldade, o escoamento das secreções não se faz desafogadamente e a mucosa da cavidade maxilar edemacia-se. O seio maxilar encontra-se, em tais casos, em uma situação curiosa: a tumefacção inflamatória da mucosa determina a obturação dos óstios, e a obturação dos óstios, estragulando as veias que por êles passam, aumenta por sua vez a tumefacção da mucosa intra-sinusal por um processo de hiperemia passiva.

Hajek (12) chamou a atenção para um processo de passagem à cronicidade de sinusites agudas, quando estas recidivam várias vezes num curto espaço de tempo. São, neste caso, sucessivos «ataques» de inflamação aguda, não dando intervalos suficientes à mucosa para uma restituição *ad integrum*, que determinam a cronicidade.

Mais raras vezes a sinusite é crónica desde o início. É o que sucede com as sinusites «secundárias», sinusites desenvolvendo-se e evolucionando em organismos a braços com graves infecções gerais e, por consequência, em precárias condições de

resistência. É também o que acontece com as sinusites maxilares provocadas por alguns corpos estranhos, por focos osteomielíticos, tuberculosos, sífilíticos e neoplásicos da vizinhança, e por infecções de origem dentária. De considerar é ainda a aparição de uma sinusite maxilar crónica consecutiva a supuração do seio

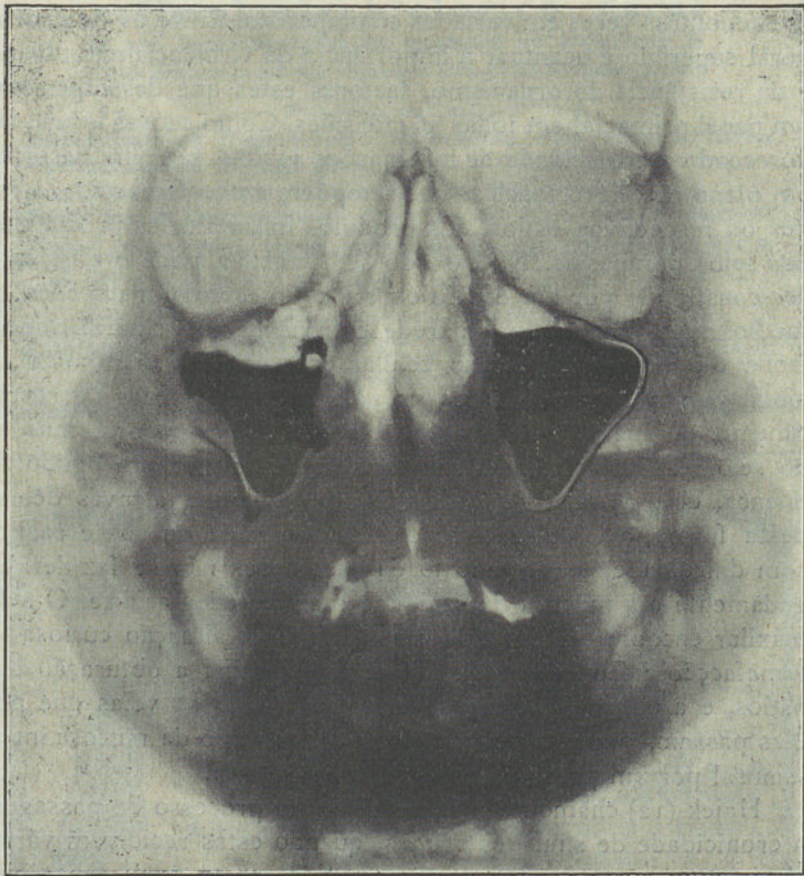


Fig. 1

frontal, cujo pus se lança em parte no antro de Highmore, irritando-lhe a mucosa (*sinuitis e sinuitide*).

Pôsto que Killian (19) e Denker (6) há muito duvidassem do argumento, é clássico ainda hoje afirmar que as inflamações agudas dos seios maxilares e esfenoidal tendem à cronicidade pela

situação elevada dos óstios respectivos, colocados em pontos desfavoráveis a uma drenagem efectiva dos seios. Se este raciocínio possuisse valor, deveria então a maior parte das sinusites maxilares e esfenoidais agudas passar ao estado crónico e não, como na verdade sucede, só uma muito pequena percentagem delas.

\*  
\*   \*  
\*

¿Como reconhecer clinicamente uma sinusite maxilar crónica? Deixemos de lado os sintomas subjectivos clássicos e vejamos o que nos dizem os melhores autores. Entre estes reina uma quasi completa uniformidade em afirmar que os três grandes sinais objectivos de uma sinusite maxilar crónica consistem na presença de pus no meato médio, onde desaguam os óstios natural e acessório, na diminuição de permeabilidade do seio doente aos raios X e, finalmente, na aspiração de pus da cavidade do seio maxilar, quer por punção através a sua parede nasal, quer por cateterismo dos óstios. Este último sinal é considerado o mais importante, e tanto assim que muitos não hesitam escrever: punção negativa — seio maxilar íntegro; punção positiva, isto é, aspiração de pus — seio maxilar afectado. H. P. Johnson (17) resume este modo de ver escrevendo: «This (a punção) is the only means of making a correct diagnosis» (de uma sinusite maxilar crónica).

Para maior facilidade de exposição tomemos, como exemplo, um caso típico e claro de sinusite maxilar crónica: doente asoando, há bastantes anos, pus por uma das narinas, sujando meia dúzia de lenços por dia, queixando-se de sentir, com frequência e intermitências, cheiro a podre. Não há, nem jamais houve dores. Estado geral regular. À rinoscopia descobre-se uma fita de pus no meato médio. A radiografia da face mostra acentuada diminuição de permeabilidade do seio maxilar. A punção ou cateterismo ao mesmo seio revela pus fétido em abundância.

Neste caso clássico e banal de supuração crónica do seio maxilar, vários tratamentos conservadores, entre os quais repetidas punções, cateterismos e lavagens do seio, não deram resultado apreciável. O doente necessita e deseja ver-se livre da sua supuração nasal. A operação impõe-se.

Até esta altura não pode, creio, haver divergências quer no que respeita ao diagnóstico, quer no que se refere à indicação para operar.

O mesmo já não sucede quanto ao processo a seguir durante a operação. Neste terreno encontramos em frente de duas escolas: uma advogando simplesmente uma larga drenagem nasal



Fig. 2

pelo meato inferior (operação endo-nasal, impròpriamente chamada de Claoué) (1); outra realizando a mesma drenagem, mas

(1) Foi Mickulicz (22) quem primeiro operou o seio maxilar por via endo-nasal em 1886. Lothrop (21) vem a seguir descrevendo o método em 1897. A primeira publicação de Claoué (4) data somente de 1902.



J. Souza

**Togal**

ANTINEVRÁLGICO  
ANTIPIRETICO  
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



só depois de abrir largamente o seio maxilar, quer por via bucal (Cadwell-Luc e Denker), quer por via geniana (Canfield-Sturmann).

Ora não é indiferente para o operandô que a intervenção seja efectuada por via endo-nasal ou por via bucal. A primeira, muito mais simples, pode ser efectuada ambulantemente, não prejudicando a mastigação; a segunda, mais traumatizante, exige permanência de alguns dias na clínica e não permite uma fácil alimentação com sólidos antes de cicatrizada a incisão gengival.

Lendo as estatísticas de curas obtidas com os dois grandes processos operatórios referidos (Ingals e Berens (15), Myles e Boeninghaus (2)), pode dizer-se que a operação endo-nasal dá em média 80 % e a por via buco-geniana 100 % de curas. Sem perder tempo em acentuar que as estatísticas apontadas só de um modo geral podem comparar-se entre si, quanto mais não seja pelo diferente critério de indicação operatória existente entre os diferentes clínicos, o facto indiscutível é que a operação por via interna conduz à cura permanente de um grande número de supurações crónicas do seio maxilar (1).

¿Porque é que uma determinada percentagem das supurações crónicas não cede à drenagem por operação endo-nasal, necessitando mais tarde nova operação por via geniana? A resposta, que imediatamente ocorre, é que nas sinusites resistentes à drenagem as alterações da mucosa são tão profundas, que para o seu retrocesso não bastam o escoamento do pus e o arejamento do antro. Por consequência, se fôsse possível, antes do acto operatório, avaliar a extensão e intensidade das lesões da mucosa do seio maxilar, poderia previamente escolher-se com segurança o processo cirúrgico a seguir, sem perigo de operar à sorte. Por outras palavras, se fôsse possível clinicamente determinar qual o estado da mucosa do seio maxilar nas sinusites crónicas, estaria indicada a simples trepanação endo-nasal para os casos em que as lesões da mucosa fôsem pouco acentuadas, reservando-se a

---

(1) Assim é que Boeninghaus (2) julga indicada a operação endo-nasal em todos os casos em que clinicamente não haja suspeitas de cárie, necrose, septação do seio ou tumor maligno, isto é, na maioria dos casos. Não vejo bem como possam afastar-se clinicamente essas suspeitas, assunto acêrca do qual o autor mantém silêncio impenetrável.

abertura larga da parede anterior do seio para os casos em que as alterações da sua mucosa fôsem muito extensas ou intensas.

Foi êsse o problema que há mais de dois anos me propus resolver. Julgo ter chegado a conclusões práticas, e mais ainda,

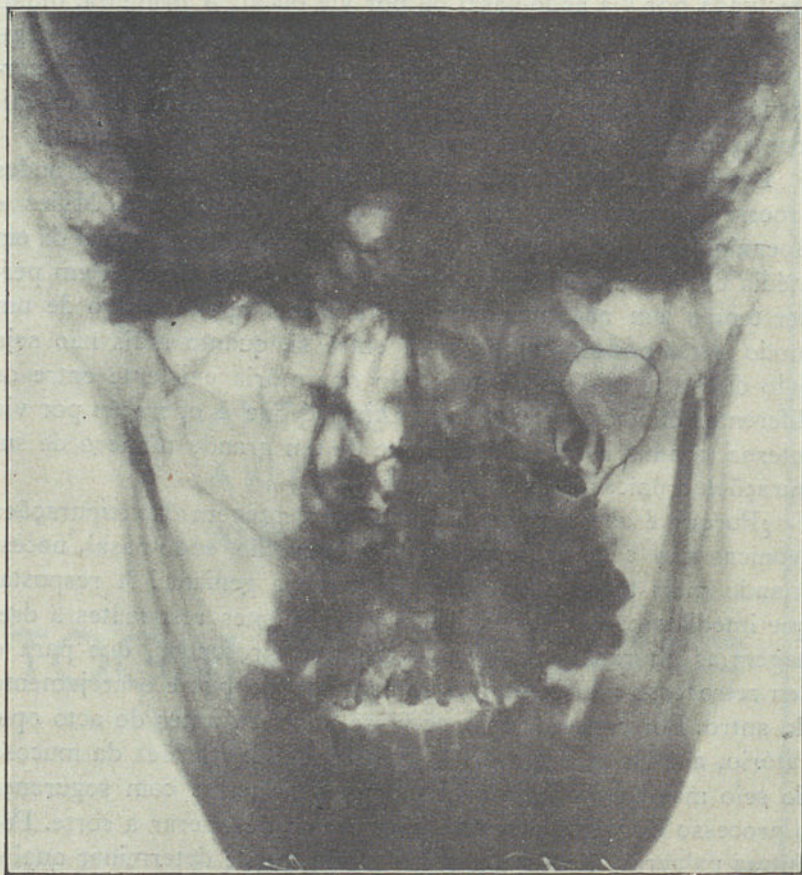


Fig. 3

ter pôsto em evidência uma forma de inflamação crônica do seio maxilar desconhecida para a maioria dos autores.

Nem a quantidade, nem a qualidade do pus poderiam servir como referência para deduzir qual fôsse o estado da mucosa do seio maxilar, visto muitas sinusites crônicas com supuração abundante e fétida cederem a algumas, poucas, lavagens e outras com

supuração reduzida, purulenta ou muco-purulenta, não fétida resistirem a tratamento conservador e mesmo à operação endo-nasal. Estes factos, de observação corrente, levaram-me a pôr de lado



Fig. 4

tudo quanto tivesse por objectivo estabelecer relações entre a supuração e as alterações da mucosa.

Os trabalhos de Sicard e Egas Moniz, respectivamente com lipiodol e iodeto de sódio, servindo de meios de contraste em exames radiológicos, conduziram-me a empregar essas substâncias de um modo sistemático em todos os casos de supuração crónica do seio maxilar. Seja dito de passagem que a utilização

de substâncias opacas aos raios X para estudo dos seios paranasais foi feita pela primeira vez por Weil (31) em 1902, com um soluto aquoso de sulfato de chumbo, vindo a seguir, por ordem, Feuchtinger (8), Beck e Ramdohr (1), Tschiasny (29), Brunetti e Filippini (3), Reverchon e Worms (25), que emprega-



Fig. 5

vam respectivamente colargol, papa de bário e bismuto, iodeto de potássio e lipiodol.

Nos casos clínicos, que servem de base a este trabalho, o seio maxilar doente, depois de libertado do seu pus por lavagem e insuflação de ar, era cheio com lipiodol ou iodeto de sódio em

LISBOA MÉDICA

# 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 creósote. Assimilação completa do phosphato de cal.*



# SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

*Anticarrhal e Antiseptico*

*Eupeptico e Reconstituente.*

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

**GRIPPE**

PARIS (8º)

**RACHITISMO**

## Gotas Sanguineas ROYEN

**PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO**

**ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES.**

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

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

**LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA**

# Cresival

O remédio contra a tosse  
em forma de xarope

Expectorante  
brando e agradável  
em todas as doenças por  
resfriados, como também  
nas afecções agudas e crónicas  
dos órgãos respiratórios. Es-  
timulante do apetite, in-  
dicado também na  
clínica infantil.

Vidros com 125 gr.

Embalagem original

» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTÍFICA

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Leverkesen — ALEMANHA



solutu concentrado. Feita a radiografia, as mais das vezes em posição fronto-nasal, eram os seus resultados comparados com as alterações constatadas durante a operação, feita sistematicamente, durante o meu período de pesquisas, por via geniana, de modo a ver largamente o interior do seio.

Encontro-me actualmente habilitado a afirmar que o emprêgo do método de contraste para o exame roentgenológico das cavidades maxilares é o mais simples processo ao dispor do clínico para avaliar com segurança as alterações da mucosa nas supurações crônicas dos seios. Nos casos de pequeno espessamento regular da mucosa, existe, entre o limite da substância de contraste e o contôrno da cavidade, um pequeno espaço claro perfeitamente marcado.

OBSERVAÇÃO N.º 1.115. — F. J. M., 34 anos. *Sinusite maxilar crônica supurada direita*. Dêsse lado o líquido de contraste enche quasi completamente o seio, existindo apenas ligeiro apagamento de contornos numa pequena zona súpero-externa. Seio maxilar esquerdo normal. A operação verificou hiperemia da mucosa do antro direito (fig. 1).

Nos casos de grande alteração da mucosa do seio maxilar, caracterizada por tumefacção, degenerescência polipóide, etc., o líquido de contraste apresenta os seus limites irregulares, bosselados e muito afastados do contôrno do antro de Highmore. Algumas vezes os limites do contraste apagam-se em várias zonas; outras vezes o contraste está reduzido a uma gota suspensa no meio da cavidade do seio.

