



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

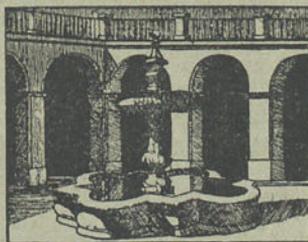
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,  
Henrique Parreira*

SECRETARIO DA REDACÇÃO

*A. Almeida Dias*

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, Morais David, Fernando Fonseca,  
António de Menezes e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio  
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

**TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE**

Depositarios para Portugal e Colonias

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

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

Muitos *Strophantus* são inertes, as tinturas são infeis; 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 — R. PHARMACIAS.

# CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —  
**TONICO RECONSTITUINTE DE**  
— **GRANDE PODER NUTRITIVO**

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral, Afecções  
nervosas, Tuberculoses e convalescências —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

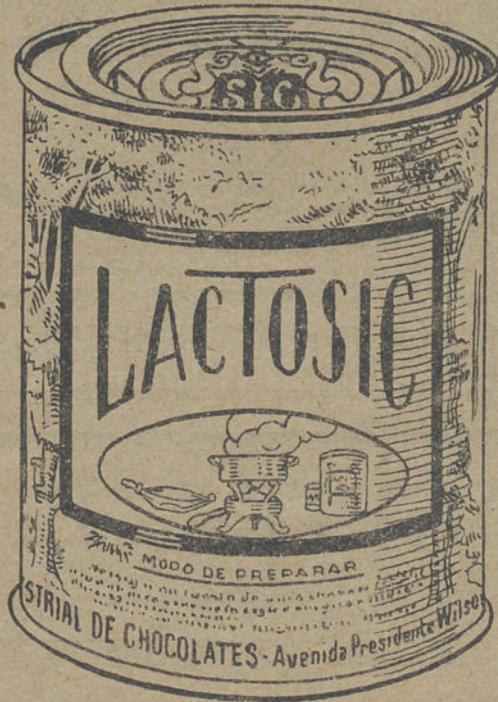
Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup> — LISBOA

Sala B  
Est. 3  
Tab. 1  
N.<sup>o</sup> 44

LISBOA MÉDICA

# LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

# BISMUTHOIDOL

## "ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.  
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 4748  
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>-R. Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

DAVITA, L.<sup>DA</sup>

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.º

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

**ALIMENTOS  
E ESPECIALIDADES ALLENBURY'S**

DE REPUTAÇÃO MUNDIAL

**ALIMENTOS LÁCTEOS**, qualidades adaptadas às idades.  
**BIBERONS**, do melhor modelo, bico e válvula transparentes.

**BISCOITOS**, para o desmame e dentição.

**CARNE LÍQUIDA**, fortificante concentrado.

**DIET**, para doentes, dispepticos e velhos.

**EXTRACTO DE MALTE** do mais puro.

**FARINHA PARA DIABÉTICOS**.

**FRUITINE**, sais de frutos.

**HEMOGLOBINA «BYNO»**, fácil de tomar e assimilar.

**INSULINA «A. B.»**, para a diabetes.

**OLEO DE FÍGADO DE BACALHAU** com malte.

**OLEO DE RÍCINO** especial.

**PARAFINA «CHRISMOL»**, contra a prisão de ventre.

**PASTILHAS** de mentol e eucalipto, para a garganta.

**SABONETE ESPECIAL** para crianças.

**TETINAS E VÁLVULAS** para os biberons.

**ESPECIALIDADES COM MALTE**, etc., etc.

FOLHETOS GRÁTIS AOS EX.<sup>MOS</sup> CLÍNICOS

Representante em PORTUGAL de ALLEN & HANBURY'S, LTD., de Londres:

**COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup>** — R. Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

Agente no PORTO:

**MANUEL P. SILVA**, R. das Flores, 114

Agente em COIMBRA:

**Centro Comercial de Drogas**, R. Ferreira Borges, 34, 1.<sup>o</sup>

TERMÓMETROS CLÍNICOS HICKS

OS MAIS APRECIADOS PELOS MÉDICOS

**N.<sup>o</sup> 2**, prismático, Um minuto — **N.<sup>o</sup> 3**, prismático, Meio minuto

Canetas de tinta permanente com termómetro, etc.

Tabelas de preços grátis. Representante geral:

**COLL TAYLOR, LDA.** R. Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> — LISBOA — Telefone C. 1386



Licor iodo-ferro-albumínico inalterável. De composição constante  
Paladar agradável

**INDICAÇÕES:**

Escrófulas, Raquitismo, etc., especialmente no tratamento  
da sífilis. Empregada com grande êxito como:

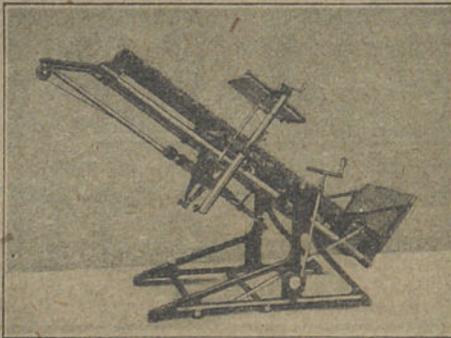
Poderoso tónico na prática obstétrica

Frascos originaes de cêrca 250 gramas

Literatura e amostras grátis aos Srs. Médicos

Representante Geral e depositário para Portugal:

**ALFREDO CAST & C.<sup>IA</sup>** - RUA LISBOA AUREA, 140



Os melhores aparelhos de

**Raios X**

Electromedicina

Electrodentaria

são os da

**Siemens-Reiniger-Veifa**

O melhor instrumental CIRURGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR é o da  
**casa M. Schaerer S. A., de Berne**

Agentes exclusivos para Portugal:

**J. Roma, L.<sup>DA</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA**

INSTITUTO PORTUGUÊS  
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

---

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 4636

---

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS

PROVADAMENTE POBRES

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

**VANTAGENS:** Injecção subcutanea sem dór.  
Injecção intramuscular sem dór.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

DEPOSITÁRIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

# PHAGOLYSINE

TUBERCULINOTERAPIA POR VIA BUCAL

ENDOTINE em elixir do Prof. Gábrilovitch

Ex-médico director aos Sanatórios Imperiais da Halila (Finlandia).

Membro correspondente

da Academia das Ciências de Petrogrado

Modificador específico do «terreno», a PHAGOLYSINE

é a medicação por excelência

dos estados que fatalmente conduzem à tuberculose,

sob qualquer das suas várias formas

Únicos representantes para Portugal e Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, 2.<sup>o</sup> R. Santa Justa  
LISBOA

# CHINOSOL

Antiséptico, solúvel na água, de acção intensa e desinfectante de efeito antiparasitário poderosíssimo.

Este produto é hoje utilizado em toda a Alemanha, Inglaterra, América do Norte e muitos outros países, por toda a classe médica e também usado em todas as casas particulares por não ter os inconvenientes do sublimado corrosivo e de outros desinfectantes. Mereceu a honra de obter uma medalha de ouro na recente exposição de produtos farmacêuticos realizada por ocasião do Centenário das Escolas Médicas de Lisboa e Porto.

Utilizado no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

Depositários exclusivos: **RAÚL VIEIRA, Limitada**

**Rua da Prata, 51 — LISBOA**

Telefone **3586** Central



# Verodigeno

PRINCÍPIO ACTIVO DE DIGITALIS

**Administração bucal, rápida absorção**

Indicado em todos os estados de:

**Afecções cardíacas,  
adinamia circulatória**

Tubos com 12 e 25 comprimidos de 0,8 mgr. c/u.

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

Depositários gerais para todo o Portugal:

**ALFREDO CAST & C.<sup>A</sup>, Rua Aurea, 140, LISBOA**

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

# ARHÉOL

$C^{15} H^{26} O$



Principio activo da Essencia de Sandalo  
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Pylonephrite.  
Catarro vesical.

# KOLA ASTIER

GRANULADA



Antineurasténico. Regulador do coração  
Gripe. Astenia. Surmenage.  
Convalescença das doenças infecciosas

# NÊO-RIODINE

$C^3 H^6 O^4 + 1 \frac{1}{2} Na$

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44 % de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venozas.  
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

**NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO**

*Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.*

# RIODINE

$(C^{18} H^{33} O^3)_3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado  
Ether glicerico  
iodado do acido  
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

Composto definido e estavel  
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia  
após as refeições.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup> Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>As modernas ideias na patologia da tuberculose pulmonar</i> , por Pulido Valente .....	pág. 169
<i>Dois casos de calculose da uretra prostática</i> , por Alberto Gomes .....	" 181

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	" 197
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	" 215

## AS MODERNAS IDEIAS NA PATOLOGIA DA TUBERCULOSE PULMONAR (1)

por

PULIDO VALENTE

Professor de Clínica Médica na F. M. L.

Meus senhores:

Pensei que poderiam ter interesse em ouvir expor sumariamente e com uma orientação crítica como tem evoluído nos últimos quinze a vinte anos a patologia geral da tuberculose pulmonar. Quem, tendo sobre o assunto as ideias correntes quando há quinze anos concluí o meu curso, vá ler os escritos da especialidade publicados nos países de língua alemã e que começam a ter eco nas outras literaturas, poderá acreditar que prodigiosas descobertas revolucionaram este capítulo e uma nova patologia substituiu a de outrora. Houve, é certo, uma revolução; profunda nas palavras, bastante mais superficial nos factos. Mas, em suma, alguns factos novos foram revelados e há novas maneiras de encarar os antigos, e de tudo isto queria dar-lhes sucinta notícia, só no que respeita às questões fundamentais, porque para mais não teria eu tempo, nem V. Ex.<sup>as</sup> paciência.

Assim, entrando desde já no assunto, ponhamos os quesitos fundamentais de uma patologia geral da tuberculose pulmonar e vejamos como se lhes pode hoje responder.

(1) Conferência realizada no Hospital Escolar por ocasião do Centenário da Régia Escola de Cirurgia.

Comecemos pela origem da infecção. ¿ Nasce o doente infectado? E, se nasce, ¿ é o bacilo transmitido com o germen? ¿ Ou passa da mãe ao filho durante o desenvolvimento intra-uterino? A possibilidade da infecção germinativa, que quer dizer, a da transmissão do bacilo com o espermatozóide ou o óvulo, parece poder ser excluída em face das experiências. Mas a passagem do agente da mãe ao feto através de uma placenta tuberculosa e mesmo de uma placenta normal foi constatada nas experiências e pela observação clínica. Todavia os casos publicados de averiguada tuberculose congénita não vão além de algumas dezenas. Evidentemente dizem respeito a lesões tuberculosas constatadas à nascença; mas poderia admitir-se que muitos outros recém-nascidos viessem infectados e só mais tarde revelassem a tuberculose.

Contra esta possibilidade fez-se valer como argumento decisivo até há pouco o facto da reacção à tuberculina ser geralmente negativa durante os três primeiros meses de vida. Hoje sabemos porém que o microbismo latente na tuberculose pode ir não só até à ausência de lesões anatómicas e histológicas nos tecidos infectados, mas até à falta das próprias reacções de imunidade pelo menos durante alguns meses. O grande argumento contra a tuberculinização do recém-nascido, a negatividade da tuberculino-reacção, não tem hoje pois o valor de uma prova, e a questão da frequência da infecção congénita não pode considerar-se resolvida de uma forma cabal. Convicção dominante é, porém, que a tuberculose, na quasi totalidade dos casos, é uma doença adquirida na vida extra-uterina e assim será para a tuberculose pulmonar, de que hoje tratamos.

Admitamos pois que o doente contraíu a infecção depois de nascido. De onde vem ela? Quando há aproximadamente quinze anos deixámos os bancos da velha Escola o maior número responderia com a doutrina de Behring, que tudo resolvera. A tuberculose pulmonar seria a metástase tardia de uma infecção infantil adquirida por via digestiva pela ingestão do leite infectado proveniente de vacas tuberculosas. Temos ainda no ouvido as palavras de Behring: *A tísica do adulto não é mais do que o final da canção com que elle foi embalado no berço.*

De então para cá aprendemos a distinguir entre o bacilo humano e o bacilo bovino. Os caracteres morfológicos e culturais e a patogeneidade em relação às espécies obrigam-nos a conside-

rá-los dois tipos autónomos irreductíveis, e tôdas as tentativas de demonstração de culturas mixtas e de transformação recíproca não teem conseguido abalar a tese da dualidade.

Ambos os tipos infectam o homem. Considerando uma média de tôdas as estatísticas de valor, podemos tomar a percentagem 10 % como a freqüência do tipo bovino na tuberculose infantil. Quere dizer que, mesmo na tuberculose infantil e mesmo nas tuberculosas ganglionar, abdominal e ósteo-articular da infância, que são aquelas em que mais vezes se encontra o tipo bovino, a freqüência do bacilo humano é ainda nove vezes maior. Mas as estatísticas mostram que na tuberculose pulmonar do adulto o bacilo bovino aparece apenas em 0,5 % dos casos; praticamente a tuberculose pulmonar do adulto humano é de origem humana, e eis um facto sólidamente estabelecido.