OBSERVAÇÃO N.º 2.746. — A. J., 24 anos. *Sinusite maxilar crônica supurada direita*. Líquido de contraste com limites levemente bosselados, muito afastados do contôrno do seio. Confirmou-se no acto operatório o espessamento da mucosa do seio (fig. 2).

OBSERVAÇÃO N.º 1.734. — M. S., 60 anos. *Sinusite maxilar crônica supurada direita*. O líquido de contraste apresenta-se dividido em três porções: uma junto ao local da punção, outra externa em menisco, outra superior na região dos óstios. Na operação verificou-se a existência de mucosa espessada e polipóide (fig. 3).

OBSERVAÇÃO N.º 1.477. — J. S., 36 anos. *Sinusite maxilar crônica supurada direita*. Líquido de contraste «suspense» no meio do antro. Limites irregulares, apagados em várias zonas. Descobriu-se na operação que o espessamento da mucosa quasi fazia desaparecer o *lumen* do seio (fig. 4).

Para os casos em que a radiografia com contraste revele um pequeno espessamento perfeitamente regular da mucosa (fig. 1), a intervenção cirúrgica endo-nasal conduzirá à cura da supuração maxilar.

Nos casos, porém, em que as alterações constatadas se pos-



Fig. 6

sam comparar com as apontadas nas figuras 2, 3 e 4 não é provável que a simples abertura endo-nasal do seio maxilar jugule a supuração, e, por conseqüência, a intervenção por via geniana, seguida de extirpação, em bloco, da mucosa alterada do seio, é a operação de escolha.



Como conseqüência destes trabalhos, em que muito activamente colaboraram os senhores Drs. Cordeiro Lobato e Charters de Azevedo, posso portanto proclamar que, sob o ponto de vista da intervenção cirúrgica nas supurações crónicas do seio maxilar, a escolha do processo operatório deve assentar inteiramente nos dados fornecidos pelo exame radiológico: mucosa ligeiramente espessa, sem irregularidades — intervenção endo-nasal; mucosa muito espessa, com irregularidades nítidas — abertura larga do seio doente por via facial.

Adianto-me a muitos, creio, fazendo a estas conclusões uma objecção natural. ¿Como afirmar que muitas das irregularidades e espessamentos, que me levam à operação a céu aberto, não se reduziriam por simples trepanação larga endo-nasal? Não me repugna admitir que, em dados casos, uma mucosa tão profundamente alterada, como a que determinou algumas das radiografias apresentadas neste estudo, regresse à normal, uma vez drenado e arejado o seio por operação endo-nasal. O que posso afirmar, no entanto, é que em todos os doentes em que tive de intervir a céu aberto em supurações crónicas, já operadas algures por via interna, a mucosa do seio apresentava, sem excepção, alterações comparáveis com as que deram as imagens radiográficas mencionadas.

Para uma minúcia desejo chamar particularmente a atenção dos que me lerem — para a necessidade de lavar cuidadosamente o seio maxilar e de o arejar largamente antes de introduzir o líquido de contraste, sob pena de cair em erros grosseiros de diagnóstico. Para ilustrar a prevenção acima veja-se a radiografia de figura 5.

OBSERVAÇÃO N.º 1.245. — M. J., 37 anos. *Sinusite maxilar crónica supurada bilateral*. À direita contornos muito irregulares, apagados em certas zonas. Líquido de contraste muito afastado dos contornos do seio. Este afastamento é menor à esquerda, mas há irregularidades e apagamento dos limites inferior e externo do líquido opaco. A operação constatou a ausência de lesões importantes na mucosa dos seios. Estes não haviam sido lavados e arejados antes da injeção (fig. 5).

Em indivíduos de mais de 40 anos não sou partidário da operação endo-nasal, pela possibilidade de uma supuração crónica do seio em questão mascarar um neoplasma maligno em início,

isto é, na fase em que a sua extirpação mais probabilidades dá de cura radical. Mesmo que a afecção seja muito rara, julgo que vale a pena, nesses doentes, abrir por via bucal o seio maxilar, considerando-me plenamente justificado de assim proceder, se

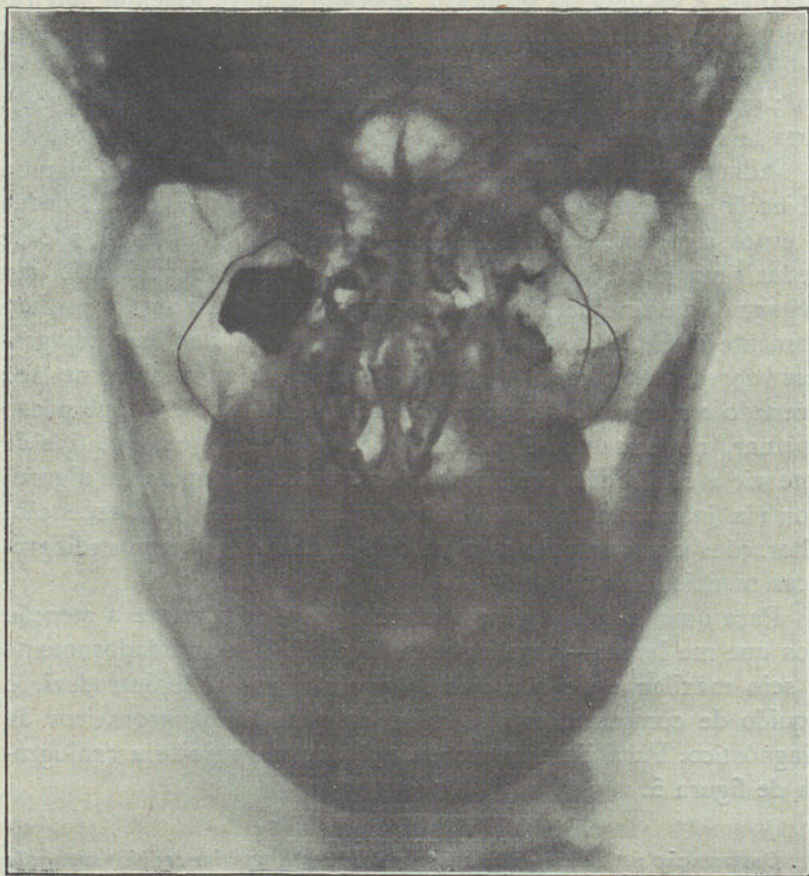


Fig. 7

em algumas centenas de intervenções porventura descobrir um tumor maligno em início.

\*

\* \*

A observação sistemática aos raios X dos seios maxilares manifestamente doentes ou suspeitos de doença, enchendo-os

prèviamente de líquidos de contraste, levou-me bem mais longe do que calculara ao iniciar os meus trabalhos, apenas destinados primitivamente, acentuo, a pôr com segurança a indicação da via operatória a utilizar em supurações crónicas dos antros de Highmore.

Antes de trilhar êsse caminho novo, que se abriu diante de mim, parece-me conveniente recordar que nas inflamações crónicas do seio maxilar tem sido clássico distinguir, com Killian (19), duas fases nas alterações sofridas pela mucosa. A primeira — fase edematosa — caracteriza-se por hiperemia e tumefacção da mucosa de revestimento da cavidade paranasal, cujo *lumen* pode, em casos extremos, ficar reduzido a estreita fenda. Passado um período de tempo mais ou menos longo, a neoformação conjuntiva domina o quadro anátomo-patológico, reduzindo-se o espessamento da mucosa e desaparecendo muitos vasos e glândulas — fase fibrosa. Por outras palavras, segundo o mestre citado, após uma temporada, em regra, pouco duradoura, de fenómenos de edema e infiltração celular, todas as sinusites maxilares crónicas transitavam para a fase fibrosa, têrmo último da evolução.

Trabalhos mais recentes, realizados por vários autores alemães, vieram demonstrar, sem sombra de dúvida, a independência das duas formas, isto é, que a mucosa do seio maxilar crónicamente inflamado pode permanecer com o aspecto descrito na fase edematosa, sem que fatalmente evolucione para a fase fibrosa. Há, pois, duas formas de reacção da mucosa dos seios paranasais à inflamação crónica: uma edematosa (sinusites crónicas edematosas ou hiperplásticas), outra fibrosa (sinusites crónicas fibrosas). Estas últimas dão sempre pus. As primeiras podem não produzir pus ou *secreção alguma*.

Em face dêstes factos comprovados, há que destruir, pois, o dogma de ser a punção ou cateterismo o meio infalível de diagnosticar sinusites maxilares crónicas, visto existirem inflamações crónicas dos seios maxilares sem produção de pus ou de qualquer outro líquido inflamatório.

Sobre a forma de reconhecer *in vivo* sinusites maxilares crónicas edematosas, sem empiema, e sem alterações das fossas nasais, nada, absolutamente nada dizem os tratadistas, e, no emtanto, seria do maior interêsse descobri-las, para as jugular cirurgicamente, antes que dessem origem a complicações locais ou gerais de gravidade.

Parece-me que a possibilidade de diagnosticar sinusites maxilares crónicas sem pus, e que por isso denominarei *latentes*, existe e é demonstrada pelas radiografias que a seguir apresento.

OBSERVAÇÃO N.º 3.178. — A. C. Jr., 53 anos. *Sinusite maxilar crónica latente direita*. Meato médio direito livre. Punção do seio maxilar direito-negativa. O contôrno do líquido de contraste, muito nítido, afasta-se, no seu têrço inferior, do limite da cavidade antral. A operação mostrou a mucosa degenerada e espessada, com saliências irregulares, na zona mencionada. Não havia pus (fig. 6).

OBSERVAÇÃO N.º 2.911. — M. S. A., 52 anos. *Sinusite maxilar crónica latente bilateral*. Meatos médios sem alterações. Punção a ambos os seios-negativa. À direita o líquido de contraste, de limites irregulares, encontra-se anichado na parte superior do antro. À esquerda o mesmo líquido está reduzido a estreita fita em forma de C cheio de prolongamentos irregulares. A operação descobriu, à esquerda, mucosa muito espessa, edemaciada, à direita uma degenerescência polipóide nas paredes inferior e externa do antro. Não havia pus (fig. 7).

Como se vê, a radiografia da face, empregando meios de contraste, permite, não só verificar o estado da mucosa em supurações dos seios maxilares, mas ainda diagnosticar inflamações crónicas da mucosa dos mesmos seios *que não dão pus nem origem a qualquer lesão nasal*, apreciável pelos métodos de observação usualmente empregados.

Sobre quais sejam os sinais ou suspeitas que me guiam para fazer o diagnóstico das sinusites maxilares *latentes*, ainda é cedo para falar, pois constituem, por emquanto, objecto de estudo no meu serviço da Faculdade de Medicina. Não possuo dúvidas acêrca de encontrar-me no bom caminho: basta dizer que de 48 sinusites maxilares crónicas, diagnosticadas e operadas em 1929 e 1930 em Santa Marta, 22 eram *latentes*.

#### BIBLIOGRAFIA MAIS IMPORTANTE

- 1 — BECK e RAMDOHR. — *Zeitschrift f. Ohrenheilk.* 78. 1919.
- 2 — BOENNINGHAUS. — *Die Operationen an den Nebenhöhlen der Nase.* Würzburg. 1912.
- 3 — BRUNETTI e FILIPPINI. — *Radiol. Med.* 2. N.º 8.
- 4 — CLAUQUÉ. — *Semaine Médicale.* 15 de Outubro de 1902.

- 5 — DOBRZANSKI e LENERATOWSKI. — *An. des mal. de l'oreille*, etc. Outubro de 1925.
- 6 — DENKER. — A. Die entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen. Berlin, Munich. 1926.
- 7 — ESCH. — Chronische Kieferhöhlenentzündungen bei Kindern von 3 bis 10 Jahren. *Zeitschrift f. H. N. O.* 25:364. 1930.
- 8 — FEUCHTINGER. — *Monatschrift f. Ohrenheilkunde.* 55. 1921.
- 9 — GAUDIER. — Congrès de Stomatologie. Paris. 1907.
- 10 — GOODYEAR. — Iodized oil in diagnosis of nasal sinus conditions. *Arch. of Oto-laryng.* 4:223. 1926.
- 11 — HAJECK. — Ein Beitrag zur Kenntnis des dentalen Empyems der Kieferhöhle auf Grund meiner Erfahrung und Beobachtungen der letzten 10 Jahren. *Wiener Kl. Woch.* N.º 16. 1908.
- 12 — Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Viena. 1922.
- 13 — HARTER (J. H.). — Chronic suppuration of maxillary sinus including oral fistulas. *Arch. of Oto-laryng.* 8:523. 1928.
- 14 — HINSBERG. — Verhdlg. d. deutsch. otol. Gesellschaft. 1904.
- 15 — INGALS e BERENS. — *Centralbl. f. Laryng.* Pág. 97 e 289. 1909.
- 16 — ISRAEL (S.). — Chronic disease of the maxillary sinus. *Arch. of Oto-laryng.* 7:565. 1928.
- 17 — JOHNSON (H. P.). — Diagnosis of chronic maxillary sinusitis. Comparative value of Roentgenographic and physical observations. *Arch. of Oto-laryng.* 5:309. 1927.
- 18 — KILLIAN (G.). — *M. M. W.* N.º 31. 1896.
- 19 — — Nebenhöhlenerkrankungen. Heyman's Handb. 1900.
- 20 — LOBATO. — Estatística. *Lisboa Médica.* 1930.
- 21 — LOTHROP. — *Boston Méd. and Surg. Journal.* Pág. 455. 1897.
- 22 — MIKULICZ. — *Arch. f. kl. Chirurgie.* 34:360. 1886.
- 23 — MUHLENKAMPF. — Ein sicheres Hilfsmittel um die Erkrankung einer Kieferhöhle festzustellen. *Z. H. N.* 23:538. 1929.
- 24 — MYERSON (M. C.). — Some phases of accessory sinus disease. *Arch. of Oto-laryng.* 6:217. 1927.
- 25 — REVERCHON e WORMS. — *Rev. de Laryng.*, etc. 46. 1925.
- 26 — RICHTER (H.). Beitrag zur Roentgenographie der Kieferhöhlen. *Zeitschrift f. H. N. O.* 26:181. 1930.
- 27 — SEWALL (E. C.). — Diagnosis and treatment of chronic maxillary sinus infection. *Arch. of Oto laryng.* 8. N.º 1928.
- 28 — SEWALL (E. C.). — External operation on the Ethmosphenoid Frontal Group of sinuses under Local Anesthesia. *Arch. of Oto-laryng.* 4 Novembro de 1926.
- 29 — TSCHIASSNY (K.). — *Monatschrift f. Ohrenheilk.* 55. 1921.
- 30 — WATSON Williams. — *Brit. M. J.* 2:894. 1925.
- 31 — WEIL (M.). — *Wiener Kl. Woch.* N. 52. 1903.

## NOTAS CLÍNICAS

### PROFILAXIA PRE-OPERATÓRIA

POR

JOSÉ ROCHETA

Por profilaxia pre-operatória deve compreender-se o conjunto de medidas a empregar, de modo a melhorar as condições gerais do doente em face do risco duma intervenção cirúrgica. Desta definição se infere, naturalmente, que aquela será tanto mais perfeita quanto mais completo fôr o nosso conhecimento do futuro operado, que não pode continuar a ser olhado somente através dum ou dois dos seus emonctórios mas sim como um todo vivo, isto é, como um organismo que precisa ser encarado através de todos os seus aspectos: constituição, temperamento, meio humoral e sanguíneo, comportamento funcional dos diversos órgãos, etc. Não se trata nem vamos descrever um maior refinamento na preparação puramente material, justa-operatória propriamente dita, consistindo essencialmente no prévio esvaziamento intestinal, na desinfecção do campo operatório, na escolha racional do anestésico e na melhor maneira de o administrar, etc., factores incontestavelmente de muita importância, mas sim de determinar em síntese qual o balanço orgânico e humoral do indivíduo, despistando qualquer tara orgânica latente ou incapacidade de função que pode ser remediada e melhorada, de modo a torná-lo mais resistente e apto a sofrer o choque operatório. Procura-se assim adquirir uma noção mais exacta do íntimo mecanismo da vida, dotando conseqüentemente a terapêutica de medidas mais próprias e eficazes e reduzindo dêste modo cada vez mais o coeficiente «sorte» do operado ou operador, factor com que o vulgo costuma caracterizar sobretudo o último e que nada tem de honesto ou científico. Podem citar-se a propósito uma das frases de Sauvé nas suas conclusões ao último congresso da Associação Francesa de Cirurgia: *et à une époque où la technique s'est tellement vulgarisée, l'avenir n'appartient plus au chirurgien prestigieux; il appartient à celui qui sait prévoir les risques organiques du patient.*

Quem temos de operar e não o que é que se vai operar, eis o problema que o clínico tem de resolver. Para isso necessita conhecer o doente, não só sob o ponto de vista estático mas sim e essencialmente sob o ponto de vista dinâmico, isto é, qual o seu comportamento e capacidade de resistência em face da operação, para melhor podermos em seguida levar essa resistência ao máximo. *Sein oder Nichtsein unserer chirurgischen Kranken hängt ab von*

# PILULAS **OPOBYL** PILULAS

## TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

### COMPOZIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

**PHARMACODYNAMIA**  
*Cholagogo, Reductor das  
funções entero-hepaticas,  
Descongestivo do figado  
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 (8<sup>e</sup>)

## TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

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

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

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

# IODALOSE GALBRUN

## iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptonia  
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 cincoenta gotas para Adultos.

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

LISBOA MÉDICA

# PASTILHAS DE *Panflavina*

(Principio activo: Tripaflavina: chloreto de 3-5 diamino-10-methylacridina)

*Antiseptico chimiotherapico de acção bactericida reforçada, para a desinfeccção da boca e da pharynge*

As pastilhas de **Panflavina** possuem uma acção extraordinariamente paralyssante sobre o desenvolvimento das diversas espécies de bacterias e de protozoários, assim como um poder de desinfectante energico perante os agentes pathogenicos (bacilos diftericos, estreptococos, pneumococos).

*Indicações:* Todas as doenças da cavidade bucco-pharyngea, bem como as que por esta via penetram no organismo.

*Na prophylaxia das constipações, anginas, grippe, etc.*

ACONDICIONAMENTO ORIGINAL:  
Latas com 30 pastilhas



»Bayer - Meister Lucius«

Secção Farmaceutica Scientifica

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT  
LEVERKUSEN (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO

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



*den Verhältnissen der Schwere des Eingriffes zum Widerstand des Organismus* (Rost) (o «ser ou não ser» dos doentes cirúrgicos depende das relações entre a importância da intervenção e a resistência do organismo).

Foi Pirogoff, o fundador da cirurgia russa, um dos primeiros que procurou estudar quais os factores que podiam influir para um bom ou mau resultado operatório, e em seguida devem mencionar-se Martynoff, Kukula, Jirasek, Rehn, Crile, etc., como os que mais atenção têm chamado para este capitulo especial da medicina, e ainda há pouco os cirurgiões franceses se ocuparam d'este assunto no seu último congresso. Últimamente têm sido, por um lado os progressos da fisiologia baseados em boa parte na físico-química, e por outro lado os avanços alcançados no campo da endocrinologia e da constituição, descrevendo e delimitando melhor os diversos biotipos humanos, que mais têm contribuído para se desenvolver e alargar a idea da necessidade de previamente se tomarem um certo número de medidas, tendentes a diminuir os perigos e os insucessos duma operação. Os resultados já obtidos constituem um progresso seguro, e embora sob muitos aspectos este problema exija um número cada vez maior de observações e uma análise cada vez mais cuidada, e se possa considerar «como uma longa série de portas fechadas das quais só algumas se encontram ligeiramente abertas» (Payr), o facto é que, pela sua essência, são conhecimentos de biologia e medicina geral que médicos e cirurgiões não podem nem devem ignorar.

Como se disse, um dos factores que deve entrar em linha de conta para o exame physio-patológico do futuro operado é o da sua classificação bio-tipológica, problema que ultimamente tem sido objecto de investigações importantes em vários centros scientificos europeus e que deve considerar e reunir os caracteres morfológicos, humorais e psiquicos de cada individuo (Pende).

Sem entrarmos nos detalhes que comporta uma tal análise, por enquanto ainda imperfeita mesmo nos rarissimos institutos fundados com esse unico intuito, e que, quando completa, deve constituir a ficha mais perfeita de cada individuo, podemos servir, para o nosso fim, da classificação de Kretschmer, que embora baseada principalmente no aspecto somático, nem por isso descuida a co-relação que existe entre os restantes caracteres individuais. Segundo este autor podemos considerar quatro tipos: o asténico e o linfático, grupos que podem englobar-se na classificação comum e mais conhecida de longilíneos, o pícnico e o atlético que constituem os brevilíneos. Os primeiros pouco animosos, magros, membros compridos e delgados, tórax alongado, estreito e de fraca mobilidade, por vezes com persistência do timo, com insuficiência de secreções, vagotónicos, hipotensos e em geral com diminuição da coagulabilidade sanguínea. Para estes, psiquicamente caracterizados por uma fácil reacção emocional — morte antes da operação, caso de Simpson, ou a morte súbita após as primeiros inalações do anestésico — o acto operatório é já um motivo de esgotamento nervoso que lhes diminui a capacidade de resistência para as consequências post-operatórias, ainda agravadas especialmente nos individuos que estamos tratando: choque pela hipotensão e instabilidade do seu sistema vaso-motor, menor adaptabilidade aos desequilíbrios do mecanismo ácido-base, complicações pulmonares, etc.

A terapêutica deve em primeiro lugar ser de ordem sugestiva, incutin-

do-lhe a confiança necessária para os dispor bem para o acto operatório, preparando até da maneira mais conveniente a própria disposição dos centros cirúrgicos (Crile). Com a persistência do timo evitar tanto quanto possível a anestesia pelo cloróformio pelo perigo das sincopes, ou então fazer-lhe primeiramente sessões de roentgenterapia (Klose). Rehn recomenda nos vagotónicos, pela menor resistência que êles opõem ao desequilíbrio da relação entre o potássio e o cálcio, a favor do primeiro, a administração do último em forma de afeuil.

Falaremos mais adiante da restante terapêutica, no que respeita a coagulabilidade sanguínea, hipotensão e capacidade vital.

Há ainda a considerar nos indivíduos deste grupo a insuficiência do seu tecido elástico, que não permite que êles possam ser expostos a grandes intervenções, sobretudo com intuitos de ordem plástica, devido à grande tendência que têm as cicatrizes em se tornarem hipertróficas, queiloideias, tendência que nas intervenções abdominais, por exemplo, se manifesta por uma menor suficiência e segurança das cicatrizes parietais (ameaça de recidiva de hérnia) e por uma abundância de aderências periviscerais. Não se deve esquecer, porém, que tendo os linfáticos esta tendência, nem por isso os queilóides deixam de aparecer noutros indivíduos, e a razão para estes é que, ao lado duma predisposição geral, há também factores locais favorecedores. Atendendo à prática sempre crescente da cirurgia estética, a gênese das cicatrizes fibrosas é um estudo interessante, mas por enquanto impossível enquanto ignorarmos as relações morfogénicas dos diferentes elementos constitutivos do tecido conjuntivo. Praticamente estas observam-se:

a) Após infecções prolongadas, crónicas: o abcesso frio é duplamente o tipo;

b) Como reacção por presença dum corpo estranho;

c) Por isquemia: por grandes desprendimentos da pele, com incisões perpendiculares à direcção geral dos vasos da região, por suturas intradérmicas, ou por possível acção isquemiante da adrenalina.

Do grupo dos brevillíneos, os que especialmente nos interessam são os picnicos, em geral obesos e megalosplâncnicos, e que correspondem sensivelmente à antiga denominação de artríticos, indivíduos de metabolismo pouco activo, com insuficiência na eliminação dos produtos catabólicos, capacidade vital em regra inferior à normal, de coração hipertrofiado com hipertensão acompanhada ou não de hipostenúria e insuficiência hepática. A terapêutica a empregar nestes doentes deve assentar em análises laboratoriais o mais completas possível, que nos indiquem o estado funcional do miocárdio, fígado, rins, etc. Infelizmente ainda hoje não possuímos *tests* que nos garantam a capacidade funcional de qualquer destes órgãos. Detalharemos mais adiante este assunto, mas dum modo geral, como medida preventiva há que recomendar uma cura de emmagrecimento com regime dietético e massagens cujos detalhes não exporemos. Também não mencionaremos, por serem por todos bem conhecidos, os cuidados pre-operatórios a ter com os doentes portadores de determinadas afecções: diabetes, sífilis, tuberculose unilateral ou tumor renal que obrigue à nefrectomia, doença de Basedow, etc.

Dos diversos procedimentos que hoje existem para a avaliação funcional

de cada órgão, embora nenhum dêles permita um juízo seguro sôbre o seu comportamento após o choque operatório, certo é que alguns nos indicam um certo número de anomalias que se podem corrigir.

*Pulmão.* — Órgão duma importância enorme para a boa harmonia do mecanismo vital, deve ser por isso objecto de cuidados especiais, dos quais pode depender muitas vezes a sorte do operado. As complicações pulmonares post-operatórias entram na proporção de 20 a 30% nas causas de morte imprevista. Se subtrairmos a êste número os accidentes provocados pelos infartos por embolia ainda nos resta um número elevado de casos, que têm a sua origem na estase venosa em geral de origem cárdio-vascular ou então nas insuficiências respiratórias, muito mais freqüentes do que se julga. A maioria dos indivíduos não sabem respirar ou respiram mal por anormal configuração do tórax, ossificação das cartilagens costais, esclerose pulmonar, enfisema, etc. A importância desta insuficiência evidencia-se claramente na freqüência de afecções pulmonares nos operados do ventre, e que principalmente devidas à diminuição da amplitude dos movimentos do diafragma como defesa contra a dor provocada por aqueles, ao nível da incisão operatória. Na impossibilidade de se poder fazer no pulmão um depósito de oxigénio, como reserva, à maneira do fígado para o glicogénio e para a gordura, resta-nos desenvolver o mais possível a musculatura respiratória de maneira a aumentar em todos os indivíduos a sua capacidade vital, pois só assim estes poderão com mais facilidade e segurança vencer o abaixamento post-operatório do valor da ventilação (1). De resto, é sabida a enorme importância que tem o pulmão para o equilíbrio da concentração hidrogeniônica do sangue e o que isso representa para as reacções e os tecidos do organismo.

O conteúdo gasoso do pulmão compõe-se de:

- a) Ar da respiração, o ar circulante nos movimentos normais de inspiração e expiração;
- b) Ar de reserva, o ar que pode ser expulso por expiração forçada após a expiração normal;
- c) Ar complementar, o ar que pode ser absorvido por inspiração forçada após a inspiração normal;
- d) Ar residual não deslocável com os movimentos respiratórios. Entende-se por capacidade vital — C. V. — a soma do ar da respiração, ar de reserva e ar complementar; para a sua determinação empregam-se os espirómetros, dos quais um dos mais simples é o de Hutchinson que dá numa escala vertical o valor em  $\text{cm}^3$  da C. V., e avalia-se pela máxima quantidade de ar que um indivíduo pode expirar depois duma inspiração forçada. Em geral êste valor mantém-se constante para cada indivíduo, em média dos 20 aos 45 anos, para diminuir com a idade, e é menor no decúbito que na posição vertical. Depende da altura, do pêso, do sexo, do perímetro torácico, assim como do estado do coração e dos pulmões, e por isso facilmente se compreende que esteja diminuída em doenças que afectem estes órgãos: bronquites, tuberculose, pleurisas sobretudo diafragmáticas, lesões valvulares principalmente

---

(1) Na ressecção gástrica por exemplo: diminuição de 0,2 litros/segundo.

apêrto mitral (W. Jones), etc. Para a sua determinação há métodos que fazem entrar em linha de conta todos estes factores, e que, não sendo absolutamente isentos de êrros, são demasiado complicados. O cálculo mais simples é o dado por West: multiplica-se a altura do individuo em cm. por 25 nos homens e 20 nas mulheres e obtém-se assim a C. V. em cm<sup>3</sup>, que varia dentro das causas de êrro em  $\pm 10\%$ ; o valor habitual gira nos individuos de sexo masculino à volta de 3.200-3.800 e nas mulheres 2.500-3.000 cm<sup>3</sup>. Knobloch da clínica de Jirasek, fazendo determinações da C. V. em doentes cirúrgicos, chegou à conclusão que quanto menor esta era, não só tanto maior era o número de complicações pulmonares post-operatórias como também aumentava a mortalidade. Como indicações pre-operatórias há que mencionar portanto a desinfecção, tão cuidadosa quanto possível, da bôca e nariz, pois estudose experimentais têm demonstrado que micróbios depositos ao nivel da bôca, depois da narcose pelo éter, encontravam-se nos alvéolos pulmonares, e o emprêgo do método vacinante de Lambret, com culturas de enterococos. Para o treino da respiração, de maneira a aumentar tanto quanto possível a C. V., pode usar-se a máscara respiratória manométrica de Pesch que permite a leitura em litros-segundo, e que pode ser feita pelo próprio doente, estimulando-o assim e provocando-lhe o natural desejo de alcançar um número o mais elevado possível.

*Coração e vasos.* — Não entraremos aqui em linha de conta com as cardiopatias descompensadas, e que naturalmente, como é de todos conhecido, exige um tratamento pre-operatório apropriado; trataremos aqui apenas das cardiopatias bem compensadas e das latentes, e que podem ser submetidas às provas de que vamos falar e das quais se pretendem tirar conclusões sôbre a capacidade de resistência do coração.

As provas funcionais, sôbre cujos detalhes não entramos, baseiam-se essencialmente na reacção cardíaca provocada por um certo esforço fisico e que é avaliado pela frequência do pulso, tensão arterial, e por vezes também pelo ritmo e frequência dos movimentos respiratórios. Estas provas, que não são para desprezar em absoluto, não podem contudo ser empregadas para o fim que tratamos, por dependerem em alto grau de cada individuo em particular, visto que o esforço a fazer para os mesmos movimentos é puramente subjectivo, além de que uma das suas desvantagens consiste na impossibilidade do seu emprêgo nos doentes que não podem levantar-se do leito ou se movem mal dentro dele. Os métodos aconselhados por Usadel em 1929, provocando crises vaso-motoras artificiais por meio da adrenalina e hipofisina, têm o inconveniente de não se poderem empregar senão um número limitado de vezes, sendo portanto praticamente quasi impossível poder seguir diàriamente as variações da função cardíaca.