O bacilo que infecta o candidato à tuberculose pulmonar provém pois do homem tuberculoso. Mas ¿ por que via se infecta o futuro doente? De que a matéria virulenta seja quasi exclusivamente o escarro, e o principal vector da infecção as poeiras por elle infectadas, não pode concluir-se que a via de infecção haja de ser o pulmão. As poeiras são não só inaladas, mas deglutidas, e na própria cavidade bucal e nas anexas o agente pode penetrar e infectar os tecidos, e o facto dá-se com uma relativa freqüência para as amígdalas. Neste capítulo a patologia da tuberculose fez uma aquisição importante quando aprendeu a distinguir entre *porta de entrada* e *lesão primária*. Com effeito pôde supor-se anteriormente que na porta de entrada o agente deixaria sempre rastro sob a forma de lesão específica. Hoje sabemos que o bacilo pode atravessar os epitélios sem os lesar e que se encontra virulento em gânglios que não oferecem lesões histológicas. O problema da via de infecção em relação à tuberculose pulmonar deve pôr-se da seguinte forma: ¿ O pulmão é infectado directamente por inalação ou é infectado por via circulatória, tendo o bacilo entrado em outro ponto do organismo?

A observação da tuberculose pulmonar do adulto revela um facto que durante muito tempo sugeriu a origem broncogénia ou inalatória da infecção. É o início das lesões pulmonares pelo vértice. O vértice é a parte menos ventilada do pulmão, há aí estase do ar que favorece o depósito de poeiras e também dos agentes animados, e tôdas as circunstâncias anatómicas e funcionais que

diminuem a ventilação apical parecem aumentar a freqüência da infecção tuberculosa dos vértices. Bacmeister demonstrou porém em animais que a localização apical isolada tanto pode obter-se fazendo inalar bacilos como injectando-os a distância na circulação. As mesmas condições que determinam a estase do ar no ápice e a consecutiva infecção por inalação, motivam simultaneamente uma estase circulatória apical e a correlativa infecção por via circulatória.

Da observação clínica, das experiências, e, digamos, do exame histológico, só se conclui que a tuberculose apical do adulto tanto pode fazer-se por via brônquica como por via vascular.

Mas de uma outra forma de tuberculose pulmonar, da lesão tuberculosa inicial do pulmão infantil, podemos considerar estabelecida a origem inalatória.

Há cinqüenta anos Parrot chamava a atenção para um quadro quasi sempre indagnosticado de tuberculose infantil que as autópsias lhe revelavam com uma extrema freqüência. É um foco pulmonar isolado acompanhado de adenite secundária regional dos gânglios brônquicos e traqueo-brônquicos. Vinte anos depois o alsaciano Kuss, seu discípulo, confirmava e desenvolvia as ideias do mestre, concluindo da observação das lesões pulmonares e gangliares que a lesão pulmonar deve ser, não só primitiva, mas adquirida por inalação do agente.

Estes trabalhos, de um alto valor, caíram em esquecimento e os estudantes do meu tempo sabem bem que pudemos atravessar o nosso curso sem ouvir falar nêles.

Assim sucedeu por tôda a parte até que Albrecht e Ghon, e principalmente o último, de novo se ocuparam do assunto. O trabalho do prof. Artur Ghon, de Praga, foi publicado em 1912 e, em poucas palavras, é o estudo macroscópico de muito numerosos cadáveres de criança sob o ponto de vista da lesão pulmonar primitiva, das suas relações com a adenite traquiobrônquica e com as outras lesões tuberculosas coexistentes. Conclui confirmando integralmente as ideias de Parrot e de Kuss e deixando estabelecida, não só a extraordinária freqüência do acidente primário pulmonar, que encontrou em mais de 90 % dos cadáveres de crianças, mas a origem inalatória da infecção.

Este trabalho, hoje clássico, ressuscitou de vez o assunto, que desde então tem sido tratado por numerosos investigadores. Descreveram-se a esta lesão tuberculosa primitiva anatomia e histologia especiais e mesmo uma cicatriz característica, e sustentou-se que os seus caracteres não provinham de particular reacção do pulmão infantil, pois quando o indivíduo se infecta pela primeira vez na idade adulta faz uma lesão pulmonar e uma cicatriz do mesmo tipo, o que quer dizer que êste depende da virgindade do terreno e não da sua idade. Finalmente mostrou-se que nos poucos casos em que a lesão primitiva se não encontra no pulmão, pode aparecer em outros órgãos com os sinais que a identificam.

¿ O que vem então a ser esta lesão pulmonar primária ?

Sabem que os tecidos infectados pelo bacilo de Koch podem responder ao seu ataque com duas formas reaccionais distintas. Uma vez é uma inflamação exsudativa constituída por um exsudado fibrinoso em que banham algumas células de infiltração e de descamação ; outras vezes é uma neoformação celular sob a forma de folículos tuberculosos.

São os dois tipos, *exsudativo e produtivo*, da reacção tuberculosa, conhecidos desde os trabalhos de Virchow e Orth e aos quais Aschoff e a sua escola se tem applicado a reduzir todo o aparente polimorfismo lesional do pulmão tuberculoso.

Do ponto de vista morfológico, a lesão pulmonar primária que Parrot, Kuss e Ghon descreveram é um foco lobular exsudativo de localização vária, mas não apical.

Segundo Puhl, a cicatriz característica dêste primeiro foco tuberculoso é ainda indenticável em mais de 90 % dos cadáveres de adulto. Assim a quasi totalidade dos indivíduos da nossa espécie faria na infância uma infecção pulmonar clinicamente ignorada.

A tuberculose pulmonar clínica e infantil com seu carácter de difusão e sua tão freqüente malignidade, essa teria outro *substratum* anatómico que se desenvolve do acidente primário quando êle não cicatriza. Então a infecção alastra a partir do foco pulmonar primário e da adenite regional. A infecção pulmonar por contigüidade invade regiões vizinhas, abre-se, e, por via brônquica, infecta distritos pulmonares a distância. Os gânglios para além dos regionais amolecem e fundem e a infecção pode propagar-se em tôda a extensão do aparelho linfático. Finalmente,

infecta-se a circulação sangüínea e surgem os focos de tuberculose hematogénea pura: as lesões ósteo-articulares, cutâneas, mucosas, genito-urinárias, nervosas, etc.

Há pois uma generalização da doença. O agente multiplica-se, difunde no pulmão, no aparelho linfático, invade o sangue, e aonde êle chega os tecidos reagem com lesões múltiplas do tipo exsudativo, que freqüentemente levam o doente à morte.

Mas não sempre.

Não sempre porque a generalização pode estacar e, dentro das lesões, a destruição rápida ser refreada. Os focos passam a evolucionar então sob a forma, difusa, é certo, mas tórpida e cronicante da escrofulose e das arrastadas afecções ósteo-articulares da infância e da puberdade.

Assim a doença depois de um período de expansão em que domina as fôrças de defesa, parece tender a acantonar-se em regiões limitadas. À tuberculose generalizada sucede a tuberculose localizada, a *tuberculose dos órgãos*. À medida que nos distanciamos do período de generalização, ao passo que nos aproximamos da idade adulta, a tendência à localização acentua-se, e o tipo mais puro e o mais freqüente da tuberculose dos órgãos é a tuberculose apical do adulto.

Segundo Aschoff, um terço dos adultos que cicatrizam em criança o acidente primário não torna a fazer outra lesão da mesma natureza. Os restantes dois terços fazem mais tarde lesões de tuberculose apical que em mais de metade dos casos cura também sem ter dado sinais clínicos. Só nos restantes casos se desenvolve a tuberculose pulmonar progressiva do adulto.

Mas, mesmo nestes casos, o carácter da doença opõe-se ao do período de generalização. O tipo anatómico é predominantemente produtivo, a destruição avança no órgão constantemente limitada e suspensa pelos processos de defesa que freqüentemente a dominam de vez. Agora que a extensão do processo é muito maior do que no acidente primário, a adenopatia regional é nula ou mínima. É verdade que o bacilo circula no sangue da tuberculose pulmonar crónica do adulto e o conhecimento dêste facto é até uma das nossas aquisições recentes; mas, contrariamente ao que sucede no período de generalização, não aparecem lesões metastáticas. A propagação das lesões faz-se dentro do pulmão por contigüidade e por via brônquica e, fora dêle, pela

traquea e pelo intestino, dando as lesões de laringite e de enterocolite específicas que são, com as localizações peritoneais e pleurais de vizinhança, as únicas complicações extra-pulmonares frequentes. A propagação sangüínea e linfática, regra no período de generalização, são aqui a grande excepção.

Sobre uma leitura assim feita da fenomenologia da tuberculose tal como ela se apresenta no doente e no cadáver, baseou Ranke a sua doutrina da evolução cíclica da tuberculose humana, formulada completamente na conhecida conferência de Munich, em 1911, e que desde então tem feito sucesso dentro e fora da Alemanha. Em que consiste?

Em admitir que, como na sífilis, a atitude reaccional do organismo se modifica durante a doença por acção do próprio agente, e que a um período primário em que a reacção é a de um terreno virgem sucede um período secundário de vivíssimas reacções alérgicas e por fim um período terciário com um carácter dominante de imunização.

A esta luz não mais podemos considerar a tuberculose pulmonar do adulto como uma doença autónoma instalando-se no indivíduo já com os seus caracteres completamente definidos, mas havemos de ver nela só a etapa derradeira de um longo processo de imunização cujo início vem dos princípios da vida extra-uterina: o *final da canção da primeira infância*. E, na verdade, já para Behring a tísica do adulto, que erradamente atribuía a infecção infantil pelo bacilo bovino, era condicionada na sua cronicidade e relativa benignidade por uma mutação do terreno no sentido imunitário.

De facto, das suas experiências, nós animais, bem como das de Koch, Römer e Baumgarten, parece dever concluir-se que uma primeira infecção confere ao organismo em experiência, pelo menos em alguns casos, estados de imunidade relativa, manifestando-se nas inoculações posteriores pela tendência à limitação do processo. E, citando factos há muito conhecidos e que hoje podem invocar-se em apoio da doutrina da evolução cíclica, não devemos esquecer as observações já antigas de Metschnikoff e Westenhöfer dizendo respeito a evolução aguda e maligna da tuberculose quando invade povos até então indemnes e cujos indivíduos não foram portanto imunizados na infância. Ultimamente, durante a

grande guerra, estas observações foram confirmadas por vários observadores. Assim, Aschoff, quando protector dos exércitos da Turquia, observou nas numerosas autópsias de camponeses da Anatólia, provenientes de regiões não infectadas de tuberculose e que vinham a tuberculizar-se ao contacto das tropas, os mesmos quadros anatómicos que estava habituado a constatar na tuberculose infantil em período de generalização.

Na teoria da evolução cíclica tal como Ranke a expôs e defendeu, tôdas as manifestações da doença, ainda as mais tardias, são determinadas por uma única estirpe bacilar. Como na sífilis, o agente que pulula nas lesões secundárias e terciárias seria ainda o puro descendente da geração parasitária que infectou o acidente primário. A tuberculose crónica apical do adulto representaria pois a metástase de uma remota infecção infantil e o agente iria ao vértice pela circulação.

A esta tese opõe-se a da *reinfectão* ou *superinfectão*, segundo a qual a tuberculose do ápice seria devida a uma ou mais infecções pulmonares por inalação num organismo imunizado pela infecção anterior, concepção que tem por si a realidade do contágio do adulto, permissa de medidas profilácticas geralmente adoptadas, confirmada pelas estatísticas e até pela própria bacteriologia.

De facto, dissemos que a infecção pelo bacilo bovino é freqüente na tuberculose das crianças e que se encontra em 10% dos casos. Se a tuberculose pulmonar do adulto fôsse sempre uma metástase directa ou indirecta da infecção primeira, a freqüência do tipo bovino devia ser aproximadamente a verificada nas crianças tuberculosas. Muito pelo contrário, vimos que o bacilo bovino é raríssimo na tuberculose pulmonar do adulto.

Por outro lado não pode negar-se a possibilidade de que alguns casos de tuberculose pulmonar do adulto sejam provenientes de metástases das lesões anteriores e certas observações convencem-nos de que assim sucede por vezes.

(Nesta altura da conferência foram analisadas a história clínica e a documentação radiológica de uma doente hospitalizada na 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, portadora de uma complexo primário e de lesões de tuberculose crónica do adulto. O conferente concluiu pela probabilidade da infecção metastática neste caso).

Voltamos portanto ao problema que nos interessou no co-

*Schering*

# CYLOTROPINA

INJECTÁVEL

Combinação de Urotropina salicilada e cafeína. Poderoso desinfectante das vias urinárias, de maior eficácia ainda nos casos mais rebeldes.

## INDICAÇÕES:

Cistites, pielites, prostatites, etc.

## OUTRAS INDICAÇÕES:

Profláctico eficaz contra a cistite depois das prostatectomias, durante o embarazo e o parto, assim como nos casos das enfermidades da medula espinal. Remédio quasi infalível contra a anúria post-operatória. Valioso auxiliar no tratamento da uretrite gonorreica posterior e poderoso desinfectante das vias biliares.

## EMBALAGENS ORIGINAIS:

Caixas com 5 ampolas de 5 c. c. para injeções intravenosas.  
Caixas com 5 ampolas de 5 c. c. para injeções intramusculares.

Para se precaver contra as imitações de inferior qualidade exigir sempre os preparados com a embalagem original SCHERING

Chemische Fabrik auf Actien  
(VORM. E. SCHERING.)  
BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

J. BURMEISTER, LISBOA, Rua Almeida Brandão, 11

Ex.<sup>mo</sup> Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura do

**CYLOTROPINA-SCHERING**

Nome : .....