Grünberg e Lundberg, partindo do facto já conhecido que a urobilinúria normal aumenta com a insuficiência cardíaca, têm últimamente procurado estabelecer a relação entre as variações de excreção da urobilina e as variações do estado funcional do coração. Por se tratar de trabalhos muito recentes e com um número ainda restrito de observações, nada de positivo se pode por enquanto dizer. Há ainda a mencionar a electrocardiografia que nos pode revelar alterações que o simples exame clínico não pode nem suspeitar, como perturbações da condutibilidade: bloco dum dos ramos do feixe de His, bloco

das arborizações terminais ou perturbações na própria fibra miocárdica.

Nos cuidados que nos merece o aparelho circulatório, os vasos têm uma parte tão importante como o próprio coração, pelo perigo do colapso, cuja patogenia se deve essencialmente aos trabalhos de Eppinger e de que em resumo mencionaremos aqui os sintomas: queda da pressão arterial, diminuição da quantidade do sangue circulante, estase capilar, principalmente no território do esplâncnico, e menor potência química de combinação do anidrido carbônico, portanto um maior perigo de acidose. Dêste modo, além da determinação da tensão arterial há que procurar despistar qualquer estado latente de acidose, pesquisando o poder tampão do sangue pela determinação da reserva alcalina que deve e facilmente se pode fazer pelo método gasométrico de van Slyke.

No que à terapêutica diz respeito, a medicação digitalica pre-operatória só está indicada naqueles casos de insuficiência cardíaca que são acompanhados dum aumento de quantidade de sangue circulante, que é o que acontece por exemplo na hipertonia, na insuficiência aórtica, na doença de Basedow, visto que a digitalis já normalmente diminui essa quantidade de sangue, facto que também se verifica após uma operação, principalmente do abdómen. Contra o colapso, se a reserva alcalina está diminuída e portanto há que recuar a acidose, deve empregar-se o clister gota a gota do soluto de glicose a 5 %, aproximadamente 1 litro por dia e durante vários, acompanhado da injeção de 10 unidades de insulina. Não esquecer nos casos de lesões hepáticas, especialmente na icterícia, que a insulina não deve preceder nunca o soro glucosado, pois é freqüente nestes casos o aparecimento de sintomas de hipoglicemia; além disso, para evitar ainda a paralisia dos vasos-motores deve administrar-se a combinação medicamentosa da escola de Eppinger: estriçnina-cafeína (3 vezes por dia 0,001 de nitrato de estriçnina e 2 vezes por dia de 0,1-0,2 de cafeína) ou o cardiazol.

*Sangue.* — As determinações que devem fazer-se neste meio para lhe determinar de algum modo as suas próprias características, embora o sangue não seja senão um espelho onde se reflectem todas as acções passadas na intimidade dos órgãos e dos tecidos, são as seguintes:

a) Reserva alcalina. — Acabamos de verificar a importância que esta determinação tem para a despistagem duma acidose latente, que constitui não só uma ameaça de choque como representa o primeiro grau duma intoxicação que é muitas vezes ainda aumentada pela narcose. A terapêutica é idêntica à que foi anunciada para o colapso, a acrescentar por vezes a injeção de bicarbonato de sódio.

b) Coeficiente de utilização do oxigénio — que é o número obtido pela diferença entre o oxigénio do sangue arterial e o do sangue venoso, dividido por 100. No indivíduo normal êste valor varia entre 0,23 e 0,70 mas diminui em geral com a operação, quer pelo choque quer pelo narcótico. Nikisin que estudou na clínica cirúrgica de Jirasek a relação entre a mortalidade post-operatória e êste coeficiente, chegou à conclusão de que aquela aumentava em indivíduos, mesmo sujeitos a intervenções operatórias pequenas ou com anestésias pouco duradoiras, que apresentavam uma diminuição na saturação do oxigénio do sangue arterial ou uma fraca utilização do oxigénio pelos

tecidos, isto é, um abaixamento no poder sintético do protoplasma. Todavia, para uma determinação completa das propriedades de síntese do protoplasma, é necessário entrar também em linha de conta com a capacidade vital que permite uma maior ou menor oxigenação da hemoglobina, com o volume de sangue por minuto do coração, com a reserva que nos dá indirectamente a concentração hidrogeniônica, e portanto o maior ou menor afastamento do *ph* óptimo do meio no qual se produzem os processos fermentativos das sínteses orgânicas e ainda a determinação da

c) Concentração da hemoglobina — que tem importância, não só porque esta substância e os hemoglobinos constituem o principal factor na manutenção da reserva alcalina, como também pelo seu papel de vector do oxigênio, de grande importância para o coeficiente.

d) Coagulabilidade — determinação que é necessário não esquecer nunca, pois os seus desvios, quer no sentido da hypo quer da hiper-coagulabilidade, arrastam consigo o perigo das grandes hemorragias no primeiro caso (hemofilia, doença de Basedow, doenças do baço, etc.), e o das trombozes e embolias no segundo (hipotiroidismo, cretinismo endêmico, trombofilia congénita-Baum-Bauer). Para a sua determinação não bastam só os métodos até hoje usados, que nem sempre dão resultados positivos, pois é sabido, por exemplo, que o tempo de coagulação *extra-vasorum* não nos dá uma prova segura da maior ou menor tendência para o aparecimento da trombose. Starlinger e outros, por meios químicos e físico-químicos, têm encontrado algumas variações no sangue que lhes indicam esta tendência: aumento do fibrinogênio e das globulinas com deminuição das albuminas (desvio para a esquerda), deminuição da carga eléctrica das plaquetas, aumento da velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos, etc. Não tem sido possível, porém, chegar a resultados concludentes, naturalmente porque todas estas alterações não são puramente humorais mas devem depender também dos órgãos hemato-poieticos e dos próprios endotélios vasculares. Últimamente Fonio aconselha a determinação da coagulabilidade da seguinte maneira: duração da coagulação desde a extracção do sangue até á coagulação completa, o valor da coagulação quando se junta ao sangue, conconcentrações crescentes de substâncias que retardam essa coagulação, a fixidez expressa pela força necessária para o rasgamento do trombo branco, e finalmente a contracção do trombo vermelho. Quando a coagulabilidade está deminuída podemos aumentá-la por injecções intravenosas de solutos hipertônicos de cloreto de sódio, de cloreto de cálcio quando há hypo-calcemia, por irradiação do baço 15 a 24 horas antes do acto cirúrgico, durante 6-8 minutos (Juros), e pela transfusão sanguínea indicada principalmente quando se junta à hipinose um *deficit* de hemoglobina. Para deminuir a coagulabilidade os meios terapêuticos são em menor número e menos efficientes. Teóricamente a hirudina é um destes meios, mas a sua aplicação por enquanto ainda não está regulada. A substância que melhor pode servir para esse fim são os preparados tiroideos, ou ainda, segundo as experiências de Fonio, o iodo e as suas combinações, principalmente porque estas, aumentando o metabolismo basal, conduzem a um aumento de excreções, com deminuição da calcemia e fosfatemia, substâncias base da coagulação.

*Fígado.* — Por se tratar dum órgão com múltiplas e importantes funções — equilíbrio ácido-básico, poder antitóxico, etc. — e ainda por ser facilmente lesionável pelos anestésicos empregados, tem-se procurado encontrar métodos que denunciasssem seguramente uma deminuição da sua função. De todos os anestésicos gerais, o mais hepato-tóxico é o clorofórmio, vindo a seguir possivelmente a avertina, o éter e o protóxido de azoto, inofensivo para o fígado segundo Crile. É por isso de grande importância a determinação da sua suficiência funcional, o que infelizmente ainda não chegou a um resultado concreto, a-pesar-das numerosíssimas provas propostas nesse sentido — Prova de Vidal; indigo-carmim (Lepehn), tetraclorfenoltaleína (Rosenthal), vermelho de Bengala (Delprat e Kerr), hiperglicemia adrenalínica (Oppel), etc. A escola de Rehn, que ultimamente se tem ocupado especialmente dêste assunto, julga que em cirurgia a melhor prova é a da levulose, mas concede também um grande valor à determinação da reserva alcalina. Êste autor, e com êle está a maioria, é da opinião que a insuficiência hepática que pode existir antes da operação, ou ser provocada por esta e que conduz quási sempre à acídose post-operatória, assenta essencialmente num *deficit* de glicogéneo da célula hepática, que pode ser rápida e eficazmente reparado pela medicação sôro-glicosado-insulina. Todavia, Beresow e os seus colaboradores, que empregam sensivelmente a mesma terapêutica, explicam-lhe os bons resultados por um mecanismo diferente: a deminuição transitória dos processos de oxidação provocada pelo trauma operatório e anestésico, acarreta uma perturbação da assimilação do açúcar pelos tecidos, com a consequente elevação da glicemia, formação de corpos cetônicos e deminuição da reserva alcalina.

*Rim.* — Órgão de importância conhecida de todos, também as provas funcionais propostas — fenolsulfonaftaleína, azul de metilena — não atingiram ainda as garantias requeridas. Além da análise do sedimento — cilindros granulados, hemáticos — há que determinar a uremia, a prova de concentração de Mac-Lean, prova sêca e líquida de Volhard que, quando concordantes todas, fazem o diagnóstico da insuficiência renal.

*Supra-renal.* — Para terminar mencionaremos ainda os sinais de insuficiência desta glândula que, quando bem desenhados, podem evitar acidentes desastrosos post-operatórios pelo tratamento prévio da opoterapia apropriada. São sinais duma deminuição da sua actividade: abaixamento do metabolismo, aumento de tolerância para os hidratos de carbono, hipoglicemia, prova da glicemia experimental inferior à normal, hipotermia, astenia, relativa vagotonia e deminuição dos glóbulos rubros e da hemoglobina com linfocitose.

Do que fica exposto se conclui que a preparação pre-operatória de um doente com uma afeção cirúrgica tem de ser feita com um critério menos simplista do que até aqui. Contudo, num centro cirúrgico bem apetrechado ou então em íntima colaboração com um centro médico, todas as análises se podem fazer com uma relativa prontidão. Não se deve esquecer nunca que mais vale prevenir que remediar, e se muitas incógnitas ainda guardam o seu segredo, certo é que o caminho neste sentido começa a ser percorrido com menos tropeções.

## Revista dos Jornais de Medicina

Tratamento da demência paralytica pela hiperpirexia produzida com a diatermia. (*Treatment of dementia paralytica with hyperpyrexia produced by diathermy*), por C. NEYMANN e S. ASBORNE. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 3 de Janeiro de 1931.

No tratamento da demência paralytica os autores utilizaram as applicões de electrodos especiais, com dispositivos que vêm representados no texto, ligados a corrente de 4.000 ma., mais ou menos; com as sessões de diatermia provocam-se crises hipertérmicas que serviram aos autores para o estudo de 25 casos de P. G.

66% tiveram uma remissão clinica e 8% obtiveram acentuados beneficios.

Os estudos de certos exames do *liquor* (contagem, globulinas, R. W., ouro coloidal), antes e depois dos tratamentos, são apontados no trabalho.

MORAIS DAVID.

O uso do B C G na vacinação de vacas contra a tuberculose. (*The use of B C G in the vaccination of calves against tuberculosis*), por J. BUXTON e S. GRIFFITH. — *Lancet.* 23 de Fevereiro de 1931.

A vacina B C G mostra-se avirulenta para a vaca e incapaz de dar origem a lesões de tuberculose progressiva.

A sua administração por via digestiva, por via intratraqueal, subcutânea ou intravenosa determina uma resistência à infecção virulenta experimental; contudo esta resistência é menos certa quando a vacina é introduzida por via digestiva do que quando é introduzida por via subcutânea ou intravenosa.

Em alguns casos a ingestão da vacina determina os mesmos efeitos que a sua introdução nos tecidos.

A via intravenosa foi a que melhores resultados deu na experiência dos autores.

O grau de resistência conferido pela vacina é variável dentro de largos limites mas parece relacionado directamente com a dose de vacina empregada.

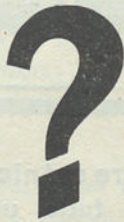
MORAIS DAVID.

O diagnóstico da gravidez pela prova de Ascheim-Zondek. (*The diagnosis of pregnancy by the Ascheim-Zondek test*), por H. FINKEL. — *The New Eng. Jour. of Med.* 29 de Janeiro de 1931.

F. estudou 52 casos de diagnóstico obscuro e obteve 20 reacções positivas, todas elas referidas a gravidezes como se pôde provar ulteriormente,



SIRAN



BROSEDAN

Temmler-Werker, Berlin-Johaniethal

Extracto Hormonal

*Dr. Richard Weiss's*

FERTILINE = VIRILINE

MASCULINO

Para o rejuvenescimento do homem:  
debilidade sexual, depressão, cansaço,  
isonomias, nervosidade, falta de apetite

*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 baseas e  
complementares em estado activo para a  
**formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflamatórias

SINNODIN

*(Dr. Bauer)*

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

Chem. Fabrik Milkal, Altona-Hamburgo

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

SPETON



Temmler Werke, Berlin-Johaniethal

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

# NORMACOL

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

## NORMACOL

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

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



32 reacções negativas referentes a 31 casos de pessoas não grávidas e a 1 caso de gravidez mas em que tinha havido morte do óvo meses antes de se proceder à prova de Ascheim-Zondek. Este último resultado não pode ser interpretado como um êrro da reacção.

Em 8 casos o diagnóstico pôde fazer-se dentro de 5 a 6 semanas depois da última menstruação.

A percentagem de resultados certos obtida pelo autor é de 98 0/0, sensivelmente igual à que Ascheim apresenta para os seus casos. Em apreciação do método de diagnóstico diz o autor:—

Em vista da alta sensibilidade da reacção e do seu valor mesmo nas primeiras semanas de gravidez, deve chamar-se a atenção dos médicos para o significado da prova e para a sua utilidade.

MORAIS DAVID.

**Ação da urotropina nas enfermidades infecciosas e muito especialmente no tratamento da febre tifóide.** (*Accion de la urotropina en las enfermedades infecciosas muy especialmente en el tratamiento de la fiebre tifoidea*), por G. QUARELLI. — *Rev. Med. Ger. Ib. Am.* Janeiro de 1931.

Q. emprega as injeções intravenosas de urotropina em doses largas que chegam aos 4 e 5 grs. diários. Conclui:

As injeções intravenosas de urotropina no tratamento da febre tifóide reduzem acentuadamente a bacilémia, provocam um abaixamento rápido e constante da temperatura, têm uma acção benéfica considerável sobre o estado geral dos enfermos e sobre as possíveis complicações post-tíficas, modificando por vezes favoravelmente as formas graves.

O tratamento surte os melhores resultados quando é usado logo nos princípios da doença.

As únicas contra-indicações consistem na existência de lesões do parênquima renal.

As hematúrias que em um ou outro caso podem aparecer como consequência do tratamento não têm maior significado. O exame constante das urinas permitirá o reconhecimento de qualquer irritação do rim, e, desde que esta apareça, a suspensão adequada das injeções afasta aquela complicação.

MORAIS DAVID.

**A ingestão de tecido gástrico no tratamento da anemia perniciosa.** (*The feeding of gastric tissue in the treatment of pernicious anemia*), por H. MILTON. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 14 de Fevereiro de 1931.

Numerosos preparados de estômago de porco ou de vaca, secos ou frescos, empregados no tratamento de vários casos de anemia perniciosa mostraram uma actividade terapêutica sensivelmente igual. Foram estudados 60 casos clínicos. Os preparados de estômago, incluindo a totalidade das camadas da parede gástrica, a mucosa só, e as tunicas do estômago menos a mu-

cosa foram empregados separadamente e associados ou não com outras substâncias albuminóides; dêste estudo parece concluir-se que a acção terapêutica é indistintamente boa e igual para qualquer dos produtos ensaiados.

Os efeitos da opoterapia gástrica sôbre os reticulócitos, glóbulos maduros, hemoglobina, leucócitos e bem assim sôbre o estado geral dos doentes e sôbre os sintomas nervosos são aparentemente os mesmos que se obtêm com o uso do fígado ou dos seus extractos.

MORAIS DAVID.

**O tratamento da anemia secundária.** (*The treatment of secondary anemia*), por J. POWERS e W. MURPHY. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 14 de Fevereiro de 1931.

Os doentes com anemia secundária, por perdas repetidas de sangue ou por clorose crónica, reagem favoravelmente ao tratamento combinado do ferro com o fígado total ou só ao tratamento com ferro sob a forma de carbonato ferroso.

O extracto de fígado não manifesta qualquer acção terapêutica nesta variedade de anemia. O efeito do fígado (fígado total) ou do ferro não é reforçado pelo uso simultâneo do extracto hepático.

MORAIS DAVID.

**A acção dos extractos de testículo, de rim e de baço na virulência das bactérias.** (*The action of testicle, kidney, and spleen extracts on the infective power of bacteria*), por M. PIJOAN. — *The Jour. of Exper. Med.* 1 de Janeiro de 1931.

Duran-Reynals descobriu que em certos órgãos existe uma substância capaz de exaltar a virulência de determinadas bactérias. O factor Reynals, como sumariamente se designa essa substância, é principalmente marcado nos extractos de testículo. Os extractos de outros órgãos são menos activos e alguns há que não revelam mesmo a mais ligeira actividade.

Pijoan conclui que a junção de extracto testicular às culturas de 20 bactérias diferentes, antes da inoculação, exalta fortemente a sua virulência. O extracto renal aumenta a virulência dos estafilococos, mas em menor grau do que o extracto testicular. O extracto esplênico não modifica ou atenua a virulência das bactérias.

MORAIS DAVID.

**A imunidade produzida nos macacos pela injeção de misturas de vírus da poliomielite com sôro humano de convalescentes.** (*Immunity following the injection of monkeys with mixtures of poliomyelitis virus and convalescent human serum*), por C. P. RHOADS. — *The Jour. of Exper. Med.* 1 de Janeiro de 1931.

O autor refere as experiências feitas para a imunização activa contra a infecção experimental dos macacos pelo emprêgo de uma mistura de vírus da poliomielite e anti-sôro específico.

Os resultados indicam que a protecção é conferida por êste processo a um certo número de animais tratados.

A mistura neutralizada não provocou sintomas da doença em qualquer dos macacos injectados.

O vírus activo da poliomielite, convenientemente neutralizado pela mistura com o sôro de convalescente, não é patogêneo quando aplicado em repetidas instilações nasais.

MORAI DAVID.

---

**Estudo experimental de um sôro antipoliomiéltico de cavallo.** (*Experimental study of a horse antipoliomyelitis serum*), por C. P. RHOADS. — *Jour. of Exper. Med.*, 1 de Janeiro de 1931.

Os soros antipoliomiélticos até há pouco usados provinham ou dos convalescentes da doença ou de macacos experimentalmente inoculados.

Algumas tentativas se tem feito no sentido de conseguir um sôro activo pela inoculação de diversos animais, e é um dêstes soros que o autor experimentou, chegando às conclusões de que *in vitro* o sôro de cavallo, fabricado pelo Dr. Pask, tem propriedades neutralizantes evidentes, em contraste com o que se pôde verificar com as inoculações, porque então o sôro revela uma grande inconstância na sua acção.

Não se conhece por emquanto a natureza das substâncias que neste anti-sôro de cavallo exercem a função inactivante assim como se desconhecem também as relações destas com as congêneres do sôro de convalescentes.

Em face dos resultados a que o autor chega, não é possível considerar êste sôro como um exacto equivalente de qualquer dos soros anteriormente em uso.

MORAI DAVID.

---

**Hemoglobinúria paroxística.** (*Paroxysmal hemoglobinuria*), por O. SWINEFORD. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Janeiro de 1931.

O autor faz um estudo minucioso da doença, a propósito de um caso que refere, e lembra que talvez um número apreciável de anemias da sífilis tardia possa depender de formas abortivas e não diagnosticadas de hemoglobinúria paroxística.

MORAI DAVID.

---

**Considerações sôbre um caso de ritmo nodal.** (*Considérations au sujet d'un cas de rythme nodal*), por R. BULLRICH e M. BESIMSKY. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tômoo II. N.º 1. 1931.

Trata-se dum doente atingido de lesões miocárdicas importantes que produziram um ritmo nodal, lesões que isolam a zona sinusal do resto do coração, com contracção simultânea das aurículas e dos ventrículos, um terceiro ruído à auscultação do coração ou ruído de galope protodiastólico de origem puramente ventricular por hipotonia miocárdica, bloco de arboriza-

ção e secção do sistema nervoso extrínseco. Não se tratando de lesões passageiras como as que habitualmente se produzem no decurso de certos processos toxi-infecciosos, o prognóstico era sombrio. Efectivamente, depois de ter abandonado o Serviço, o estado do doente agravou-se bastante.

Considerando a patogenia do ritmo nodal neste caso e diante da negatividade das provas da atropina e do nitrato de amilo, julgam os autores que uma lesão orgânica do miocárdio, traduzida pelas modificações dos traçados electrocardiográficos que apresentam, pode corresponder a uma das hipóteses formuladas por Daniélopolu e Gallavardin: bloqueio sino-auricular ou destruição do nódulo sino-auricular, sem entretanto poderem afirmar qual destas causas deve ser a culpada. A hipótese de Donzetot e Geraudel está de acôrdo com as ideas de Lewis sôbre o mecanismo da condução auriculo-ventricular; ela admite que nestes casos a ausência completa de automatismo sinusal está em desacôrdo com o conceito do bloqueio, mas não com o da destruição. A-pesar-de tudo, não se pode negar a sua possibilidade, pois conseguiu-se provocar experimentalmente a inexcitabilidade do seio. Só esta concepção poderia ser admitida para casos de ritmo nodal permanente.

F. FONSECA.

#### A prova da tuberculina no diagnóstico das artropatias tuberculosas.

(*L'épreuve de la tuberculine dans le diagnostic des arthropathies tuberculeuses*), por F. PUCHULU. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tômoo II. N.º 1. 1931.

O autor empregou a prova da tuberculina segundo o método de Bandler e Roepke modificado por Escudero.

A técnica dessa prova é resumidamente a seguinte: emprêgo da tuberculina velha de Koch, preparada pelo Instituto Bacteriológico Nacional, diluída em sôro fisiológico adicionado de meio grama de ácido fênico. Preparam-se soluções a 1 por cento e 1 por mil que se renovam cada dez dias.

Praticam-se cinco injeções sucessivas, adoptando a seguinte progressão:

1. <sup>a</sup> injeção.....	1/4 de mmgr.
2. <sup>a</sup> » .....	1/2 mmgr.
3. <sup>a</sup> » .....	1 mmgr.
4. <sup>a</sup> » .....	5 mmgrs.
5. <sup>a</sup> » .....	1 centigr.

As injeções fazem-se com três dias de intervalo; nos casos de reacção térmica ligeira repete-se a mesma dose; se a reacção é franca, interrompe-se a prova.

A prova está contra-indicada nos seguintes casos:

1.º — Tuberculose confirmada pela presença de bacilos de Koch ou inoculação positiva.

2.º — Processo congestivo em actividade (hemoptises, etc.).

- 3.º — Febre superior a 37º.
- 4.º — Doenças orgânicas do coração e glomérulo-nefrites.
- 5.º — Doenças orgânicas graves.
- 6.º — Suspeita de tuberculose miliar ou de tuberculose ulcerosa do intestino.
- 7.º — Doenças do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos.
- 8.º — Apoplexia.
- 9.º — Convalescença duma doença grave.

As reacções provocadas por estas injeções podem ser gerais, focais ou locais.

Seguindo estas normas o autor nunca observou qualquer acidente com o emprêgo da prova à tuberculina e chegou às seguintes conclusões:

A base da interpretação dos resultados da prova consiste no estudo minucioso das reacções gerais e focais.

Uma reacção geral positiva indica apenas a existência dum estado alérgico.

Reacções gerais e focais positivas demonstram a natureza tuberculosa da artropatia.

A reacção focal caracteriza-se pelo exagêro ou reaparição nítida dos sintomas existentes ou desaparecidos.

F. FONSECA.

---

**A laparotomia exploradora minima.** (*La laparotomie exploratrice minima*), por SOUSA MENDES. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tôm. II. N.º 1. 1931.

Para o autor a laparotomia exploradora mínima ou laparotomia económica consiste na abertura do ventre na pequena extensão de 1 centimetro e meio a 2 centímetros, permitindo a introdução dum *speculum*, graças ao qual se pode iluminar e inspecionar a cavidade abdominal.

A laparotomia exploradora mínima está indicada em todos os casos em que os métodos clínicos habituais são insuficientes e não permitem o diagnóstico duma afecção abdominal.

Recorrer-se há, portanto, a ela nos casos seguintes:

- 1.º — Nas contusões abdominais, quando se suspeita uma rotura de órgão com hemorragia interna.
- 2.º — Nas feridas penetrantes do abdómen, servindo a própria ferida de via de acesso à exploração da cavidade.
- 3.º — Nos tumores abdominais para reconhecer a sede e a natureza.
- 4.º — Nas peritonites crónicas, para permitir o exame directo das lesões características, tuberculosas, neoplásicas.
- 5.º — Em todos os casos em que há interêsse de explorar directamente o estômago, o duodeno, a vesicula biliar, os órgãos pélvicos.

## TÉCNICA

*Posição do doente.* — Varia consoante a sede da laparotomia: decúbito dorsal na laparotomia mediana supra-umbilical, posição de Trendelenburg para a infra-umbilical, decúbito lateral esquerdo na laparotomia lateral direita e inversamente.

*Anestesia.* — A laparotomia económica é feita sob anestesia local, por infiltração duma solução de novocaína a 1 por cento adrenalizada.

*Incisão.* — Pode fazer-se em qualquer ponto da parede, mas é preferível fazê-la na linha mediana para que a exploração da cavidade abdominal seja o mais extensa possível. Incisa-se plano por plano no comprimento de 1,5 cm. a 2 cm. e verticalmente na linha mediana.

*Exploração.* — Pela abertura da parede introduz-se um *speculum* nasal de Killian fechado, e, depois de o ter aberto, projecta-se a luz na cavidade por meio dum espelho frontal vulgar ou, melhor, dum espelho de Clar.

Para deslocar as ansas intestinais serve-se o autor duma pinça comprida de Hartmann.

Além das manobras puramente exploradoras é possível realizar, através do *speculum*, pequenas intervenções cirúrgicas, tais como punções de colecções líquidas e biopsia de tumores.

O autor conclui por afirmar que a laparotomia exploradora mínima é pelo menos tão benigna como a laparoscopia de Jacoboebus e tem a vantagem de ser dum emprêgo muito mais generalizado e permitir a execução de pequenas intervenções cirúrgicas.

F. FONSECA.

Estudo clínico e anátomo-patológico de dois casos de tumores do gânglio carotidiano. (*Étude clinique et anatomo-pathologique sur deux cas de tumeurs du ganglion carotidien*), por V. FONTANA e J. MALET. — *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tômoo II. N.º 1. 1931.

Conclusões anátomo-patológicas: o primeiro tumor descrito apresenta a estrutura dum peritêlio e, como digno de menção, encontram-se núcleos maiores do que os normais, entre os outros núcleos ou no tecido conjuntivo.

O segundo tumor era formado por um peritêlio típico. Os autores não encontraram células lipóides, cromafins ou elementos nervosos.

Os autores concluem que os tumores estudados do tubérculo carotidiano apresentam a estrutura dos peritêlios puros. Em ambos os casos as preparações mais claras e demonstrativas foram obtidas empregando carbonato de prata de Rio Hortega.

F. FONSECA.

Amiloidose difusa de etiologia desconhecida. (*Diffuse amyloidosis of unknown etiology*), por E. BANNICK e N. BARKER. — *The medical clinics of North America*. Vol. 14. N.º 3. 1930.

Os autores chegam às seguintes conclusões:

- 1) Pode haver amiloidose difusa de etiologia desconhecida.



2) O diagnóstico em tais casos pode fazer-se embora não haja aumento do fígado e do baço. O diagnóstico é geralmente sugerido pelo estado do rim.

3) O quadro clínico da amiloidose renal é o duma nefrose crónica que pode simular a nefrose lipóide, mas da qual se diferencia geralmente pela tendência à hematuria e maior redução na excreção de fenolsulfoneftaleína; o edema, a hipercolesterinemia e a baixa das proteínas do sôro são factores variáveis. A base patológica para estas diferenças consiste em que no rim a maior deposição de substância amilóide é nos glomérulos.

4) A prova do vermelho do Congo é praticamente específica da amiloidose difusa.

F. FONSECA.

---

**Ação dos extractos de baço sobre o sistema reticulo-endotelial.** (*Über die Wirkung von Milz extrakten auf das retikulo-endotheliale System*), por E. SCHLIEPHAKE e G. SINCKE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 8. 1931.

Os autores procuraram verificar se a administração de substância esplênica provoca um aumento das forças defensivas do organismo.

Como indicador serve a propriedade fixadora do sistema reticulo-endotelial para o *trypanblau*, que se pode verificar nas preparações histológicas.

Em 10 ratos e 8 cobaias constataram que a administração de baço aumenta o poder fixador do sistema reticulo-endotelial.

Esse aumento verifica-se quer depois da administração peroral de baço fresco, quer depois da injeccção do preparado puro e estandardizado segundo Maurer e Schliephake.

F. FONSECA.

---

**O extracto de fígado injectável de Gänsslen.** (*Gänsslens injizierbares Lebereextrakt*), por V. SCHILLING. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1931.

O extracto de Gänsslen na sua acção é semelhante ao fígado em natureza e corresponde, segundo os dados de Gänsslen e em relação à dose diária, a cerca de 1/50 da quantidade de fígado até agora empregada.

O facilímo emprêgo do preparado, por uma única injeccção por dia, põe de lado em muitos casos as dificuldades que se nos deparavam com a terapêutica hepática oral, especialmente quando usávamos o fígado em natureza.

O emprêgo do mesmo extracto vem provar que, em muitos casos, a chamada resistência à terapêutica pelo fígado consiste apenas no emprêgo insuficiente ou mal conduzido dessa terapêutica.