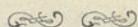
Enderêço : .....

Discurso sobre  
“A Arte de curar,”

*escrito e recitado por*

ANTÓNIO DE ALMEIDA

*na Abertura das Aulas de Cirurgia em o ano de 1815*



Reimpressão feita por ocasião do 1.º Centenário da

Régia Escola de Cirurgia  
de Lisboa

*Tiragem especial de 110 exemplares  
numerados e rubricados com capas especiais*

**Preço 15\$00**

PEDIDOS À

“Lisboa Médica,,

*Ex.<sup>mo</sup> Sr.*

*J. Burmeister*

*Rua Almeida Brandão, II*

*Lisboa*

mêço desta palestra quando versámos a questão da via de infecção do vértice, mas agora pôsto com muito maior amplitude. A solução actual que pessoalmente julgo verdadeira é que a infecção do ápice na tuberculose crónica do adulto é, por vezes, uma infecção endógena, sob a forma de metástase circulatória, outras vezes, uma infecção exógena, consistindo em uma ou várias reinfectões por via respiratória.

Feitas estas correcções, geralmente admitidas desde o Congresso de Manheim, em 1923, ¿ que valor podemos attribuir à doutrina de evolução cíclica?

Há que começar por fazer dentro dela a parte dos factos e a parte da hipótese. A patologia do acidente primário, a existência de quadros exsudativos generalizados, malignos, freqüentes na infância, e a sua opposição geral ao carácter mais benigno, crónico e localizado das formas tardias produtivas, entre as quais o primeiro lugar é o da tuberculose pulmonar crónica do adulto, tudo isto são aquisições positivas.

Mas a concepção da evolução cíclica é antes de mais uma teoria patogénica da tuberculose, e principalmente da tuberculose pulmonar crónica, uma teoria da *tisiogenese*.

A ideia central, que vem de Behring, é a de attribuir os caracteres particulares da tuberculose pulmonar crónica a uma mutação do terreno no sentido imunitário adquirida pela infecção anterior.

Sob esta forma muito geral nada há a objectar-lhe; mas a doutrina entra em conflito com os factos se a entendermos à letra no sentido de que o terciarismo só se atinge passando pelos dois períodos anteriores, e no de que há uma irreversibilidade dos estadios de sorte que nunca de um dêles se pode voltar para trás, condições de resto essenciaes à definição de uma autêntica evolução cíclica.

A observação mostra que o terciarismo se atinge em muitos casos a maior ou menor intervalo do acidente primário, sem passagem pelo secundarismo, como se aqui a imunização fôsse obra exclusiva da lesão inicial. E, quanto à irreversibilidade, todos os que fazemos clinica da tuberculose pulmonar crónica sabemos que não são extremamente raros os casos em que sobrevêm metástases sangüíneas e linfáticas que a transformam no quadro de um secundarismo caracterizado por aquele traço que para Ranke lhe é essencial: as metástases circulatórias.

Ranke, como Aschoff e von Hayek, os três nomes mais cotados da tuberculologia actual, esforçam-se por introduzir e consolidar a noção de *alergia histológica*, querendo com isto significar que o estado imunitário, que sempre se caracterizou em patologia geral pela evolução clínica e pelas reacções humorais, tem também, ao menos na tuberculose, sinais histológicos. Assim, na evolução cíclica da tuberculose humana, que é afinal, no pensamento dos seus expositores, uma evolução cíclica das condições de imunidade, deve constatar-se a sucessão dos índices histológicos correspondentes. Ora a expressão anatómica da má defesa, da hipersensibilização aos tóxicos bacilares, é o tipo exsudativo, a da imunização, o produtivo, e assim vemos Aschoff insistir a cada passo no carácter exsudativo das lesões primária e sobretudo secundárias e no predominantemente produtivo das terciárias.

Mas aqui também a irreversibilidade se não verifica. Frequentemente quadros exsudativos puros como a pneumonia caseosa se instalam num pulmão que é sede de lesões produtivas típicas e, por outro lado, no acidente primário, como o próprio Ranke o afirma, só muito inicialmente há predomínio da exsudação, em breve predominam os fenómenos produtivos, chegando-se rapidamente, na grande maioria dos casos, áquelas cicatrizes características, calcificadas, ossificadas, que são o tipo mais extreme da produtividade inflamatória e portanto da imunização, se uma é o sinal da outra.

Dos três períodos em que a teoria divide a história natural da tuberculose, o primário tem certamente existência patológica, mas não clínica. Tudo quanto nos é dado observar e diagnosticar na clínica da tuberculose tem que ser arrumado no terciarismo ou no secundarismo. É certo, como já disse, que muitos casos clínicos podem ser incluídos sem hesitação numa ou outra das categorias, mas para numerosos quadros da tuberculose médica e cirúrgica os característicos em relação aos períodos não são nítidos, o que leva os que teimam em considerar a concepção abrangente de todos os casos a classificá-los ora no secundarismo, ora no terciarismo.

O caso da granúlia pura de tubérculos cinzentos merece ser particularmente considerado. Pelo carácter histológico proliferativo típico é uma forma terciária e portanto expressão morfoló-

gica de um terreno imunizado. Mas, pelo poder máximo de difusão, formação rápida de metástases circulatórias, e por sua malignidade sem par, deveria considerar-se uma forma secundária possuindo no mais alto grau os expoentes do secundarismo. Por outro lado sabemos que pode complicar um quadro secundário ou terciário, como se as condições imunitárias fôsem as mesmas, ou fôsem estranhas ao seu condicionamento.

Um dos corifeus da escola, Aschoff, resolve a questão afirmando que a granúlia é a conseqüência sempre necessária da irrupção circulatória de uma grande massa de bacilos, porquanto, perante a intensidade e a via do ataque, o organismo tem que responder com o quadro maligno da generalização, se bem que o terreno esteja sempre imunizado, como a formação ubiquitária de tubérculos irrecusavelmente demonstra, se bem que, portanto, a forma seja terciária.

Ora, que a descarga na circulação de um grande número de agentes, como sucede freqüentemente nos casos de amolecimento de tubérculos da íntima do canal torácico e das veias pulmonares, seja uma condição anatômica corrente na tuberculose miliar, sabemos-lo todos há muito. Mas bastará ela? Não há freqüentemente abertura de ricos focos bacilares na circulação, sem granúlia? E não exige ela um estado precário das defesas que costumamos exprimir por *más condições imunitárias*? Aschoff corta a questão afirmando que a formação de folículos demonstra a validade das defesas e a imunização. Considera, pois, a forma da reacção histológica como um índice imunitário de valor absoluto, mais significativo que a própria benignidade ou malignidade da evolução clínica. Resta saber se esta subtilização do conceito fundamental de imunidade, que tem sido humoral e sobretudo clínico, o não adultera e desvirtua e se, admitida ela, a variabilidade dos tipos de reacção histológica na tuberculose, em que a cada passo vemos no mesmo pulmão e em qualquer período de doença a uma forma exsudativa suceder uma produtiva ou vice-versa, se esta desregrada variabilidade não ficará constituindo a mais séria objecção a uma doutrina que essencialmente admite uma regular evolução cíclica das condições imunitárias.

Julgo desnecessário levar mais longe esta análise para que fique demonstrado que a fenomenologia tuberculosa se não deixa

comprimir dentro da concepção de Ranke sem que os seus moldes estalem e se subvertam.

E todavia o aparecimento da doutrina da evolução cíclica deve ser saudado como um progresso em tuberculologia. Representa o primeiro esforço sério para conceber de uma forma sintética, e sob a tríplice base da clínica, da imunologia, e da histologia, uma doença de evolução desconcertante. As suas linhas gerais, se não exprimem a verdade, creio ao menos que estão traçadas na sua direcção. À sua volta algumas questões se precisaram e encaminharam a uma solução, e, em resumo, a-pesar do seu artifício, trouxe ao terreno impreciso e movediço da tuberculologia uma maior consistência e solidez. Mas é uma teoria — uma teoria vaga e provisória — e no dia em que forem positivamente conhecidos os mecanismos que regulam as reacções do terreno tuberculoso, nesse dia não se ouvirá mais falar em secundarismo e terciarismo.

Tenho dito.

Dezembro, 1925.

## DOIS CASOS DE CALCULOSE DA URETRA PROSTÁTICA

CÁLCULO VÉSICO-URETRAL E CÁLCULO PROSTÁTICO DIVERTICULAR

POR

ALBERTO GOMES

Os cálculos da uretra posterior ou antes da uretra prostática, visto que a uretra membranosa pela sua pequena extensão quasi não conta, apresentam-se-nos como cálculos livres, cálculos uretro-vesicais e cálculos prostáticos diverticulares.

Os cálculos livres são em geral múltiplos e pequenos, apontando-se números como 142 (Cooper) e 230 (Civiale); raramente são únicos e grandes, chegando, como o de Durante, a 225 gramas e o de Ravasini a 320 gramas.

O cálculo emigrando da bexiga é retido na uretra prostática entre os dois obstáculos que lhe formam, em cima, o colo vesical e, em baixo, a uretra membranosa, menos extensível pela sua passagem através da aponevrose perineal média e aí espera que outros se lhe venham juntar ou que o seu volume aumente por aposições sucessivas de sais calcários, vindo por fim a dilatar a uretra prostática e a transformá-la numa verdadeira cavidade.

Os cálculos uretro-vesicais, como o seu nome indica, são simultaneamente cálculos da bexiga e da uretra e, em geral, são únicos, em forma de ampulheta ou similar. Uma vez, o cálculo primitivamente vesical emigra para a uretra, vai crescendo pouco a pouco, por aposições sucessivas de sais calcários, no seu tampo central até atingir a bexiga e assim se transformar em cálculo uretro-vesical; outras vezes, como me parece mais freqüente, é um cálculo vesical, congénito, a que a ausência da próstata permitiu uma localização na região do colo vesical e um desenvolvimento vésico-uretral.

Os cálculos prostáticos diverticulares, muitas vezes confundidos com os verdadeiros cálculos prostáticos, são mais raros. Ficam sempre em relação directa com o lume uretral, embora por uma mínima extensão da sua superfície, ficando a maior parte do cálculo encastada no tecido prostático. São também cálculos emigrantes que encontram ou formam uma cavidade no tecido prostático onde se alojam. Aí vão crescendo pouco a pouco, empurrando o tecido prostático e alargando a cavidade onde se encontram, à custa da próstata que chega à atrofia completa, chegando a constituir, quando há supuração, uma bôlsa cheia de cálculos. O cálculo pode prolongar-se para a uretra tomando a forma de cabaça ou de pêra, ficando uma parte no divertículo e uma parte na cavidade da uretra, transformando-se assim num cálculo próstato-uretral.

São os cálculos exóticos de Jullien a opôr aos cálculos autóctones formados êstes, não à custa dum cálculo emigrante, mas sim por precipitação dos sais da urina retida numa cavidade pre-existente da uretra prostática e crescendo depois por juxtaposição de novos sais. Estes divertículos da uretra ao nível da região prostática existem normalmente, como existem orifícios glandulares e lacunas que podem parar um cálculo ou favorecer o depósito de sais da urina; às vezes os divertículos são adquiridos e formados à custa dum traumatismo, dum falso trajecto ou da destruição causada por um abscesso quente.

Os verdadeiros cálculos da próstata ou cálculos endoprostáticos têm caracteres especiais. São também múltiplos e pequenos, muito numerosos (300, Cameron), desenvolvidos no tecido prostático mais ou menos longe do lume uretral e têm uma composição química diferente dos cálculos urinários; encontra-se-lhes sempre um núcleo orgânico albuminóide e são formados à custa dos produtos de secreção da glândula incrustados de sais calcáreos. Eram os cálculos que Morgagni julgava formados, nos indivíduos abstinentes, pelo esperma retido e endurecido.

Robin descreve na próstata duas espécies de concreções: concreções azotadas e concreções fosfáticas. As primeiras transparentes, que são os conhecidos corpúsculos amiláceos, incrustando-se de fosfato e de carbonato de cálcio ou de magnésio, dariam origem às concreções fosfáticas, opacas, que são o esbôço dos chamados cálculos prostáticos verdadeiros, que nada têm que ver

com a acção da urina, pois que as cavidades onde se alojam só secundária e excepcionalmente comunicam com a uretra.

São casos raríssimos, não tendo Rochet e Moutot encontrado mais de 15 observações autênticas e que, evolucionando com uma sintomatologia apagada, constituem na sua quasi totalidade curiosidades de autópsia.

Os casos que hoje tenho a honra de apresentar são as observações clínicas dum doente com um cálculo vésico-uretral complicado de calculose renal esquerda e de calculose múltipla do uretero pélvico do mesmo lado e a dum doente com um cálculo prostático diverticular complicado de adenoma prostático e calculose vesical.

Observação n.º 18.329 — Boletim hospitalar n.ºs 683-299-69. — José Luís C., de 15 anos, estudante, natural da Rechaldia, concelho de Tórres Novas, entrou no Hospital de S. José em 13 de Julho de 1925. É um individuo pouco desenvolvido para a idade, emmagrecido, macilento, de inteligência viva.