O emprêgo exclusivo dêste extracto revela acção curativa ou melhora a medulose funicular ou outras lesões neuro-degenerativas.

O extracto de Gänsslen constitui um progresso evidente na terapêutica hepática.

O preparado foi lançado no mercado com o nome de Campolon pela I. G. Farbenindustrie.

F. FONSECA.

**Tratamento da anemia perniciosa com extracto de estômago injectável.** (*Behandlung der anämia perniciosa mit injizierbarem Magen-extrakt*), por W. EDERLE, H. KRIECKE e M. GANSSLEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1931.

Os autores preparam um extracto de mucosa gástrica para injeccção. Esse extracto tem acção idêntica à do extracto injectável de Gänsslen. No doente tratado subiu rapidamente o número dos reticulócitos. Em trinta e um dias de tratamento a hemoglobina subiu de 42 a 84 % e o número dos glóbulos rubros subiu de 1,92 a 4,4 milhões.

F. FONSECA.

**As modificações da reacção de Lange sob a acção do tratamento arsenical e a sua importância como meio de diagnóstico da heredo-sifilis.** (*Las modificaciones, etc.*), por T. VALLEDOR (Habana). — *Boletin de la Sociedad Cubana de Pediatria*. Tômoo III. N.º 1. Janeiro de 1931. Págs. 1-4.

O A. começa por afirmar que os resultados obtidos com a reacção de Wassermann no líquido céfalo-raquidiano de crianças com sifilis hereditária foram muito escassos. Fez 150 reacções em 150 crianças dessas, e apenas 16 casos (ou sejam 5 %) deram resultados positivos. As alterações citológicas e químicas do líquido são também, no seu ver, pouco constantes. Pelo contrário, as modificações sofridas pelas soluções coloidais, especialmente a de ouro coloidal de Lange, com o líquido céfalo-raquidiano, mostram um considerável valor no diagnóstico da heredo-lues. Assim o sustentou no V Congresso Pan-americano da Criança.

Tem grande importância a técnica da preparação da solução de ouro. O A. usou uma em que estandardizou o ouro com a solução alcalina, de modo a manter um pH fixo, próximo da neutralidade. Com ela fez 150 observações de líquidos de diferentes tipos de heredo-sifilíticos, agrupados do seguinte modo:

Em 50 casos tratava-se de heredo-sifilíticos graves, com manifestações abundantes, em que o diagnóstico clínico se impunha. Em todos o ouro coloidal floculou nos 4 primeiros tubos, com maior intensidade no 3.º e 4.º, dando uma curva de desvio para a esquerda, até as concentrações fortes de 1/80 e 1/160.

Noutros 50 tratava-se de casos com antecedentes suspeitos ou positivos, e com abundantes sinais clínicos de probabilidade. Em todos o ouro deu uma curva luética característica.

Os últimos 50 casos diziam respeito a crianças sãs, escolhidas entre aquelas em quem não era possível pensar numa tara de lues.

Em 48 os resultados foram negativos, e nos 2 casos restantes o resultado foi positivo e, o que é curioso, mais tarde descobriu-se em ambos uma hereditariedade luética, a-pesar-da sua aparência saudável.

Porém, o que tem maior importância, e é sobre esse ponto que o A. pretende antes de tudo chamar a atenção neste seu trabalho, é precisamente as alterações que sofre essa curva luética do ouro, que considera quasi específica

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

## SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & Cie — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup>, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

## ELECTRARGOL

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

## ELECTRAUROL (Ouro)

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

## ELECTROPLATINOL (Platina)

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

## ELECTROPALLADIOL (Pó)

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

## ELECTRORHODIOL (Ródio)

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

## ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as doencas infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é igualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

Todas as formas da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)  
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)  
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

## ELECTROSELENIO

(Selenio)  
Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)  
Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)  
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)  
Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

## COLLOTHIOL (Exofre)

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

## IGLYSOL (Complexo Iodo-glycogenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

## ELECTROMANGANOL

(Manganez)  
Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa).

Cancro, Tuberculose, Doencas infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

Curas lodada e lodurada

Affecções estaphylo. coccicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & Cia - PARIS 1507

LISBOA MÉDICA

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

para o diagnóstico, sob a influência do tratamento. Após um certo tempo de tratamento, o A. fez punções lombares repetidas com intervalos de 20 em 20 dias, o que permitiu seguir a evolução da curva de Lange a par da melhora clínica do doente.

Dêste modo chegou a uma série de resultados interessantes:

Nos doentes em que o tratamento de fundo era o mercurial (fricções ou via gástrica) e o tratamento de ataque o sulfarsenol subcutâneo ou intramuscular, a curva de Lange mantinha-se com a mesma intensidade na maioria dos casos ou atenuava-se ligeiramente, ao mesmo tempo que a melhora clínica apreciável não era realmente de notar. Nos casos em que, pelo contrário, utilizou como tratamento de ataque o 914 por via venosa (seio longitudinal, jugulares, epicrânicas, etc.), empregando doses até de 0,01 grs. a 0,015 grs. por quilo de pêso, associado ao mercúrio como tratamento de fundo, a melhora clínica era extraordinária, a criança desfiltrava-se rapidamente, as alteações viscerais regressavam, a nutrição melhorava notavelmente, as funções digestivas normalizavam-se, a pele tornava-se rosada, aumentava o pêso, a ponto de sifilíticos graves em 2 ou 3 meses terem aspectos normais.

Se se estuda a curva do ouro, por punções repetidas de tempo a tempo, vê-se como rapidamente se atenua a intensidade da reacção e como, quando decorre o tempo suficiente para consolidar o tratamento (3 a 4 meses), desaparece por completo a curva luética, mostrando assim o alto valor diagnóstico que se lhe deve conceder.

Este trabalho está apresentado com a clareza e a concisão que caracterizam o boletim, órgão da cadeira de patologia e clínica infantis da Universidade de Havana.

---

MENESES.

**A miosite ossificante traumática e as suas relações com a luxação do cotovelo.** (*Die Myositis ossificans traumatica und ihre Beziehungen zu den Ellbogengelenksverrenkungen*), por A. BLENCKE. — *Zeitschrift f. Orthopädische Chirurgie*. Bd. 52. Pág. 189.

A miosite ossificante traumática pode muitas vezes aparecer na radiografia já 2 a 3 semanas após o traumatismo. O tratamento deve consistir apenas em aplicações locais de ar quente. Massagens e mobilização devem ser absolutamente proscritas.

A formação óssea pode ser de origem perióstica ou miogénica; também podem existir formas mixtas. Em outras articulações podem aparecer iguais processos de ossificação.

As reduções da luxação devem ser guardadas para mais tarde, para não juntar ao trauma da luxação o da redução.

Intervenções operatórias só se justificam depois de terminar a ossificação, por complicações (compressão de nervos, vasos ou perturbações dos movimentos).

MENESES.

As fracturas isoladas da epitroclea e o seu tratamento cirúrgico. (*Le fracture isolée dell'epitroclea e loro cura chirurgica*), por G. PERROTTI (Nápoles). — *Reforma Médica*, 1929. H. 45. ref. in *Zentralblatt. f. Chirurgie*.

O tratamento sangrento imediato está indicado em todos os casos com grande afastamento, bem como naqueles em que o fragmento prejudica mecânicamente os movimentos do cotovêlo. No tratamento não sangrento deve, seja em que caso fôr, a imobilização prolongar-se o máximo durante 8 dias. Se não se lhe segue imediatamente uma cura, isto é, a desapareição de todas as perturbações, não se deve fazer esperar a operação, que consiste na extirpação do fragmento.

MENESES.

Sobre o efeito de alguns preparados de quinino no tratamento de diversas doenças dos órgãos respiratórios. (*Sur l'effet de quelques préparations de quinino dans le traitement de diverses maladies des organes respiratoires*), pelo Prof. MAURICE ABELMANN (Leningrado-Nice). — *Révue Française de Pédiatrie*. TÔMO VI. N.º 6. 1930. Págs. 747-758.

Os excelentes resultados obtidos em diferentes países da Europa, assim como da Ásia e América, pela aplicação de certos derivados do quinino, merecem ser referidos. Desde 1922 que na Clínica Médica de von Bergmann, em Francfort s. M., se verificou que uma série de injeções diárias de *Solyochin*, levadas a efeito sobretudo no comêço da doença, reduzem a duração da injeção pneumocócica nos pulmões a 50 0/0, em média, e portanto abaixam a mortalidade numa proporção considerável.

Trata-se, não dum efeito sintomático e antipirético, mas duma acção que, apressando a crise, provoca a extinção mais rápida da doença. A experiência provou, como condição absoluta de êxito, que o quinino seja introduzido, não *per os* mas pela via parenteral, de modo que se formem depósitos de quinino nos músculos, os quais, reabsorvendo-se lentamente, penetram na circulação sanguínea.

Sendo necessário fazer essa reabsorção o mais lenta possível, Calm-Brønner deu-lhe a forma oleosa, reforçando a acção do quinino por meio de substâncias antiflogísticas, e indicou a preparação da *Transpulmin*, soluto oleoso de quinina básica, com cânfora, mentol-cânfora e eucaliptol.

Os resultados obtidos na Clínica Médica de Francfort s. M. com a *Transpulmin* em diversas doenças dos brônquios e dos pulmões, especialmente na bronquite aguda e crónica, na broncoblenorreia, nas bronquiectasias, no enfisema, na pneumonia gripal, bem como no tratamento da pneumonia post-operatória e na pneumonia senil, foram notáveis e muitíssimas vezes impressionantes.

Em vista da acumulação do quinino nos pulmões, convém não fazer senão doses diárias pequenas. Uma vez por dia injecta-se, intramuscular, 1 a 2 c. c. de *Transpulmin* (nos casos graves pode-se repetir uma vez por dia a injeção), de preferência na região glútea, e prossegue-se êste tratamento durante 10 a 20 dias. Nas inflamações crónicas e purulentas da mucosa brônquica, a

deminuição da expectoração aparece em geral depois do 5.º ou 7.º dia do tratamento, e por isso não se deve interromper a série de injeções cedo demais. Os casos deste género cedem de ordinário em seguida a um tratamento prosseguido durante três semanas.

Nas crianças a dose será proporcionalmente reduzida. Lactantes de 4 a 8 semanas, uma dose diária de 0,3 c. c., crianças de 5 a 8 anos suportam doses que vão até 1,5 c. c.

O A. apresenta os seus resultados, que são também evidentes.

O outro medicamento é a *Solvochin*, introduzido na farmacopeia pelo Prof. von Bergmann e por Calm-Bronner. É uma solução aquosa de quinino a 25 0/0, conservando-se indefinidamente, alcalina, indolor, actuando especificamente na pneumónia pneumocócica.

A dosagem é de 2 c. c. diários, em injeções intramusculares. O sucesso depende em primeiro lugar da pronta aplicação do remédio. Se se intervém nas 24 horas que se seguem ao primeiro acesso de febre, vê-se em 4/5 dos casos a desapareição da temperatura antes do fim do 4.º dia de doença. Se o tratamento começou no 2.º dia, obtém-se o mesmo resultado em 50 0/0 dos casos, e num têtço apenas quando as injeções foram encetadas 3 dias depois do comêço da doença.

Também com a *Solvochin* foram brilhantes os resultados colhidos pelo A.

Na Alemanha, e em outros países, combinam a *Transpulmin* e a *Solvochin*, por exemplo na pneumonia gripal, applicando-a consecutivamente, isto é, de comêço durante 2 a 3 dias a *Solvochin*, passando depois à *Transpulmin*.

---

#### MENESES.

**Sôbre fracturas.** (*Ueber Knochenbrüche*), por M. ZONDEK. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 2. 1931.

No problema das fracturas há três incógnitas importantes: a) As condições da formação do calo; b) As causas produtoras de pseudartrose; e c) as indicações para o tratamento operatório das fracturas.

Para a nítida compreensão da primeira há que encarar a formação do calo sob o ponto de vista:

1) Morfológico: no foco de fractura o ponto onde a pressão é [menor é onde se encontra o tecido mais laxo; à medida que dêle nos afastamos, para cima ou para baixo, tanto mais o calo se torna duro e resistente, mas a sua transformação em tecido ósseo produz-se numa direcção centrífuga;

2) Biológico: no foco de fractura acumula-se, como é sabido, sangue, linfa, células necrosadas e produtos finais desta necrose. Que êstes detritos celulares desempenham uma certa função na formação do calo, provam-no observações tiradas do reino vegetal, de onde Haberlandt conclui pela existência de hormonas de feridas (*Wundhormone*) substâncias que têm a propriedade de excitar a regeneração tissular; ao lado destes factores há ainda como muito importante a excitação recíproca provocada entre si pelos topos ósseos, excitação que conduz principalmente à reformação do canal medular

e que desaparece pelo contrário nas extremidades ósseas dos membros amputados.

No que respeita às perturbações na formação do calo, há que considerar principalmente as pseudartroses, que se devem continuar a considerar como devidas principalmente à interposição entre os topos ósseos de tecido muscular e ainda ao maior ou menor ângulo que fazem entre si os topos do osso fracturado, o que permite uma maior ou menor ossificação do canal medular; dêste modo o processo curativo é retardado e o calo fica quasi sempre mole. Há que considerar ainda as condições gerais que impedem a boa consolidação, diabetes, sífilis, perturbações nas glândulas de secreção interna (tíróide, timo). De modo que a boa ossificação dos topos ósseos exige essencialmente a acção duma excitação que, partindo do foco da fractura pelo sistema nervoso vegetativo, atinja o sistema nervoso central para alcançar de novo o mesmo foco, enquanto as glândulas de secreção interna lançam na corrente sanguínea um certo número de hormonas indispensáveis; dêste modo, quando aparece uma perturbação em qualquer destes componentes a ossificação não se faz normalmente.

No que se refere ao tratamento, continua o tratamento clássico conservador a merecer o primeiro lugar, só havendo a considerar com mais atenção a função dos diversos músculos.

J. ROCHETA.

O diagnóstico radiológico da apendicite crónica. (*Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique*), por P. JAQUET e L. GALLY. — *Société Médicale des Hopitaux de Paris*. 23 de Janeiro de 1931.

Os AA. apresentaram à Sociedade dos Hospitais de Paris uma série de radiografias de individuos com apendicite crónica e procuram tirar delas sinais suficientes que permitam fazer o diagnóstico desta afecção.

Para pôr em evidência o síndrome radiológico do *trivium* inferior é necessário preparar o doente com uma refeição única de papa opaca, ingerida 6 horas antes do exame, para se poder tomar conhecimento da duração do trânsito. No individuo normal, passado êste tempo, o bário tem passado quasi completamente para o cólon ascendente, atingindo por vezes já o seu ângulo hepático; no individuo portador duma apendicite crónica, pelo contrário, a substância de contraste permanece em grande parte na porção terminal do intestino delgado. Não se trata neste caso de estase do ileon, propriamente dita, mas sim do contrário, isto é, estase por hipertonia que não permite a livre circulação da papa. Êste simples atraso na sua progressão é um sintoma de primeira ordem para o diagnóstico desta afecção.

Além disso, o próprio cego e mesmo o cólon apresentam os mesmos sinais de espasticidade que caracterizam o intestino delgado, e distinguem-se quer por um espasmo em massa do cego, quer por espasmos localizados à região ileo-cecal. Os últimos por vezes provocam uma incisura no bôrdo externo do cego semelhante à que se encontra na grande curvatura do estômago por úlcera da pequena. Quanto à visibilidade do apêndice não é indispensável e basta o conjunto de sintomas apontados acima para permitir o



diagnóstico. Na discussão travada à volta desta comunicação quasi todos os autores pensam que os sinais apontados pelos AA. são indirectos, quer dizer, testemunham uma irritação dessa região, mas nada prova que seja exclusivamente uma apendicite crónica, e não uma anexite, tífite, tuberculose ileo-cecal.

J. ROCHETA.

**A terapêutica da insuficiência renal pela tiroidina e os raios X.** (*Zur schilddrüsen und Röntgentherapie der insuffizienten Niere*), por A. H. MULLER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 6. 1931.

O A. refere dois casos de uremia de diversa etiologia tratados com bons resultados pela combinação da tiroidina e raios X nas regiões lombares. Nos dois casos, ao fim de poucos dias de tratamento, grande diminuição de peso, por aumento da diurese, desaparecimento dos vômitos, diminuição da albuminúria e melhoria do estado geral.

Sobre o modo de acção dos raios roentgen nas afecções do rim ainda nada se sabe de positivo. Os trabalhos experimentais feitos em coelhos por Domagk, que empregava grandes doses, provocavam perturbações no metabolismo da água, alterações do epitélio dos canaliculos, infiltrações inflamatórias e produção de tecido conjuntivo. Estes resultados foram interpretados como uma excitação do epitélio dos canaliculos provocados pelos raios X que, quando empregados em doses terapêuticas, provocam efeitos diuréticos. Segundo Vo-lhard este efeito é devido a uma diminuição do espasmo dos vasos renais.

J. ROCHETA

**Experiências clinicas sobre a acção do Elityran, novo preparado tiroi-deu.** (*Klinische Untersuchungen über die Wirksamkeit der neuen Schilddrüsenpräparates Elityran*), por W. DEHNER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 7. 1931.

O novo preparado da glândula tiroideia, o Elityran, possui um conteúdo em iodo de 0,7 a 1 0/0; esta percentagem é muito mais baixa que a da tiroxina e está para esta na relação de 1 : 80. O A. experimentou o Elityran em 20 casos. O modo de administração foi de 6 comprimidos por dia, 3 × 2, o que representa 150 miligramas de substância. A maior quantidade *pro die* foi de 12 comprimidos continuada ininterruptamente durante 3 semanas sem o mais pequeno sinal de intolerância. Uma única vez se observou um exantema iódico como sinal de hiper-sensibilidade individual. Em quasi todos os casos esta medicação provocou taquicardia, que só quando se tornava exagerada, se diminuía a quantidade administrada, sem que nunca fôsse necessário suspendê-la. Esta taquicardia é considerada como o indicador mais importante do início da acção tóxica. Em todos os casos tratados com Elityran verificou-se um aumento do metabolismo basal, que muitas vezes foi considerável. O mais alto aumento foi de 68 0/0; em média oscilava entre 30 e 40 0/0.

A diminuição de peso foi também considerável em alguns casos, mas para evitar uma muito rápida perda de peso, que os doentes em geral não suportam bem, foi calculada uma baixa que comportava em regra 1,70 quilos por semana; a maior perda de peso foi de 12,4 quilos em 19 dias. Além disto, este preparado mostrou ter uma forte acção diurética, num caso de diabetes tratada pela insulina e que apresentava uma grande retenção de água.

J. ROCHETA.

**O diagnóstico e a terapêutica do carcinoma da laringe.** (*Zur diagnose und therapie der Kehlkopfkarzinoms*), por HESSE.—*Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 5. 1931

Nos tumores malignos da laringe, os únicos a considerar praticamente são os carcinomas, visto que os sarcomas são muito raros.

A sua maior ou menor malignidade depende principalmente de dois factores: natureza histológica e sede. Sob o primeiro aspecto, a maioria deles são pavimentosos com ou sem globos córneos; sob o segundo há a considerar as cordas e a mucosa restante: os primeiros, mais benignos, dão origem a metástases mais tardiamente, enquanto os segundos e principalmente os do *seio piriformis* generalizam-se rapidamente pela via linfática bastante rica nessa região. Aqui, como sempre, o mais importante é o diagnóstico precoce e alguns sinais há que o denunciam sempre. O primeiro sintoma do carcinoma das cordas é a rouqueira, que é muitas vezes atribuída pelo paciente a um arrefecimento, bronquite, etc. e que por suspeita deve levar sempre ao exame laringoscópico, quando exceder quatro semanas. Quando o tumor se desenvolve na região aritnoideia ou na epiglote, o primeiro sintoma é a perturbação da deglutição, ou então os doentes acusam uma sensação de prurido ou de corpo estranho. A dispneia é em geral um sintoma que aparece tardiamente. O tratamento é o operatório e a técnica varia conforme a sede e o seu grau de desenvolvimento; o número das recidivas é diverso, conforme se trata de tumores endo ou extra-laríngeos; os primeiros apresentam 38% de curas duradouras, os últimos 17%.

Em casos inoperáveis deve empregar-se a roentgenterapia ou radiumterapia (tubos de *mesorium*) que dão melhorias sem nunca darem curas.

J. ROCHETA.

# Vidalon

(Óleo de fígado de bacalhau estandardizado com Vitáminos)

Possúe ao contrario do óleo de fígado de bacalhau do comércio um conteúdo constante e elevado em vitaminas.

O Vidalon permite reduzir á metade as doses ordinárias de óleo de fígado de bacalhau sendo que basta tomá-lo uma só vez por dia.

Posologia:  
Lactantes e crianças de tenra idade:  $\frac{1}{2}$ —1

colher das de chá por dia.

Crianças maiores: 1 colher das de chá até 1 colher das de postres por dia.

Adultos: 1 a 2 colheres das de sopa por dia.



»Bayer-Meister-Lucius«

Secção Farmacêutica Científica  
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft  
Leverkúsen (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

LISBOA MÉDICA

# AMPOLA COOLIDGE GAIFFE-GALLOT ET PILON

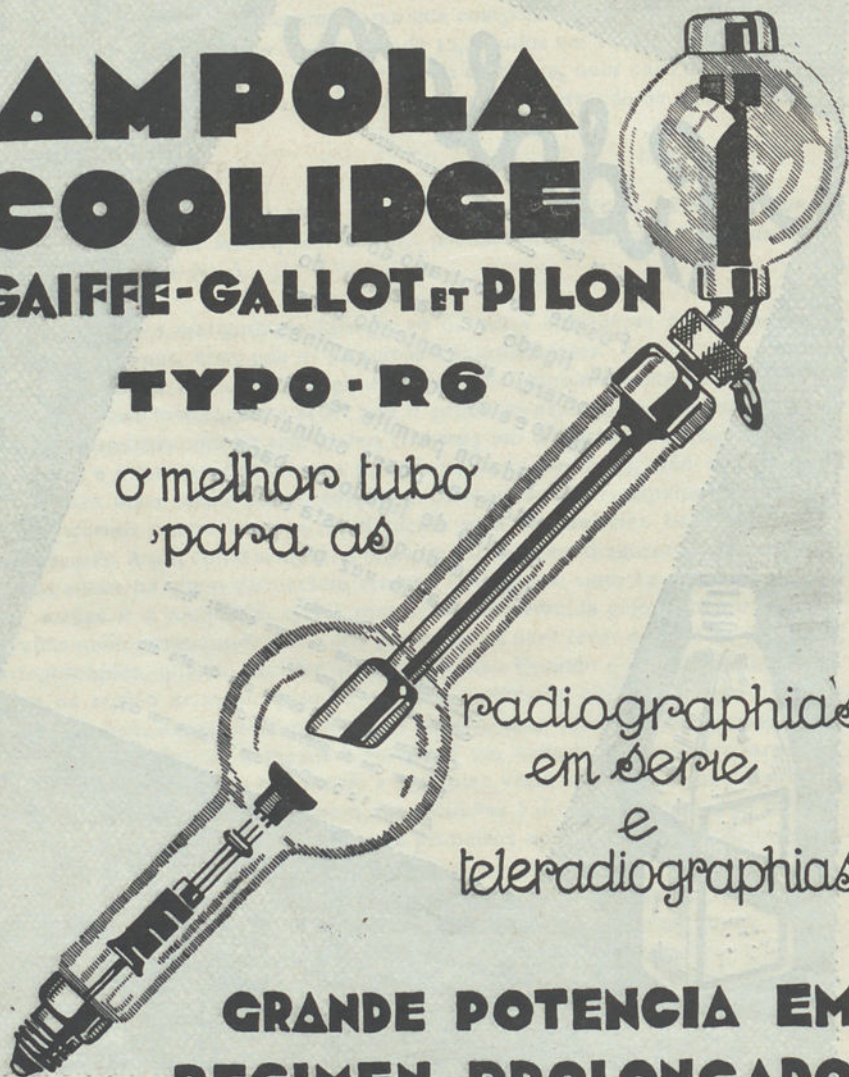
**TYP0 - R6**

o melhor tubo  
para as

radiographias  
em serie  
e  
teleradiographias

**GRANDE POTENCIA EM  
REGIMEN PROLONGADO**

**REPRESENTANTES: LISBOA**  
SOCIEDADE IBERICA DE CONSTRUÇÕES ELECTRICAS  
**PRACA LUIZ DE CAMÕES, 36-23 - T.1772**



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Congresso Internacional de Neurologia em Berne

O programa preliminar dêste congresso foi elaborado por secções, de que damos o seguinte resumo :

1. — *Diagnóstico e processos terapêuticos (Cirurgia e outros) nos tumores cerebrais.*

Programa organizado pelo Prof. Max Nonne, Hamburgo.

Sessões de manhã e à tarde — Segunda-feira, 31 de Agosto de 1931.

*Diagnósticos:*

I. — Sintomatologia clínica :

Relator : Sir James Purves — Stewart, Londres.

Co-relatores : Clovis Vincent, Paris.

Giuseppe Ayala, Roma.

Foster Kennedy, New-York.

(Tumores dos lobos têmpero-esfenoidal — syndromas subfrontais).

II. — Diagnóstico histológico :

Relator : Percival Bailey, Chicago.

Co-relatores : Wilder Penfield, Montreal.

Bertold Pfeifer, Nietleben, Alemanha.

(Punção do corpo caloso).

III. — Diagnóstico roentgenológico:

Relator : Arthur Schüller, Viena.

Co-relatores : Ernest Sachs, St. Lois.

(Roentgenologia em cirurgia neurológica).

H. W. Stenvers, Utrecht.

IV. — Ventriculografia e encefalografia :

Relatores : Walter Dandy, Baltimore.

(Tumores do hemisfério e da fossa craniana posterior).

Otto Foerster, Breslau.

(Tumores cerebrais — Pseudo-tumores).

Co-relatores : Francis Grant, Filadélfia.

Egas Moniz, Lisboa.

(Encefalografia arterial).

V. — Sero-diagnóstico :

Relator : Victor Kafka, Hamburgo.

Co-relatores : Frank Fremont-Smith, Boston.  
(Resistência eléctrica).

I. — Terapêutica cirúrgica :

Relator : Harvey Cushing, Boston.  
Co-relatores : Thierry de Martél, Paris.  
Otto Foerster, Breslau.  
H. Olivecrona, Estocolmo.  
Charles H. Frazier, Filadélfia.  
Ludwig Puusepp, Tartu, Estónia.

II. — Terapêutica roentgenológica :

Relator : A. Beclère, Paris.  
Co-relatores : H. Cairns, Londres.  
(Radium).  
Hirsch, Viena.  
(Radium).

III. — Organoterapia :

Relator : Tracy J. Putnam, Boston.

2. — *Tonus musculares, Anatomia, Fisiologia e Patologia.*

Programa organizado por Sir Charles Sherrington.  
Sessão da manhã — Quarta-feira, 1 de Setembro.

I. — Anatomia :

1. — S. Walter Ranson, Chicago.

Os núcleos e feixes que intervêm nas respostas de postura excitados por estimulação do tegumento mesencefálico.

2. — Ken Kuré, Tozio.

(Sobre os feixes dos tónus e as suas placas terminais nos músculos).

II. — Fisiologia experimental :

1. — G. G. J. Rademaker, Leyden.

2. — Graham Brown, Cardiff.

3. — E. A. Spiegel, Viena.

(Sobre a farmacologia da regulação central do tónus).

4. — L. Asher, Berne.

(Influência do sistema nervoso simpático sobre os músculos do esqueleto).

5. — Denny Brown, London.

(O papel desempenhado pelas terminações nervosas musculares aferentes nos reflexos (tónicos) da postura).

6. — V. de Weizücker, Heidelberg.

(Exame eléctrico dos tónus).

III. — Patologia :

1. — F. Bremer, Brussels.

(Farmacologia do tónus normal e patológico).

2. — Lewis J. Pollock And Loyal Davis, Chicago.

(Relação das modificações do tónus muscular e a interrupção de certas vias anatómicas).

IV. — Clínico :

1. — S. A. Kinnier Wilson, Londres.  
(Perturbações do tónus em diversos níveis fisiológicos e especialmente no que se refere ao córtex).
  2. — R. Cruchet, Bordeus.  
(Relação do tónus nos síndromas parkinsonianos).
  3. — J. Ramsay Hunt, Nova York.  
(Os sistemas estático e cinético e a sua relação com o tónus muscular).
  4. — F. Negro, Turim.  
(Alterações do tónus muscular em síndromas extrapiramidais).
  5. — A. Thévenard, Paris.  
(O fenómeno da *poussée*).
  6. — Notas finais por Sir Charles Sherrington.
3. — *Infeções agudas não supuradas do sistema nervoso.*  
Programa organizado pelo Prof. Georges Guillain, Paris.  
Sessão da manhã — Quinta-feira, 3 de Setembro.  
Relatores:
1. — Otto Marburg, Viena.  
(Introdução à patologia geral de infeções agudas do sistema nervoso).
  2. — Georges Marinesco, Bucarest.  
(Pathogénie de certaines encéphalo-myélites à ultra-virus).
  3. — J. G. Greenfield, Londres.  
(Anatomia patológica geral de infeções agudas do sistema nervoso).
  4. — August Wimmer, Copenhague.  
A clínica geral no estudo das infeções agudas do sistema nervoso.
  5. — H. Pette, Alemanha.  
(Raiva. Doenças de Borna. Parálisia de Landry).
  6. — André Thomas, Paris.  
(Zona — infeções herpéticas).
  7. — L. Van Bogaert, Antuérpia.  
(Encefalite vacinal, encefalite vari-celular).  
(Casos não classificáveis).
  8. — V. M. Buscaino, Catânia.  
(Problemas de psiquiatria e biologia em relação com as infeções agudas do sistema nervoso).
  9. — Notas finais pelo Prof. Georges Guillain.
4. — *O papel de trauma na produção de sintomas nervosos.*  
Programa organizado pelo Prof. O. Rossi, Pavia.  
Sessão da manhã — Sexta-feira, 14 de Setembro.
1. — Prof. Rossi.  
(Importância e limitações do assunto. Discussão geral).
  2. — Charles P. Symonds, Londres.  
Diagnóstico e tratamento dos estados cerebrais post-comocionais.
  3. — Jean Lhermitte, Paris.  
(Comoção da espinhal medula).
  4. — Arthur von Sarbó, Budapest.