Começou a sofrer da bexiga aos dois anos. Micções frequentes, urinas turvas e hematúrias totais repetidas. Tinha grandes dificuldades de urinar, não conseguindo às vezes urinar, apesar de grandes esforços. Com pressões violentas deitava pedras do tamanho de bagos de milho e só então conseguia urinar regularmente. Quando obrava, misturado com as fezes, deitava sangue e matérias. Aos quatro anos esteve quatro dias sem urinar, ao fim dos quais, depois de expelir uma substância que compara a cinza, conseguiu urinar espontaneamente. Nunca teve cólicas, nem dores lombares. Depois dos sete anos não voltou a deitar cálculos, mas os sofrimentos vesicais acentuaram-se, começando a perder as urinas involuntariamente e a sentir violentas vontades de urinar com tenesmo. Palpava e palpa qualquer coisa dura que julga uma pedra atrás do escroto e refere que o tenesmo vesical obrigando-o a fazer muita força, obriga a pedra a descer, conseguindo então urinar uma pequena porção de urina.

Deitado, urina melhor, mas durante a noite perde também as urinas involuntariamente. Tem dificuldade de se sentar e para andar, só o pode fazer com as pernas afastadas.

As hematúrias, quasi sempre totais, às vezes com coágulos, duraram até aos dez anos.

Há um ano deu uma queda, contundindo fortemente a região lombar esquerda. Teve dor localizada nessa região e febre, formando-se um abscesso que foi incisado. A cicatrização fez-se passado algum tempo, restando uma pequena cicatriz aderente aos planos profundos situada a meia distância da 12.<sup>a</sup> costela e crista ilíaca e cêrca de doze centímetros para fora e para a esquerda da linha das apófises espinhosas da coluna lombar.

Actualmente os sofrimentos são ao máximo. Tenesmo vesical muito freqüente e tenesmo rectal com diarreia. Constantemente



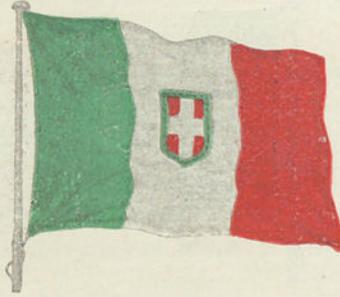
Fig. 1

molhado pela urina, que perde involuntariamente e lhe irrita a pele do escroto e da face interna das coxas; as roupas encharcadas pela urina com cheiro amoniacal acentuado.

Dor à palpação na região perineal, que está tumefacta, palpando-se um corpo duro alongado com uma certa mobilidade. A uretra é permeável a um explorador número 13 até ao obstáculo que se encontra a cêrca de oito centímetros do meato; além do obstáculo, a uretra é infranqueável.

A palpação renal é indolor. Aparelhos respiratório e circulatório sem anormalidade.

ISTITUTO NAZIONALE  
MEDICO  
FARMACOLÓGICO  
DE ROMA  
(PROF. SERONO)



Produtos  
SERONO e ERGON

- BIOPLASTINA SERONO** — Lecitina e luteína para uso hipodermico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1  $\frac{1}{2}$ .
- METRANODINA SERONO** — Antidismenorréico e anti-hemorragico, a gotas.
- IPOTENINA SERONO** — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.
- CARDIOLO SERONO** — Cardiocinético nas formas crônicas e miocardites, a gotas.
- VIROSAN SERONO** — Antilético por via bucal, com base de mercúrio em combinação orgânica, em pilulas.
- UROLITINA ERGON** — Antiurico, diurético desinfectante das vias urinárias; granulada efervescente, em frascos.
- ALUMNOSE ERGON** — Descongestionante. Antiséptico para uso externo. Não tóxico. Tubos de comprimidos.

Opoterapicos SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS, preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca.

Por via hipodérmica, são levados à dose conveniente diluindo-os, de preferência a glicerina, com sôro fisiológico para evitar a acção irritante da glicerina.

**PEPTOPANCREASI SERONO** — Poderoso digestivo com base de enzimas; antidiabético — frascos.

**OVARASI SERONO** — Estimulante e regulador da função ovarica — frascos e caixas.

**ORCHITASI SERONO** para cicatrização — caixas.

**SURRENASI SERONO** — Adinâmia. Tosse convulsa. Asma — f<sup>s</sup> e c<sup>s</sup>.

**TIROIDASI SERONO** — Antimixedematoso. Antigotoso, acelera o metabolismo. Não tóxico — frascos e caixas.

**RENASI SERONO** — Contra a insuficiéncia renal, nefrite etc. — f<sup>s</sup> e c<sup>s</sup>

**IPOFISASI SERONO** — Na insuficiéncia ipofisaria, diabetes insípida, etc. — frascos e caixas.

**LIENASI SERONO** — Contra a prisão de ventre de causa nervosa, paludismo, etc. — frascos e caixas.

**EPATASI SERONO** — Na insuficiéncia hepática; diabetes assucarada, etc. — frascos.

**MASTASI SERONO** — Descongestionante. Contra os fibrômas e fibromiomas uterinos — frascos.

**BILEASI SERONO** — Na insuficiéncia biliar, prisão de ventre habitual, diabetes, etc. — frascos de pilulas.

**EUGOZIMASE FEMININA SERONO** — Pluriglandular: ovarios, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

**EUGOZIMASE MASCULINA SERONO** — Pluriglandular: testiculos, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterapicos, devem considerar-se como a indicação do máximo; em opoterápia só o Medico assistente pode estabelecer as doses conforme a tolerancia do doente e o caso que está tratando.



**LABORATORIO DI TERAPIA SPERIMENTALE**

**Dott. Prof. A. BRUSCHETTINI de Genova**

Estes produtos levam entre parentesis depois do nome uma palavra que será suficiente indicar nos pedidos telegraficos em vez do nome completo.

**VACINA ANTIPIOGENICA POLIVALENTE BRUSCHETTINI** (Antipio) — Estreptococica, estafilococica, etc.

**VACINA ANTIGONOCOCICA BRUSCHETTINI** (Antigono) — Nas formas agudas e nas cronicas. Polivalente.

**POLIVACINA ANTIPIOGENICA BRUSCHETTINI** (Tubpio) — Associações microbianas da tuberculose.

**SORO-VACINA BRUSCHETTINI** (Bistubsiero) — Antitubercular — Acção profilatica e curativa.

**VACINA CURATIVA BRUSCHETTINI** (Tubvaccino) — Antitubercular — Acção curativa.

**VACINA CURATIVA 2.º GRAU — VC-AC, BRUSCHETTINI** (Bistubvaccino) — Antitubercular — Nas formas graves.

**Dr. L.º ZAMBELETTI S. A. de Milano**

**ARSENIATO DE FERRO SOLUVEL ZAMBELETTI** — Ferro electro-negativo organico alimentar, simples e com estricina, quer em caixas de 1.º e 2.º grau, quer em frascos; reconstituente.

**IODOSAN ZAMBELETTI** — Iodo soluvel atomico nascente, aromatizado, em frascos.

**ARSENOBROMOTONICAS ZAMBELETTI** — Fosforo, ferro, arsenio, bromo e valeriana fresca; sedativo e reconstituente: no histerismo, neurastenia, nas varias nevroses, etc., em caixas.

**BISMARSOL ZAMBELETTI** — Solução esteril injectavel de arsenobismutato de sodio. Sifilis, tabes dorsal, sifilis hereditaria, paralisia, lesões, malaria.

**CALOMELANOS ELECTROLITICO AQUOSO ZAMBELETTI** — Em soro leucocitogenio. Sifilis, framboesia.

**SORO IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL** — Na tuberculose ossea, glandular e peritoneal — caixas de 1.º e 2.º grau.

**TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI** — Arteriosclerose, angina pectoris. Frascos de comprimidos.

**INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI** — Suprarenopituitaria. Asma bronquial, acesso.

Amostras á disposição dos Srs. Medicos.

**ITALO-PORTUGUEZA, L.ª**

**APARTADO 214 — LISBOA**

Telefone C. 3096

FERREGIAL BAIXO 33, 1.º

Telegr.: ITALPORTUGUEZA

O relatório do exame radiográfico dos rins, ureteres e bexiga, feito em 15 e 23 de Julho, diz o seguinte :

«Região vesical: notámos uma sombra densa, regularmente curva com um prolongamento para baixo que supomos ser cálculo. Duas sombras pequenas na parte esquerda da região da bacia, que supomos também serem cálculos na parte inferior do uretero esquerdo (Fig. 1).



Fig. 2

Rins: notam-se na região renal esquerda duas sombras, uma grande e mais alta e outra mais abaixo e bastante mais pequena, que supomos serem cálculos, os quais, pela posição, suspeitamos que estejam no polo inferior do rim e o mais alto no bacinete (Fig. 2). —(a) *Raúl Pires*».

Novas radiografias confirmaram as do primeiro exame.

Tinha, pois, o nosso doente, além dum cálculo véstico-uretral, uma calculose renal esquerda e cálculos múltiplos do uretero pélvico do mesmo lado.

A análise de urina dá o seguinte resultado:

Volume.....	45 cc.
Densidade.....	1007
Serina.....	0,20 gramas por mil.
Ureia.....	7,43 " " "
Cloretos.....	5,35 " " "
Fosfatos.....	0,62 " " "

Sedimento: Células epiteliaes pavimentosas, muito leucocitos formando pus. Abundantes cristais de fosfato bicálcico.

Em 17 de Agosto, sob anestesia geral pelo éter, foi-lhe extraído o cálculo véstico-uretral, por cistostomia supra-púbica. Drenagem vesical com tubo de Marion. Ponto suspensor da bexiga.

Drenagem do espaço de Retzius.

Lavagens vesicais pelo tubo, com nitrato de prata a um por dez mil concentrado, são glucosado por via rectal e óleo canforado.

Em 18 suspende o óleo canforado e o sôro glucosado. É retirada a drenagem do espaço de Retzius. Em 19, tira-se o ponto suspensor da bexiga. Em 25 retira-se a drenagem vesical. Algália permanente. Lavagens pela algália com permanganato de potássio a um por cinco mil.

Durante a intervenção procurámos sondar o uretero esquerdo para ver se conseguíamos extrair ou facilitar a saída dos cálculos existentes na sua porção juxta-vesical, mas as lesões inflamatórias da mucosa da bexiga eram tão intensas e a bexiga estava de tal forma retraída que não foi possível ver os orificios uretraes.



Fig. 3

O cálculo, curioso pela sua configuração peniforme (Fig. 3), é constituído por fosfato de cálcio, mede oito centímetros e pesa 30 gramas. Apresenta uma parte entumescida, mais ou menos

esférica, que mede três centímetros de diâmetro e uma parte alongada de cinco centímetros de comprimento, mais ou menos arredondada, de cêrca de um e meio centímetros de espessura.

Pelo seu comprimento, verifica-se que o cálculo, pela sua extremidade anterior, passava a uretra membranosa e atingia a uretra bulbar.

A algália permanente tirou-se em 31 de Julho, começando o doente a urinar espontaneamente. Urinas quasi limpidas. As micções freqüentes de dia e de noite. Retém bem as urinas, mas umas noites por outras perde-as involuntariamente. Está mais gordo e com melhor aspecto.

Começámos a preparar o doente para o tratamento ulterior.

Dilatação progressiva da uretra até 50 Beniqué depois de meatotomia.

A prova da fenol-sulfonaftaleina, em 17 de Setembro, dá uma eliminação de 66,6 por cento em 70 minutos num volume de 160 centímetros cúbicos.

A constante de Ambard, em 24 de Setembro, dá os seguintes valores :

Volume da urina.....	45	cc.
Tempo.....	60	minutos
Pêso do doente.....	31	quilogramas
Ureia da urina.....	11,32	por mil
Ureia do sangue.....	0,51	» »
Constante.....	0,159	

(a) *Cru7.*

Em 30 de Outubro cateterismo ureteral e prova da poliúria de Albarran. Cistoscópio de cateterismo unilateral, pelo fraco calibre da uretra. Capacidade vesical, 150 cc. O orifício ureteral esquerdo vermelho, congestionado. O cateter pára a menos de dois centímetros. Orifício ureteral direito bem visível, de aspecto normal. Uretero direito permeável até ao bacinete. As urinas do rim esquerdo são colhidas na bexiga. Volumes :

Rim direito.....	[	1.ª meia hora.....	19,00 cc.
		2.ª meia hora.....	18,00 cc.
		3.ª meia hora.....	6,50 cc.
		4.ª meia hora.....	<u>28,50 cc.</u>
		Total.....	72,00 cc.

Rim esquerdo...	{	1. <sup>a</sup> meia hora .....	80,00 cc.
		2. <sup>a</sup> meia hora .....	70,00 cc.
		3. <sup>a</sup> meia hora .....	37,00 cc.
		4. <sup>a</sup> meia hora .....	45,00 cc.
		Total.....	232,00 cc.

	Ureia por litro	Ureia eliminada	Cloretos por litro	Cloretos eliminados
<i>Rim direito :</i>				
1. <sup>a</sup> meia hora .....	4,48 gr.	0,08 gr.	2,25 gr.	0,05 gr.
2. <sup>a</sup> , 3. <sup>a</sup> , 4. <sup>a</sup> meia hora.....	3,84 gr.	0,20 gr.	2,04 gr.	0,10 gr.
<i>Rim esquerdo :</i>				
1. <sup>a</sup> meia hora .....	2,56 gr.	0,20 gr.	5,26 gr.	0,42 gr.
2. <sup>a</sup> , 3. <sup>a</sup> e 4. <sup>a</sup> meia hora....	1,92 gr.	0,29 gr.	2,63 gr.	0,40 gr.