(Traumatismo dos nervos periféricos).

5. — O. Verauguth, Zurich.

(Papel do traumatismo na etiologia de algumas doenças nervosas — tumor cerebral, esclerose lateral amiotrófica, esclerose em placas, etc.).

6. — P. Rio del Horteiga, Espanha.

(Trocas traumáticas na glia como explicação de algumas perturbações de funções nervosas).

7. — F. Naville, Suissa.

(Efeitos de alguns traumatismos especiais).

8. — Smith Ely Jelliffe, Nova York.

(Nível psicológico no traumatismo do sistema nervoso).

A organização dos programas das sessões da tarde será provavelmente completada nos princípios de 1931 e definitivamente anunciados o mais depressa possível. Os presentes planos do programa do *Comité* Executivo para as sessões do congresso serão afixados todas as tardes na sede do congresso.

Se contudo o número de comunicações que tenha de ser apresentado fôr muito extenso, dividir-se hão por várias secções sob novas presidências em sessões da tarde. Os membros do congresso poderão assim escolher as sessões em que tenham especial interêsse.

Os congressistas têm possibilidade de encontrar todas as indicações que lhes fôrem precisas durante as digressões marcadas pela casa Cook nas cidades de Paris (Prof. Guillain), Amsterdam (Prof. Brouwer), Zürich (Profs. Maier e Minkowski), Pavia (Prof. Rossi ou qualquer dos congressistas inscritos).

*Bernard Sachs* (President).

*Henry Alsopo Riley* (Secretary-General).

\*

\*

\*

## Universidade de Paris — Faculdade de Medicina

Ano escolar de 1930-1931

Curso de Férias, Revisão e Aperfeiçoamento

Cadeira de Hidrologia e de Climatologia Terapêutica

PROFESSOR MAURICE VILLARET.

Curso de Aperfeiçoamento (Páscoa 1931)

(20 de Abril a 3 de Maio)

Sob a direcção do Professor MAURICE VILLARET, médico do Hospital Necker.

*A terapêutica médica e hidrológica nas doenças do aparelho digestivo, fígado e nutrição, em favor das recentes aquisições da clinica e do laboratório.*

Esta digressão de férias, essencialmente prática, começará na segunda-feira 20 de Abril de 1931, às 9 horas, no Hospital Necker (Amphiteatro Guyon



e Sala Delpech), com a colaboração dos Srs. Henri Bénard, agregado, médico dos hospitais; Henry Bith, antigo director de clínica da Faculdade, assistente do serviço; François Moutier, Saint Girons, directores do laboratório da Faculdade, e Justin-Besaçon, director de clínica e do laboratório de hidrologia e climatologia terapêuticas da Faculdade.

Terá lugar regularmente, de manhã às 9 horas; de tarde às 14 horas e 30 minutos e às 16 horas.

Abrangerá 36 lições, e terminará dentro de duas semanas.

Pelo professor Maurice Villaret e pelo Dr. Henry Bith, com o auxílio do Dr. Brunet, assistente radiológico do serviço, far-se hão às 11 horas, depois da aula da manhã e durante a visita às enfermarias, exames junto do leito do doente e demonstrações radiológicas, complemento do ensino no anfiteatro.

Distribuir-se hão a cada aluno somários detalhados, resumindo cada lição.

Organizar-se há uma viagem de estudo hidrológico, nos dias 2, 3 e 4 de Maio, a Vichy.

Os alunos dêste curso e dos outros de férias, que desejem tomar parte, deverão inscrever-se com antecedência no laboratório de hidrologia e climatologia terapêutica, na Faculdade de Medicina, procurando o Sr. Roger Éven, chefe de laboratório adjunto, que lhes indicará o programa, detalhadamente, e as condições da viagem.

As inscrições são limitadas.

No fim dêste curso será entregue aos alunos um certificado.



## Médicos municipais

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Ministro do Interior

Lisboa.

A Associação dos Médicos Portugueses, de colaboração com a Associação Médica Lusitana e Associação dos Médicos do Centro de Portugal, vem solicitar a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para a situação económica dos médicos municipais.

A estes funcionários é abonado o vencimento mínimo líquido melhorado de 450,000 mensais, nos termos do artigo 28.º do decreto-lei n.º 12.477 (*D. G.*, I série, de 19-XI-926), não chegando a quasi totalidade dos municípios a pagar mais de 600,000; como máximo.

Ora, posteriormente, foi fixado como mínimo aos médicos veterinários municipais o vencimento mensal líquido de 942,750, ou sejam 5/6 dos vencimentos dos médicos veterinários subalternos do Ministério da Agricultura, nos termos do artigo 7.º do decreto-lei n.º 16.131.

Sem querermos apreciar se os vencimentos dêstes últimos funcionários estão conforme a sua categoria e o seu trabalho, afigura-se-nos, porém, que os nossos colegas municipais, se não devem ter uns vencimentos mais eleva-

dos, pelo menos deveriam ser iguais aos dos veterinários, para que não fiquem em condições de inferioridade.

Não faltam razões para que assim venha a ser:

1.º — Os médicos municipais têm muito serviço grátis (doentes pobres, serviço de justiça, etc.).

2.º — Têm pulso livre, sujeito a tabela camarária, quasi sempre irrisória.

3.º — Os encargos dos médicos municipais em regra são pesados, para fazerem o seu aperfeiçoamento clínico (montagem de consultórios, livros, revistas, instrumental, etc.).

4.º — Nalgumas câmaras os médicos ganham menos que o tesoureiro ou o chefe da secretaria.

5.º — O argumento de que fazem clínica é muito pouco sólido, porque a clínica é sempre bastante contingente e não pode dar, de forma alguma, uma receita certa que lhes assegure a sua manutenção.

Ainda a propósito de tabelas camarárias para o serviço clínico, seria da máxima vantagem, para os médicos e para as próprias câmaras, que nunca pudessem ser elaboradas sem o parecer das associações médicas do país.

É este pedido, junto ao que se refere à melhoria dos vencimentos dos médicos municipais, uma das nossas aspirações, na certeza de que assim será feita justiça a êsses nossos colegas que depauperam a saúde e às vezes perdem a vida na dura e ingrata clínica rural, por êsse país fora.

Lisboa, 12 de Fevereiro de 1931.

Pela Associação Médica Lusitana,  
*Alberto Nogueira Gonçalves.*

Pela Associação dos Médicos do Centro de Portugal,  
*Maximino Correia.*

Pela Associação dos Médicos Portugueses,  
*Thiago Marques.*

\*

\*

\*

## Faculdades de Medicina

### De Coimbra

Para a regência das disciplinas do curso de Climatologia e Hidrologia, de Coimbra, foram nomeados os seguintes professores da Faculdade de Medicina: Prof. Lúcio Martins da Rocha, Fisioterapia; Prof. João Serras e Silva, Higiene, Hidrologia e Climatologia; Prof. António Luís de Moraes Sarmiento, Hidrologia geral; Prof. F. A. Cunha Guimarães, Terapêutica hidrológica, Terapêutica hidrológica e climatérica,

## De Lisboa

O Prof. Henrique de Vilhena foi nomeado director da Biblioteca da Faculdade.

## Hospitais Cíveis de Lisboa

No dia 12 do mês de Fevereiro abriu o Serviço n.º 7 do Hospital de Santo António dos Capuchos, com enfermarias para doentes de olhos. O serviço é dirigido pelo Dr. Borges de Sousa, tendo como assistentes os Drs. Costa Santos e Medeiros de Almeida.

— Tomaram posse dos lugares de internos do 2.º ano, dos Hospitais Cíveis de Lisboa, os seguintes médicos, aprovados no último concurso: para Clínica médica, João de Oliveira Machado, Fernando da Silva Araújo, Tomás Nunes da Mota, Carlos Horácio Gomes de Oliveira, João Cândido da Silva Oliveira, Aníbal Bettencourt Correia Mendes, João da Piedade Guerreiro, José Pedro Medina, Aurélio de Sousa, Octávio Gomes da Silva, Fernando Belo Pereira, Pedro de Almeida Lima, Benjamim Jorge Mendonça Santos; e para Clínica cirúrgica, Jorge Nunes da Silva Araújo, José Lopes Silvério, Fernanda Santa Clara Pinto Ferreira, Tito Serra Simões, Luís Vasconcelos Arruda, Manuel Cândido Faria Monteiro, Roberto da Fonseca, Luciano Ravara Lôbo Alves e Daniel Rodrigues Monteiro.

— No Hospital do Rêgo foi inaugurado o pavilhão n.º 7 para tuberculosos.

## Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 13 de Fevereiro foi a seguinte a ordem da noite:

Discussão sobre o tratamento da asma, em continuação da sessão anterior;

Apresentação de radiografias, pelo Dr. José Caldas;

Obliteração da íliaca externa subsequente a trombose auricular por possível apêrto mitral, pelos Drs. Aníbal de Castro e Gorjão Henriques;

Notas sobre alguns casos de pancreatite crónica, pelos Prof. Reinaldo dos Santos e Dr. Fernando de Lacerda.

Na sessão do dia 28 de Fevereiro apresentaram-se os seguintes trabalhos:

O Dr. José Caldas mostrou radiografias de doentes em quem se fez a aortografia.

O Dr. Cancela de Abreu fez considerações sobre as pancreatites crónicas.

O Prof. Lopo de Carvalho fez uma comunicação sobre «a visibilidade dos vasos pulmonares — primeiros ensaios de angio-pneumografia», resultado dos trabalhos executados em colaboração com o Prof. Egas Moniz e o Dr. Almeida Lima. Sobre este assunto falou o Prof. Reinaldo dos Santos.

O Dr. Jorge Monjardino tratou dos riscos ligados às intervenções cirúrgicas. Pronunciou-se sobre o assunto o Prof. Roberto Chaves.

Por último, o Prof. Reinaldo dos Santos falou acerca da anestesia intravenosa pela avertina a 3 %.

### Sociedade Portuguesa de Biologia

Reünio-se no dia 25 de Fevereiro a Sociedade Portuguêsa de Biologia, tendo presidido o Prof. Sílvio Rebêlo.

O Prof. Celestino da Costa, antes da ordem da noite, propôs um voto de sentimento pelo falecimento do Prof. Brachet, eminente biologista belga.

O Prof. Lopo de Carvalho apresentou duas comunicações sobre os trabalhos realizados em colaboração com o Prof. Egas Moniz e o Dr. Almeida Lima, intituladas «A circulação venosa do pescoço e a descarga venosa do encéfalo» e «A sensibilidade das veias do pescoço e da aurícula direita».

O Dr. Anselmo Cruz relatou as experiências feitas com Kurt Jacobsohn sobre a hidratação biológica do ácido fumárico aplicado aos cereais: trigo, arroz, milho, centeio e cevada.

O Dr. Meleiro de Sousa apresentou as conclusões do seu estudo da fisiologia da anestesia raquidiana.

O Prof. Joaquim Fontes respondeu às críticas do Dr. Wordon sobre os seus trabalhos acerca da existência de uma substância ocitócica no sangue das mulheres em trabalho de parto. Sobre este assunto falaram o Prof. Celestino da Costa e o Dr. Toscano Rico.

Os Drs. Alfredo Ramalho e Gonçalves da Cunha fizeram duas comunicações sobre a biologia da sardinha, de colaboração com o Sr. Bôto, e sobre a anatomia dos sectários do peciolo da fôlha do «*recinus communis*».

### Academia das Ciências de Lisboa

Na sessão de 19 de Fevereiro, o Prof. Sabino Coelho proferiu uma comunicação sobre «Patriotismo» e o Prof. Egas Moniz uma sobre «Visibilidade, aos raios X, dos vasos pulmonares, obtida por injeção de líquido opaco na aurícula direita», executada juntamente com o Prof. Lopo de Carvalho e o Dr. Almeida Lima.

### Maternidade de Magalhães Coutinho

No dia 5 de Fevereiro foram inaugurados os serviços da Maternidade Magalhães Coutinho no edificio do extinto Hospital de S. Lázaro, onde esteve instalada a Escola de Enfermagem.

O director da Maternidade é o Prof. Costa Sacadura, que tem como assistentes os Drs. Freitas Simões e Joaquim Fontes e como internos os Drs. D. Pedro da Cunha e Cabral Sacadura e as médicas Dr.<sup>as</sup> D. Maria Leão e D. Deolinda Dias.

\* \* \*

### Maternidade Dr. Alfredo Costa

Esta Maternidade foi visitada pelo Ministro da Instrução, que foi acompanhado na visita pelos Profs. Augusto Monjardino e Costa Sacadura.

\* \* \*

### Prof. Silvio Rebêlo

O Prof. Silvio Rebêlo realizou na Sociedade Farmacêutica Lusitana uma conferência subordinada ao título «Métodos de aferição biológica dos medicamentos».

\* \* \*

### Urologistas espanhóis

Estiveram em Lisboa os urologistas espanhóis Drs. Leonardo de la Peña e Isidro Sanchez Covisa, que vieram propositadamente assistir à cerimónia da entrega, pelo Embaixador de Espanha, aos médicos portugueses que tomaram parte no Congresso de Urologia de Madrid, das condecorações com que foram agraciados.

\* \* \*

### Higiene escolar

Foi encarregado da regência interina da cadeira de Higiene escolar da Faculdade de Letras de Lisboa o Dr. Carvalho Dias.

\* \* \*

### Bólsas de estudo

Aos Drs. Arnaldo de Almeida Dias, Aníbal Cardoso e Cunha e Armando Cardoso Jorge foram concedidas bólsas de estudo e ampliada a do Dr. Luís Adão.



## Exercício da medicina

Pelos delegados das Associações dos Médicos Portugueses, Médica Lusitana e dos Médicos do Centro de Portugal foi entregue ao Ministro do Interior um projecto de lei regulando o exercício da medicina em Portugal.

Estabelece o projecto que apenas é permitido o exercício da medicina, em todo o território português, aos médicos diplomados pelas Faculdades de Medicina e antigas escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Pôrto.

Os farmacêuticos não podem fornecer medicamentos destinados a uso público sem receita médica ou sem prescrição de dentistas e parteiras, afora os permitidos pela lei, nem proceder a tratamentos de cirurgia, salvo em casos de averiguada urgência.

É proibido aos directores e proprietários de laboratórios, depositários e negociantes de produtos e especialidades farmacêuticas e aos droguistas, ministrarem ou venderem directamente ao público medicamentos e ainda fazerem na imprensa não médica, ou por qualquer outro processo, o seu reclamo ou de meios de tratamento.

## Necrologia

Faleceram, em Lisboa, o Dr. Caetano Maria Ferreira Beirão, antigo sub-director do Hospital de Rilhafoles e director dos serviços médicos externos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; nas Caldas das Taipas, o Dr. Alexandre Fernandes; e nas Caldas da Rainha, o Dr. Henrique dos Santos Pinto.



## *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 colagógos

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 Bills  
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

**Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico**

# **HORMOVARINE BYLA**

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

**Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.**

Em caixas de 6 empólas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

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

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

GIMENEZ-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 minimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com 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.<sup>o</sup>

LISBOA

Sal

Est.

Tab

N.º