No sedimento de tôdas as amostras existem sòmente algumas células epiteliaes pavimentosas, mui raros leucócitos. Não há pus. (a) *Cruç.*

O resultado da inoculação na cobaia com urinas das amostras das segundas meias horas foi negativo.

Em 25 de Novembro tentámos cateterizar o uretero esquerdo com cateter opaco para localizarmos os cálculos do uretero pélvico. O cateter, como na primeira tentativa, parou a menos de dois centímetros, deslocando-se depois no transporte do doente e não permitindo obter-se prova radiográfica elucidativa.

Uma nova prova da fenol-sulfonaftaleina, em 3 de Dezembro, dá uma eliminação de 52,7 por cento em 70 minutos no volume de 225 cc.

Em 7 de Dezembro resolvemos fazer a extracção dos cálculos do rim e bacinete por pielotomia ou nefrolitotomia e procurar por cateterismo retrógrado do uretero empurrar para a bexiga os cálculos do uretero pélvico.

Não é a norma que julgamos preferível em casos semelhantes, pois reputamos indispensável para o bom resultado da nefrolitotomia ou da pielotomia que o uretero esteja absolutamente livre, sendo portanto partidários da intervenção prévia sòbre o uretero e só depois, numa intervenção subsequente, fazer a extracção dos cálculos renais ou piélicos.

O desejo de restringir o número de intervenções e fiados em que o uretero esquerdo, durante a prova da poliúria drenara bem,

pois tinha drenado uma quantidade de urina apreciável e mesmo maior que a quantidade escretada pelo uretero direito, levaram-nos a intervir primeiro sôbre os cálculos superiores e a tentar libertar o uretero dos seus pequenos cálculos pelo cateterismo retrógrado.

As circunstâncias justificaram a nossa maneira de proceder porque, como veremos, fomos encontrar o rim esquerdo sem valor funcional, atrofiado e esclerosado, o que nos conduziu à nefrectomia e nos permitiu abandonar os cálculos do uretero pélvico sem inconveniente para o doente.

Anestesia geral pelo éter gota a gota. Incisão lombar de Guyon.— Tecido celular sub-cutâneo e camada muscular sangrando abundantemente. Gordura peri-renal muito dura, esclerosada e aderente.

Rim pequeno, superfície irregular e tomentosa (Fig. 4). Nefrectomia. Drenagem com dois tubos. O exame da peça, feito pelo Prof. H. Parreira, diz o seguinte:

«Rim pequeno (Pêso, 57 gramas; dimensões,  $7,5 \times 3 \times 2,5$ ), descapsulado, forma sensivelmente normal. Superfície exterior, lobulada, granulosa, vermelha.

Hilo alargado, cheio de tecido adiposo, de consistência dura. Junto ao bordo anterior, a meio, um ramo arterial. O uretero está cortado junto ao bordo inferior do bloco adiposo que enche



Fig. 4

Rim esquerdo — Face posterior

o hilo. Apresenta-se de paredes muito espessas e duras. Cavidade reduzida.

Superfície de secção mostra o bacinete e cálices dilatados em grande extensão, redução da substância própria do rim, confusão das duas camadas. Consistência dura, em certos pontos de aspecto fibroso. Junto ao polo inferior observa-se um pequeno cálculo amarelo encravado na substância renal.

Mucosa do bacinete na porção intra-renal, espessa, vermelha e granulosa.

*Exame microscópico.* — A estrutura própria do rim está perdida, vendo-se que quasi tôda a substância renal está transformada em tecido fibroso, em grande parte hialinizado e em certas zonas infiltrado de pequenas células redondas do tipo linfocitário e raras Plasmazellen. Alguns glomérulos esclerosados e raros canaliculos renais atrofiados ainda se conseguem observar.»

A cura operatória fez-se sem incidente, excepto uma pequena colecção supurada do tecido celular sub-cutâneo abaixo e atrás do orifício de drenagem e que veio dar flutuação franca na cicatriz do abcesso que se formou em seguida ao traumatismo da região lombar esquerda, que o doente na história progressiva refere ter sofrido há um ano.

A comunicação dêste foco supurado com a loca renal leva-nos a supor que o abcesso, consequência do traumatismo referido, foi possivelmente uma paranefrite supurada.

O doente, que ainda não teve alta, para poder ser apresentado nesta sessão, está gordo, mais desenvolvido, com bom aspecto geral e pesa 38 quilogramas. Urinas límpidas. Micções cada duas horas de dia; de noite duas a três vezes. Ainda tem, algumas noites, enuresis.

A análise de urina, em 18 de Março, dá o seguinte resultado:

Volume.....	1000 cc.
Densidade.....	1016
Serina e globulina .....	Vestígios indoseáveis

Sedimento: algumas células epiteliaes pavimentosas, raros leucócitos dispersos, filamentos de muco. (a) *Cruz.*

O relatório das radiografias das regiões renais, ureterais e da

bexiga, feitas em 19 de Janeiro, diz que o exame não revelou a existência de cálculos. (a) *R. Pires*.

Nas chapas que vos apresento vêem-se porém ainda, sobrepostas à sombra do sacro, as pequenas sombras dos cálculos do uretero pélvico, mas talvez menos opacas do que nas radiografias anteriores.

A segunda observação clínica que vos desejo apresentar é a observação n.º 13.510. Boletim hospitalar 325-301-33.—Joaquim B., de 74 anos, estofador, natural de Lisboa.—Entra no Hospital de S. José, enfermaria de Santo Alberto, cama 31, em 30 de Setembro de 1925, queixando-se de dificuldade de urinar, micções dolorosas e muito frequentes, com intervalos de meia hora de dia e intervalos de dez minutos durante a noite. Urinas turvas, purulentas, fétidas. Uretra permeável ao explorador número 12. Não se toca cálculo, mas o doente expeliu em seguida à observação um pequeno cálculo alongado. Resíduo vesical cento e cinquenta centímetros cúbicos. Ao toque, a próstata está aumentada de volume, abaúlada, contôrno arredondado, superfície quasi lisa, regular, sem saliências, de consistência dura, como pedra, em tôda a metade direita e ainda em cima, de consistência elástica, adenomatosa à esquerda. É bem limitada à direita, sendo os limites pouco nítidos em cima e à esquerda. O toque é doloroso, sentindo-se a crepitação característica de cálculos múltiplos.

O doente refere há 20 anos um corrimento uretral que lhe durou muito tempo, complicado com um abcesso perineal, com febre e arrepios, que abriu espontaneamente, dando saída a pus muito mal cheiroso. Depois disso nunca mais deixou de sofrer, tendo tido corrimentos muito prolongados, dificuldades de urinar e por vezes retenção de urinas.

Há cerca de quatro anos esteve internado no Hospital com os mesmos sofrimentos. Micções muito frequentes e dolorosas, cada meia hora, urinas fétidas e hematúria. Saíu melhorado, com urinas quasi límpidas.

Voltou a piorar, agravando-se o seu estado há quatro meses, pelo que resolveu internar-se no Hospital.

É medicado com urotropina e instilações de nitrato de prata a um por cento, vinte gotas, aumentando progressivamente.

Radiografia dos rins, ureteres e bexiga.—Análise de urinas.

O relatório do exame radiográfico, em 1 de Outubro, diz o seguinte:

«Rins: Não vemos qualquer sombra de cálculo.

Bexiga: Vemos uma sombra, irregularmente circular que supomos ser cálculo. Nota-se outra sombra mais abaixo, mais irregular, que faz suspeitar calcificação prostática.—(a) *R. Pires.*» (Fig. 5).

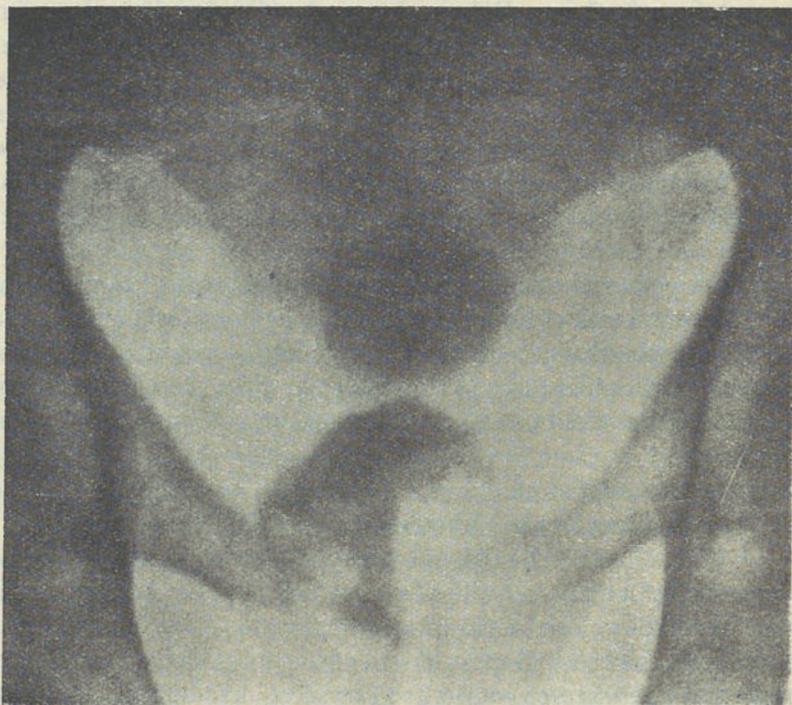


Fig. 5

Uma nova radiografia de contraprova, em 9 de Outubro, conduziu ao mesmo resultado.

O relatório da análise de urinas diz o seguinte:

Volume . . . . .	1100 cc.
Depósito . . . . .	branco purulento, abundante
Densidade . . . . .	1015

Serina .....	1,980 gr. por mil
Ureia .....	15,688 " " "
Cloretos.....	9,945 " " "
Fosfatos.....	1,329 " " "

Sedimento: poucas células epiteliaes pavimentosas, muitos glóbulos de pus.

Em 16 de Outubro as urinas continuavam purulentas. Algália permanente número 18. Lavagens de nitrato de prata a um por dez mil, de 6 em 6 horas. A algália nem sempre entra facilmente até a bexiga, encontrando-se às vezes no tracto prostático, que é longo, um obstáculo que dificulta o cateterismo.

A constante de Ambard nesta data dá o seguinte resultado:

Volume da urina.....	90	cc.
Tempo de colheita.....	60	minutos
Pêso do doente .....	51	quilogramas
Ureia da urina.....	11,52	por mil
Ureia do sangue.....	0,51	" "
Constante.....	0,106	

A prova de fenol-sulfonaftaleina, em 20 de Outubro, dá uma eliminação de 50 por cento em 70 minutos num volume de 80 centímetros cúbicos.

Nova constante de Ambard, em 23 de Novembro, dá os seguintes valores:

Volume da urina.....	30	cc.
Tempo de colheita.....	60	minutos
Pêso do doente .....	47	quilogramas
Ureia da urina.....	8,96	por mil
Ureia do sangue.....	0,44	" "
Constante.....	0,237	

A prova da fenol-sulfonaftaleina, em 30 de Novembro, dá uma eliminação de 50 por cento em 70 minutos num volume de 100 cc.

A auscultação do tórax revela-nos ligeiros ruídos de bronquite crónica; o primeiro tom mitral arrastado; extra-sístoles repetidas. Pulso a 76. Respirações 20 por minuto.

A-pesar-do seu estado precário, operámos o doente em 4 de

Dezembro de 1925. Anestesia geral pelo éter. Tempo da operação vinte minutos. Cistostomia supra-púbica. Extracção do cálculo vesical. Uretra dilatada, não se encontrando a algália, que se não consegue fazer penetrar na bexiga. O dedo dentro da uretra sente os cálculos. Enucleação da próstata e dos cálculos. O plano de clivagem existe entre os tecidos peri-prostáticos dum lado e a periferia dos lobos prostáticos adenomatosos encrustados e separados pelos cálculos, do outro lado.

A superfície descolada era lisa e abaülada, constituída no mesmo plano pelo tecido prostático e pela superfície dos cálculos cuja convexidade continuava a convexidade dos lobos prostáticos.

Quási não há sangue, pelo que só se fêz uma pequena lavagem depois de terminada a intervenção. Tubo de Freyer. Ponto suspensor da bexiga.



Fig. 6  
Próstata — Face posterior

Alta, curado sem incidente, em 18 de Janeiro. Urinas ainda um pouco turvas. Resíduo vesical, dez gramas. Micções cada duas horas. Ao toque rectal palpa-se a cicatriz da loca prostática.

O exame radiográfico dos rins, ureteros e bexiga, feito em 19 de Janeiro, diz o seguinte: «Não vemos qualquer

sombra suspeita de cálculo. — (a) *R. Pires.*»

O cálculo vesical é um cálculo mais ou menos esférico de três centímetros de diâmetro e pesa 17 gramas.

Os cálculos prostáticos, em número de dez, de tamanho desigual, pesam, na totalidade, 18 gramas, com superfícies articulares por onde se juxtapõem. Teem, além disso, uma superfície convexa, lisa, luzidia, quási envernizada, que no seu conjunto continuava a periferia prostática e por onde se encostavam aos tecidos da loca prostática e uma superfície excavada irregular e rugosa que em parte se encrustava nos lobos prostáticos e em parte

vinha completar a parede da uretra prostática e entrar em contacto com a urina. A análise química verificou que o cálculo vesical e os cálculos prostáticos eram constituídos por fosfato de cálcio.

O Prof. H. Parreira, que obsequiosamente nos fez o exame anátomo-patológico do adenoma prostático (Fig. 6), deu-nos o seguinte relatório:

«*Exame macroscópico.* — Pêso, 38 gramas. Os dois lobos da próstata são de volume desigual, sendo maior o esquerdo que o direito (lobo esquerdo,  $5 \times 3 \times 3$ ; lobo direito,  $3,5 \times 2 \times 1,8$ ); estão unidos pela parte inferior e separados em cima.

A superfície da face anterior é convexa e irregularmente bosselada em ambos os lobos, vendo-se entre êles a uretra, cuja parede só existe na parte inferior, sendo a parte superior, onde os lobos estão afastados, completada por cálculos. Estes, encostados à face posterior da próstata, deixaram nela uma depressão que, como se percebe pelo esquema junto (Fig. 7), ocupa uma maior extensão no lobo direito que no esquerdo.

O *exame microscópico* conduz ao diagnóstico de adenoma prostático.»

Nos nossos dois casos seguimos para a extracção dos cálculos a via hipogástrica.

A perineotomia, ainda hoje aconselhada para atingir os cálculos da uretra prostática, parece-nos dever ser abandonada na quasi totalidade dos casos.

O cálculo uretro-vesical, diagnosticado pelos sintomas clinicos ou pela radiografia, deve ser extraído pela via transvesical. A velha indicação da talha perineal só se pode explicar pela imperfeição do diagnóstico. A maior parte das vezes as dificuldades de extracção do prolongamento intravesical, demasiadamente grande para atravessar o colo vesical, obrigavam a completar a perineotomia pela litotricia através da ferida perineal ou pela talha hipogástrica.

Nos cálculos prostáticos também a *sectio alla* nos parece preferível, principalmente nos casos em que concomitantemente existem lesões de prostatite crónica ou de adenoma prostático.

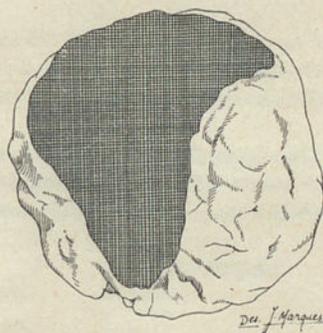


Fig. 7  
Próstata — Face posterior

A via transvesical, hoje bem conhecida, permite-nos fazer ao mesmo tempo a extracção dos cálculos e a enucleação do adenoma ou do tecido prostático crònicamente inflamado, sem o perigo da fistulização, que quasi sempre complica a perineotomia.

No nosso caso, a talha hipogástrica permitiu-nos a extracção do cálculo vesical e a enucleação do adenoma prostático e dos cálculos diverticulares, com a simplicidade de um caso fácil de adenoma prostático puro (1).

---

(1) Comunicação feita à Associação Portuguesa de Urologia na sessão de 25 de Março de 1926.

## Revista dos Jornais de Medicina

**Linfoblastoma (linfoma maligno).** (*Lymphoblastoma [Maglinant Lymphoma]*), por G. R. MINOT e R. ISAACS. — *Journ. of Am. Med. Ass.* N.º 17, 1926.

Os autores trazem à colação o estudo de 477 casos de todos os tipos de linfoblastoma, exceptuando a leucemia linfática. 238 foram tratados pelos Raios X ou pelo rádio.

A idade em que o linfoblastoma mais freqüentemente predomina vai dos 20 aos 24 anos, sendo a maior parte dos casos do tipo Hodgkin. Outras formas de linfoblastoma aparecem entre os 35 e 39 anos.

As modificações que sofre o linfoblastoma, quando radiado, mantêm-se por bastante tempo, se está ainda no início.

A intervenção cirúrgica pode influenciar benêficamente a duração de alguns casos de linfoblastoma, sobretudo se é praticada cedo e seguida de radiação.

Em 401 casos a duração do linfoblastoma foi de 2 anos e 76 dias. 10 % dos casos radiados e não radiados duraram 6 e mais anos. O emprêgo dos métodos cirúrgico e röntgenterápico aumenta a percentagem dos casos de longa duração.

Os autores concluem por afirmar que a radiação é incontestavelmente de grande valor para o tratamento do linfoblastoma. Os doentes sentem-se aliviados nos seus sintomas, diminuem as suas lesões, mesmo para aqueles cuja duração da doença não é influenciada.

E. COELHO.

---

**Tratamento da aritmia completa.** (*Tratamiento de la arritmia completa*), por VAQUEZ e DONZELOT. — *Ars Médica.* N.º 7, 1926.

A aritmia completa compreende, sob o ponto de vista fisiológico, dois elementos essenciais: um auricular — a fibrilação; o outro ventricular — a taquiaritmia.

Embora a taquiaritmia não deixe de constituir pelas suas possíveis conseqüências uma perturbação clínica de real importância, o tratamento racional da aritmia completa deve dirigir-se logicamente sobre a sua perturbação fundamental, isto é, sobre a fibrilação auricular.

Vaquez e seu colaborador consideram primeiramente o tratamento da fibrilação para depois se referirem ao tratamento da taquiaritmia ventricular.

*Tratamento da fibrilação auricular* — Vaquez emprega a quinidina «Nativelle», tendo o cuidado de tentar a susceptibilidade individual com pequenas doses, por ex.: dois comprimidos de 20 centigramas durante dois dias. Se se produz diarreia, náuseas ou vertigens, deve interromper-se a medicação, para a recommençar alguns dias mais tarde. Quando o medicamento é to-

lerado, Vaquez dá 1,20 gr. por dia. Ao quarto ou quinto dia observa-se a regularização do ritmo.

A quinidina é francamente útil e indicada na aritmia completa paroxística, podendo empregar-se com algumas probabilidades de êxito na aritmia completa permanente *sem insuficiência cardíaca*. Quando já existe insuficiência miocárdica, é para Vaquez *um erro lamentável* intentar uma cura de redução da fibrilação auricular pela administração intensiva da quinidina. É recomendável instituir-se previamente um tratamento digitalico ou ouabainico, ou ambos conjuntamente. A oportunidade da quinidina deduzir-se há dos resultados obtidos por meio desta cura prévia.

Em regra, o tratamento quinidínico apresenta, nestas formas de aritmia completa complicada de insuficiência cardíaca, mais inconvenientes do que vantagens.

*Tratamento da taquiaritmia ventricular* — A quinidina aumenta a duração do período refratário, modera o estado de fibrilação auricular, mas tem uma tendência a acelerar o ritmo ventricular. Pelo contrário, a dedaleira exagera o estado de fibrilação, encurtando a duração do período refratário auricular, reforçando enérgicamente as pulsações ventriculares e diminuindo a sua frequência.

Sempre que se pretende actuar sobre uma fibrilação auricular — qual quer que seja a sua origem — é preciso abster-se de empregar a dedaleira. Quando, pelo contrário, se quere obter uma acção directa sobre os ventrículos devemos servir-nos dela. O emprêgo da dedaleira está contra-indicado nas formas de aritmia completa paroxística, mas está logicamente indicado nas formas permanentes inveteradas, e encontra a sua maior indicação nas formas complicadas de insuficiência cardíaca.

Vaquez e Donzelot terminam o artigo fazendo numerosas considerações sobre a utilidade do *control* electrocardiográfico antes e depois do tratamento quinidínico da fibrilação auricular, e sobre as vantajosas indicações que nos proporciona na aritmia ventricular e suas complicações, sob a influência da dedaleira.

E. COELHO.

---

**Tratamento da tetania infantil por meio de um extracto Paratiroidéu.** (*Treatment of infantile tetany with a parathyroid extract*), por LYNNE A. HOAG e HELEN RIVKIN. — *Jour. of the Am. Med. Ass.* N.º 18, 1926.

A administração subcutânea de extracto paratiroidéu-Collip em quatro casos de tetania infantil produziu rápidas melhoras dos sintomas e um regresso ao normal da concentração de cálcio no sangue, num período de 24 a 48 horas.

A administração diária de fracções da dose inicial manteve as melhoras clínicas e laboratoriais.

Devemos começar por uma dose de cinco unidades para cada quilograma do peso do corpo. Esta dose modifica num miligrama a concentração do cálcio



ção do sangue. A dose total deve ser dada num período de 24-36 horas e com intervalos de seis horas.

A reacção individual é tão variável que o efeito deve ser avaliado pelas determinações repetidas da calcemia.

E. COELHO.

O tratamento cirúrgico da disenteria bacilar crónica. (*The surgical treatment of chronic baicillary dysentery*), por THYLIP MANSON-BAHR e A. L. GREGG (de Londres) — *The British Journal of Surgery*. Abril de 1926.

Os autores descrevem a patologia e os sintomas do *Morbus bengalensis*, discutem o seu diagnóstico e dão-nos as indicações do tratamento médico e cirúrgico desta doença, baseadas em alguns casos clínicos.

Em resumo:

1.º A disenteria bacilar de tipo médio pode dar uma ulceração crónica e progressiva do intestino grosso na qual o bacilo específico da disenteria desempenha o papel inicial.

2.º Em regra, só a intervenção cirúrgica pode curar a sintomatologia que daí resulta.

3.º Deve proceder-se a uma cegostomia.

4.º A estenose do intestino grosso é rara, mas quando aparece, deve proceder-se à sua excisão.

5.º A infecção tuberculosa pode desenvolver-se no intestino com ulcerações crónicas disentéricas.

E. COELHO.

O tratamento da hipertensão arterial por meio das injeções intravenosas de nitrito de sódio. (*El tratamiento de la hipertensión arterial mediante las inyecciones intravenosas de nitrito sódico*), por L. RIMBAUD e L. CHARDONNEAU. — *Ars Médica*. N.º 10, 1926.

Neste trabalho, os autores dão a conhecer algumas das suas impressões pessoais sobre esta medicação vinda da Alemanha há dois anos (*Lepenhe, Therapie der Gegenwart*, Março de 1924; *Nagy, Zentralblatt für Innere Med.*, Fevereiro de 1924), e cujos primeiros resultados foram recentemente publicados em França por Petzetakis numa nota apresentada à Sociedade de Biologia.

As investigações clínicas dêstes dois autores baseiam-se em 8 casos.

Foram escolhidos doentes com hipertensão muito elevada e cuja etiologia não pôde ser demonstrada nem pelo exame clínico nem pelas provas laboratoriais (hipertensão essencial).

No princípio, empregaram soluções aquosas a 1 0/0, depois, a 2 0/0,

tindalizadas a 60 durante três dias e conservadas em frascos de cor amarela herméticamente fechados, e recentemente preparadas. As primeiras injeções foram praticadas na dose de 1 a 3 centigramas de nitrito de sódio (1 a 3 cc. da solução a 1 %), mais tarde empregaram a solução a 2 % em doses progressivas de 2, 4 e 5 cc., correspondendo à dose de 4, 8 e 10 cc. de nitrito de sódio.

As injeções foram dadas diariamente, começando por 1 cc., depois 2 e 3.

Habitualmente fizeram séries de 8 a 15 injeções quotidianas separadas por períodos de repouso de 10 a 20 dias.

Consecutivamente à injeção observaram sempre uma descida rápida da tensão arterial, oscilando à volta de 3 cent. para a máxima e de 1-2 cent. para a mínima. Nos casos mais favoráveis a descida foi de 6 cent. Se se pratica só uma injeção, a tensão sobe 24 horas depois. Após uma série de injeções a tensão sobe mais lentamente. Renovando-se as séries é possível obter resultados muito mais favoráveis e duradouros.

Como conclusão, os autores julgam-se autorizados a afirmar que a injeção intravenosa de nitrito de sódio constitui um método terapêutico de primeira ordem para a crise hipertensiva e para a claudicação intermitente.

E. COELHO.

Os nervos do estômago e as suas relações com a cirurgia. (*The nerves of the stomach and their relation to surgery*), por E. D'ARCY McCREA — *The British Journal of Surgery*. Abril de 1926.

O autor dá-nos, neste artigo, um estudo muito completo sobre a anatomia e a fisiologia dos nervos do estômago, a sua ressecção experimental, as relações dos nervos com a medicina interna, e, finalmente, com a cirurgia.

Das suas investigações clínicas e experimentais, largamente expostas, conclui o autor que:

1.º A distribuição anatómica dos nervos do estômago é suficiente para justificar o espasmo ou a incontinência do piloro em casos de úlcera gástrica ou duodenal, e o espasmo ou a atonia do corpo do estômago nas úlceras do duodeno.

2.º A área de eleição das úlceras de estômago corresponde à zona em que os ramos nervosos são principalmente agrupados.

3.º O espasmo local com a consecutiva anemia são uma causa provável da cronicidade da úlcera, ajudados por outros factores, tais como a estase e a infecção.

4.º Algumas «nevroses gástricas» podem ser completamente simuladas pela ressecção de qualquer dos vagos ou dos nervos esplâncnicos.

5.º As conseqüências da excitação dos nervos e, portanto, da sua irritação, pode também simular algumas destas «nevroses».

# Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIO

# IODARSOLO

O PRODUCTO QUE CONTEM MAIS ELEVADAS  
DOSES DE IODO METALLICO E ACIDO ARSENIOSO

**PUROS — INTEGROS**

O *iodo em combinação tanico-proteica*, intimamente ligado á molécula proteica, mantido estavel e em quantidade fixa: unicamente a acção, ao calor, do acido sulfurico concentrado, é capaz de pol-o em liberdade; por isso explica-se toda

CARENCIA DE FENOMENOS DE IODISMO

Não pode assim produzir sensação desagradavel ao paladar, inconveniente muito marcado de numerosos preparados iodicos, cujo gosto é acre e parecido ao da tinta; antes resulta de

SABOR EXCELLENTE

Desejado pelas creanças e bem recebido pelas pessoas de paladar delicado.

NÃO IRRITA AS MUCOSAS

O *acido arsenioso* está combinado em forma organica segundo um metodo especial:

NÃO PRODUZ INTOLERANCIA ARSENICAL

INJECTAVEIS

Uma ampola cada dia. Injecções intra-musculares profundas nas nadeças.

Para amostras e prospectos dirigir-se ao Agente para a Península Iberica:

MARIO VIALE

Provenza 427

BARCELONA (ESPAHIA)

Concessionario exclusivo para a venda:

Sociedade Industrial Farmaceutica

Rua do Mundo, 42—LISBOA

ELIXIR

Duas ou tres colheres diarias para os adultos e duas ou tres colheres pequenas para as creanças. : : : :



OUTROS PRODUCTOS DO LABORATORIO CHIMICO  
FARMACEUTICO V. BALDACCI—PISA (ITALIA)

---

---

## ZIMEMA

### HEMOSTATICO FISIOLÓGICO

Solução obtida pelo fermento ou enzima coagulante do sangue (trombina, fibroenzima, fibrinofermento) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

Em qualquer hemorragia a hemostase definitiva não se obtém senão com um só meio: a formação do coágulo do sangue. É coisa sabida que a coagulação é obtida por meio da reacção do fermento coagulante do sangue (fibroenzima) com o fibrinogeno, cujo producto é a fibrina.

É assim racional a ideia de aproveitar o enzima coagulante em questão na therapeutica com fim hemostatico. Porém, se foi intentada a opherapia hemathica, nunca existiu até hoje um producto que, para cohibir as hemorragias, utilisasse o fibroenzima.

Tal producto tem sido estudado e apresentado ao Medico pelo nosso Laboratorio sob o nome de **ZIMEMA**.

**Absolutamente innocuo em qualquer periodo e idade**

**NÃO EXISTEM CONTRA-INDICAÇÕES**

**INJEÇÕES** — Em ampolas de 3 cc. São ministradas uma diariamente, e nas hemorragias insistentes e graves, duas ou tres ampolas diarias, a juizo do Medico.

**INDICAÇÕES** — Todas as hemorragias.

---

## LEJOMALTO

### ASSUCAR ALIMENTICIO

Composição: Mistura especial de DEXTRINA e MALTOSE com amylase inactiva.

**Acção do Lejomalto**

**Alimentação Artificial, Mixta** — *Ajuntado ao leite de vaca, confire a este as características do leite materno.* No estomago do lactante a mistura de leite de vaca, agua, e Lejomalto, coagula em grumos pequenos, friaveis, gelatinosos. No leite de vaca diluido, o Lejomalto ministrado nas proporções devidas cobre totalmente o deficit de lactose e gordura sem produzir fermentações intestinaes.

**Perturbações Gastro-Intestinaes do Lactante — Volta á alimentação depois da dieta hydrica — Desmamamento** — Tem uma acção preventiva e curativa, pois que impede a putrefacção azoadada dos germens e das toxinas intestinaes, accionando mecanica e quimicamente contra os germens e contra os seus productos.

**Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento**

**NÃO É FERMENTESCIVEL**

6.º Os sintomas agrupados sob o nome de «dispepsia nervosa» ou de «nevrose gástrica» podem ter três origens e algumas destas condições devem ser consideradas pre-ulcerosas. Estas origens são: a) irritação periférica dos nervos manifestada por sintomas gástricos; o lugar da irritação pode residir no estômago ou estar situado noutro órgão, p. ex., na vesícula, produzindo perturbações gástricas reflexas; b) lesões dos troncos nervosos; c) perturbações centrais, possivelmente de origem endocrínica.

7.º Como consequência lógica estão indicadas as operações dos nervos em certas perturbações e doenças do estômago.

8.º Algumas destas operações teem sido feitas no homem e em animais. Uma diz respeito, especialmente, ao espasmo do piloro, a outra ao espasmo do cardia.

E. COELHO.

---

Radioterapia e radiodiagnóstico dos tumores do encefalo. (*Radiothérapie et Radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale*), por GABRIELLE LÉVY. *Revue Neurologique*. — Tômoo II. N.º 5. Nov. de 1925, pág. 550-576.

Transcrevemos do trabalho da A. as conclusões:

«1.ª As considerações que seguem não dizem respeito aos tumores em que actualmente a radioterapia não é justificável e que são:

a) *as gomas sifiliticas e os tubérculos*;

b) *os tumores superficiais, circumscriptos, enucleáveis*. Estes últimos podem e devem ser extirpados cirúrgicamente, sempre que o doente o consinta e o seu estado geral o permita;

c) *certos tumores quísticos, ou calcários, ou ósseos*. Quando o diagnóstico possa fazer-se e a ablação cirúrgica seja possível.

Elas dizem, pelo contrário, respeito aos tumores que — quando mais não seja a título de ensaio — devem ser submetidos à radioterapia. Tais são os *tumores difusos* e em particular os *gliomas*.

*Os tumores intra-ventriculares*.

*Todos os tumores profundos, inacessíveis ou muito perigosamente acessíveis à cirurgia*.

Emfim e principalmente os *tumores da hipófise*; mas estes serão estudados num próximo trabalho.

2.ª *A conduta a seguir* em presença dum tumor cerebral a radiar deve variar segundo as circunstâncias seguintes:

*Existe ou não existe síndrome de hipertensão craniana.*

*Existem ou não sinais de localização do tumor.*

*Se não existe síndrome de hipertensão craniana*, ou pelo menos se não há estase papilar, deve fazer-se um tratamento pelos Raios X, mas utilizando primeiro pequenas doses, e verificar por meio de exames neurológicos e oftalmológicos repetidos os efeitos dêste tratamento.

Caso a estase papilar apareça no decurso do tratamento, *deve sem hesitação diminuir-se a dose e mesmo suspender o tratamento*.

Se, mesmo nessas condições, após extracção do líquido céfalo-raquidiano por punção lombar, os sintomas alarmantes não regressam rapidamente, deve o cirurgião praticar uma *trepanação descompressiva*.

Esta não só prevenirá acidentes graves, mas permite recomeçar ulteriormente com a radioterapia.

Certos autores, Bremer, Jungling, por exemplo, admitem que a trepanação descompressiva devia sempre preceder a radioterapia, com o fim de evitar precisamente os possíveis acidentes hipertensivos secundários.

Parece-nos que esta medida preventiva não se impõe, desde que a radioterapia seja prudentemente orientada e rodeada de todos os *contrôles* neurológicos e oftalmológicos necessários.

*Se está constituído o síndrome de hipertensão craniana* antes de qualquer tratamento, e se há estase papilar, a duração e a intensidade dos sinais deverão indicar a conduta a seguir.

Se a estase é já antiga e o nervo óptico está ameaçado, é preferível recorrer à trepanação descompressiva preventiva e à radioterapia ulterior.

Se não, poder-se há recorrer à radioterapia, mas com a maior prudência e sem retardar muito a trepanação descompressiva caso não se obtenham rapidamente melhoras sensíveis.

*Se existem sinais de localização*, devemos procurar, na medida do possível, centrar os raios sobre o suposto neoplasma.

*Se não existem sinais de localização*, pode radiar-se o crânio na totalidade, em campos sucessivos, mas ainda com prudência.

3.<sup>a</sup> Em certos casos pode ter que praticar-se a radiação de um tumor parcialmente enucleado, ou mesmo a da lóca de um tumor depois da ablação completa dêste.

Pode então empregar-se o *radium in situ* isoladamente, ou associando-lhe aplicações de rádio ou de Raio X a distância.

Mas o emprêgo do rádio *in situ* apresenta dificuldades e principalmente o grande perigo da infecção secundária. Béclère considera preferível a técnica das aplicações a distância.

4.<sup>a</sup> Não existe actualmente critério algum para reconhecer a destruição completa de um tumor pela radioterapia, a não ser a cura clínica aparente.

Isto é: os tumores malignos apresentam sempre, para o radioterapeuta como para o cirurgião, o perigo da recidiva após a cura.

As recidivas podem e devem ser submetidas à radioterapia. Esta exerce uma acção extremamente variável sobre estas recidivas, e nada permite prever, por agora, o prognóstico último de um tumor do cérebro tratado pela radioterapia.

Pode ao contrário admitir-se que a radioterapia manejada com prudência nos tumores do cérebro que não são acessíveis à cirurgia, é um método sem perigo, que se tem mostrado eficaz em certos casos, e que mais útil ainda se tornará à medida que as suas técnicas se forem aperfeiçoando. Observações ulteriores determinarão com precisão os limites dêste método...»

A roentgenerapia nos papilomas da laringe. (*La roentgentherapie dans les papillomes du larynx*), por SOLOMON e BLONDEAU. — *Journal de Radiologie*, t. X, n.º 3. Março de 1926.

As cordas vocais, as fitas ventriculares e o espaço sub-glótico são a sede principal dos papilomas da laringe. Relativamente raros nos adultos, observam-se principalmente nas crianças entre os 2 e os 5 anos.

Até há poucos anos o prognóstico era bastante grave nas crianças, tornando-se a traqueotomia quasi sempre necessária, pela extensão das lesões e facilidade das recidivas após intervenções sucessivas.

Pelo emprêgo da roentgenerapia o prognóstico melhorou consideravelmente.

Os resultados obtidos pelo A. e por outros radiologistas autorizam a afirmação de que a roentgenerapia constitui a medicação de escolha dos papilomas da laringe.

BÉNARD GUEDES.

Contribuição para o estudo da espondilite crônica anquilosante. (*Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der chronisch-ankylosierenden Spondylitis*), por HENRICH RUHE (Magdeburg) — *Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie*, Bd XXIII. Heft 5, pág. 640-666.

É necessário distinguir nitidamente a espondilite anquilosante da espondilite deformante. Esta resulta de causas puramente mecânicas; os corpos vertebrais deformam-se em consequência da perda de elasticidade dos discos. A espondilite deformante consiste em alterações inflamatórias das articulações vertebrais, que chegam à sua anquilose completa e se acompanham de importantes lesões dos ligamentos. Sucede muitas vezes ao reumatismo articular agudo, aparece depois de exposição às intempéries. O traumatismo desempenha muitas vezes um acentuado papel ocasional. A guerra aumentou extraordinariamente a sua frequência.

A espondilite anquilosante parece ser de natureza puramente infecciosa. Mas os exames anátomo-patológicos são pouco elucidativos. Deviam incidir não sobre os segmentos vertebrais anquilosados há muito tempo, mas sobre aqueles que acabam de ser atingidos por uma crise inflamatória recente. O facto das articulações da raiz dos membros serem frequentemente tocadas, fala a favor da origem infecciosa da espondilite anquilosante.

Sem se deter na sintomatologia, descrita em todos os livros, o A. insiste sobre a dificuldade respiratória que estes doentes apresentam, em consequência da anquilose das suas articulações costo-vertebrais. O tórax está imobilizado em expiração forçada; apenas persiste a respiração diafragmática. A ventilação pulmonar está muito reduzida e as complicações pulmonares são portanto frequentes.

A evolução é fatalmente progressiva, muitas vezes com remissões seguidas de crises, dolorosas ou não.

A terminação é a anquilose total do ráquis.

O A. insiste sobre os caracteres radiográficos da espondilite anquilosante e opõe-nos aos da espondilite deformante: artrite das articulações vertebrais posteriores e das articulações costo-vertebrais no primeiro caso, lesões deformantes dos corpos vertebrais com osteofitos no segundo. Duas magníficas radiografias, reproduzidas no artigo, ilustram esta diferença essencial.

O A. termina por um longo capítulo de diagnóstico, que é fácil e deve ser confirmado pela radiografia. Esta deve sempre ser feita, permitirá reconhecer a lesão vertebral e evitará atribuir-se a simples reumatismo as dores e a rigidez dorsal, ou ainda considerar estes doentes como simuladores ou histéricos. São assim os diagnósticos quasi sempre feitos, como foram em sete observações juntas ao belo artigo saído da clínica ortopédica do Prof. Blencke.

MENESES.

---

Indicações e técnica das injeções de azeite iodado nos abscessos e fistulas crónicas, para lhes determinar a origem. (*Indications et technique, etc.*), por ETIENNE SORREL e ANDRÉE DELAHAYE (Berck) — *Revue d'Orthopédie*. Tome XIII. N.º 2, pág. 129-136.

O exame clínico detalhado e a radiografia nem sempre são suficientes para conhecermos a origem e o trajecto dum abcesso crónico, fistulizado ou não. No adulto, por exemplo, o diagnóstico da origem dum abcesso frio ou duma fistula tuberculosa da região trocanteriana, é por vezes delicado, suspeitando-se ao mesmo tempo duma simples bursite, duma osteíte justa-coxal, de coxite, de sacro-coxite, de mal de Pott lombo-sagrado, etc.

Em casos assim duvidosos fazem os AA. o exame radiográfico dos abscessos e fistulas, após injeção de azeite iodado segundo o método de Sicard e Forestier. Empregado com certas precauções que apontam, permite-lhes êsse processo rectificarem muitos diagnósticos, como os de sete casos que apresentam, cujos diagnósticos primitivos diferiam muitíssimo, e de modo importante, dos diagnósticos definitivos.

Como material usam: *a)* uma seringa de vidro de 10 cc., munida de um par de arcos metálicos permitindo aos dedos um apoio sólido para premir o êmbolo; *b)* um jôgo de sondas, modelo de instilações vesicais, montadas com mandril metálico pouco rijo, esterilizadas com vapores de trioximetilena; *c)* azeite iodado esterilizado em ampolas ou em pequenos frascos de alumínio (lipiodol).

Antes da exploração, o campo operatório deve ser aseptizado com as precauções correntes. O trajecto fistuloso é então minuciosamente estudado com o auxílio da sonda munida do seu mandril. Todos os divertículos são seguidos. Desde que a sonda penetrou na direcção correcta, desliza facilmente, umas vezes dando a sensação de progredir num largo canal, outras vezes oferecendo certa resistência como a dum canal estreito e tortuoso.

Em todo o caso uma sonda de pequeno calibre, munida do mandril me-

# DRYCO

(LEITE EM PÓ)

O alimento ideal para CRIANÇAS, ENFERMOS e CONVALESCENTES

O DRYCO é considerado em todo o mundo como o melhor leite em pó que se fabrica actualmente. Quais as razões desta superioridade do DRYCO sobre os seus similares? Vamos apresentar algumas das principais.

O DRYCO procede de vacas seleccionadas entre as das melhores raças, as quais estão, assim como os estábulos e utensílios, sob a inspecção diária dos nossos veterinários. As quatro fábricas que produzem o DRYCO, com prejuízo de qualquer outro produto, estão situadas em Estados da União escolhidos pelas suas óptimas pastagens. Tudo isto assegura uma matéria prima de insuperável qualidade.

*O DRYCO é rigorosamente estéril, como sempre o têm demonstrado as diferentes análises realizadas. Isto consegue-se pelo escrupuloso e científico processo de fabrico e conservação que seca e esteriliza o leite sem alterar as vitaminas antiescorbúticas e antiraquíticas (D), qualidade essencial e privativa do DRYCO.*

O sistema de envase (registado) conserva indefinidamente esta qualidade essencial, pois que nele o ar é substituído por nitrogénio puro (inerte e inofensivo) para evitar as alterações devidas às oxidações.

*Não contém qualquer matéria conservadora, pelo que nunca se manifesta enterite às crianças alimentadas exclusivamente com o DRYCO. As que, alimentadas com quaisquer outros produtos, estejam sofrendo essa doença, basta dar-lhes DRYCO, com exclusão de toda a farmacoterapia, para as fazer regressar à normalidade.*

*Este conjunto de propriedades anti-atrêpsicas, que até ao presente momento nenhum outro produto similar conseguiu apresentar, tornam o DRYCO insubstituível na amamentação artificial e, em casos de raquitismo, coadjuvante do leite materno pela vitamina D (o leite humano não contém nenhuma vitamina antiraquítica).*

THE DRY MILK COMPANY, 15, Park Row — New York  
(Instituição internacional para o estudo e preparação de produtos de leite puro)

Depositários para Portugal e Colónias:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>**  
RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

PILULAS

**OPOBYL**

PILULAS

**TRATAMENTO PHYSIOLOGICO**

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhosos, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

**COMPOSIÇÃO**

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

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

**PHARMACODYNAMIA**

*Cholagogo, Reeducador 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°)

”

**Ceregumil**  
**Fernández**

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

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ, & CANIVELL Y C.<sup>ª</sup> — MÁLAGA

Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.<sup>ª</sup>

Rua Nova da Trindade, 9-1.º

LISBOA

tálico, é suficientemente mole para se moldar aos contornos do trajecto e suficientemente dura para se deixar conduzir sem se dobrar sobre si mesma.

Quando a sonda chegou ao fim, retira-se o mandril e injecta-se lentamente com a seringa o azeite iodado. Pára-se com a inecção quando se vê aparecer uma gota do líquido da profundidade da fistula. O doente é então pôsto em posição de declive em relação à presumida direcção do abcesso; deixa-se a sonda no trajecto, fechada com uma pinça.

Ao fim de meia hora, a região é radiografada, e muitas vezes a localização é difícil, sendo necessário impressionar chapas em diferentes posições.

Depois de feita a radiografia, tira-se a sonda e pensa-se a ferida fistulosa como é habitual. É frequente ver nos dias seguintes um aumento passageiro da supuração, que diminui em seguida. No caso de se tratar de abcessos não fistulosos, puncionam-se estes com um trocarte vulgar, e depois de vazio do pus injecta-se pelo mesmo o azeite iodado. Uma vez injectada a quantidade suficiente, retira-se o trocarte e o orifício da punção é pensado segundo as regras ordinárias.

Não se julgue porém que não existem causas de êrro, e quantas vezes na intervenção cirúrgica se descobrem trajectos de que nem depois da inecção se suspeitava e onde o líquido não chegou. Basta que o trajecto faça um cotovêlo brusco ou que grumos espessos o obstruam. Mas a-pesar dessas «fraquezas» do método, recomendam-no porque é duma benignidade absoluta, duma simplicidade de execução enorme, e permite muitas vezes precisar rapidamente diagnósticos particularmente delicados.

MENESES.

---

Contribuição para o conhecimento da «Espondilite traumática de Kümmell». (*Contributo alla conoscenza della «Spondilite traumatica di Kümmell»*), por G. ZAMBONI (Modena) — *La chirurgia degli Organi di movimento*. Vol. IX, fasc. 1-2, pág. 105-130.

O A. expõe as suas observações pessoais de dois casos de espondilite traumática de sindroma retardado (doença de Kümmell), apresentando excelentes reproduções radiográficas.

Depois de fazer a história da forma mórbida, expõe as diferentes teorias sobre a patogenese, que tem sido até hoje um problema importante, e examina as conclusões a que tem chegado os numerosos autores. Baseando-se nas suas observações e na crítica daquelas, conclui que a patogenese das manifestações tardias na d. de Kümmell está em relação com a fractura dum calo de fractura (completa ou incompleta) da vértebra e particularmente do corpo, refractura produzida por acções mecânicas relacionadas com uma função anómala dos elementos musculares, tendinosos e ligamentosos, e a insuficiência do calo, formado sobre tecido ósseo sede de processos distróficos de natureza vascular e nervosa.

Expõe detalhadamente os traços característicos da sintomatologia e faz uma revista dos diferentes problemas ligados ao diagnóstico diferencial. Quanto à terapêutica, inclina-se a admitir uma intervenção cirúrgica (osteosintese de Albee), visto o brilhante resultado obtido num dos seus casos.

MENESES

---

Sobre a patogenia e o tratamento do síndrome de Volkmann. (*Sur la pathogenie et le traitement de la syndrome de Volkmann*), por R. LERICHE (LYON) — *Gazette des Hôpitaux*, 1926. N.º 18.

O A. refere o caso dum adolescente no qual em seguida a uma ferida no antebraço se manifestou um síndrome de Volkmann. A ligeira infecção seguida à ferida com instrumento de ponta no antebraço esquerdo, determinou uma semiflexão do pulso e dos dedos nas articulações das segundas falanges. Numa incisão exploradora observou-se a existência dum pequeno depósito fibrinoso com os músculos edemaciados, mas sem infiltração hemorrágica, nem placas de esclerose, nem lesão muscular ou nervosa.

Logo que a ferida cicatrizou, fez-se uma simpatectomia humeral, em seguida à qual a contractura se reduziu rapidamente,

O síndrome de Volkmann pode pois manifestar-se por dois mecanismos diferentes: Em alguns casos existe uma necrose muscular isquémica primitiva, consecutiva a operações ortopédicas; nesses tôdas as operações nervosas não teem mais do que um carácter acessório, com escassa eficácia sobre os sintomas contracturais; noutros casos não se trata duma retracção isquémica, mas duma contractura dos flexores, e então não tendo o músculo perdido parte da sua elasticidade nem da sua potência de elongação, encontra-se nas condições anatómicas e fisiológicas mais favoráveis para poder readquirir a sua plena função com o auxílio da simpatectomia. *Existe portanto um síndrome de Volkmann devido a contractura de origem simpática ou a hipertonia*, como se queira dizer.

MENESES.

---

Uma revista dos resultados finais do tratamento pela insulina. (*A review of the later results of insulin treatment*), por A. P. THOMSON. — *Brit. Med. Jour.* — 3 de Abril de 1926.

De 100 casos de diabetes, de tôdas as categorias, tratados com insulina e dieta, 75 estão vivos, 61 em boas condições de saúde e 14 com uma saúde precária.

É de esperar uma melhor percentagem de bons resultados nos tratamentos futuros uma vez que a êles se recorra com maior freqüência e num maior número de casos.

De 25 mortes, uma foi conseqüência directa do tratamento e 10 não dependeram directamente da diabetes, mas foram precipitadas por ela.

De 21 comas tratados em fases adiantadas, 12 salvaram-se, vivendo 5, em óptimas condições. O autor insiste na necessidade de se tratarem com insulina as diabetes juvenis.

MORAIS DAVID.

---

**Ação hipertensiva do cloreto de sódio.** (*Action hypertensive du chlorure de sodium*), por L. AMBARD e R. CARN.—*Bul. Soc. Med. des Hôps.*—28 de Janeiro de 1926.

De tantos tratamentos propostos para a hipertensão nem um tem resistido ao tempo e à crítica; ainda assim, de todos, talvez o regime descloreto seja o único que convém fixar.

O A. estuda um caso de hipertensão que deu baixa ao Hospital após uma crise de edema pulmonar agudo que sobreveio numa época de regime dietético livre. Tratava-se de um hipertenso, albuminúrico, azotémico e com retenção cloretada sêca. Êste doente foi submetido a uma dieta sem sal e a sua tensão arterial baixou, mas subia de novo, logo ao fim de quatro dias, tôdas as vezes que o doente voltava à dieta cloretada. Esta elevação da pressão arterial (4 cm. de mercúrio) era principalmente na pressão sistólica e não era acompanhada de edemas.

Na elevação da tensão arterial parece que o elemento edema não tem importância, mas tem-na o aumento da concentração do cloreto de sódio nos tecidos.

MORAIS DAVID.

---

**Estudo histológico das arteriolas cutâneas em três casos de síndrome de Raynaud.** (*Étude histologique des artérioles cutanées dans trois cas de syndrome de Raynaud*), por GRENET e ISAAC GEORGES.—*Bul. Soc. Med. des Hôp.*—4 de Fevereiro de 1926.

Cada vez tem maior aceitação a idea de que no síndrome de Raynaud os sintomas vasculares da doença estão mais em relação com lesões anatómicas dos vasos do que com o simples espasmo vascular.

A grande parte da observação anátomo-patológica do assunto reduz-se ao exame de segmentos digitais, quasi sempre profundamente alterados e em que as conclusões, por isso mesmo, não podem deixar de ser de uma interpretação difficil. Os autores pensam com Recklinghausen que o factor patogénico principal está no processo de vascularite das artérias dérmicas das extremidades e em abono desta maneira de ver apresentam um estudo de três casos. Num dêles havia antecedentes de perturbações tróficas, já cicatri-

zadas; noutro não havia antecedentes de lesões de gangrena e num terceiro havia somente crises locais, anémicas e asfíxicas.

Os autores colheram nos três casos fragmentos cutâneos dos dedos, sem lesões tróficas. Em todos os casos havia de facto lesões asteriolares manifestas.

Dois dos doentes eram sifilíticos e no outro os sintomas da doença apareceram depois de uma ligeira infecção caracterizada por um estado sub-febril e astralgias.

A arteriolite não é apanágio das formas graves, mas existe também nos casos mais benignos.

MORAIS DAVID.

---

**Toxina do sarampo.** Sua preparação e emprégo como prova cutânea, como agente de imunização e de formação de anti-toxina. (*Measles toxin. Its preparation and application as a skin test, as an immunizing agent and for the production of an anti-toxin*), por FERRY e W. FISHER. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 27 de Março de 1926.

O conhecimento das reacções de Schick e Dick, respectivamente para a difteria e para a escarlatina, e as deducções práticas que derivam destas duas reacções, proporcionaram o empreendimento de estudos em outras doenças infecciosas.

Ferry e Fisher publicam o resultado dos seus trabalhos sobre a etiologia do sarampo, tendo conseguido isolar um *Streptococcus* no sangue dos doentes, durante os primeiros dias de doença e uma toxina que empregam para o seu diagnóstico e tratamento. O agente isolado pelos autores foi por elles denominado *Streptococcus morbilli*.

A injeccção intra-dérmica da toxina não provoca reacção nos indivíduos que já tenham anteriormente contraído a infecção e 30 crianças estudadas neste sentido e nestas condições tiveram tôdas reacções negativas. De 35 doentes sem história de sarampo nos seus antecedentes houve reacções positivas em 14.

Doentes com sarampo, na fase pre-eruptiva nos primeiros estádios da doença, reagem à toxina, ao passo que em fases adiantadas ou em período de convalescência já não reagem.

A junção de sôro de convalescentes à toxina impede a reacção da toxina em indivíduos sensíveis. Os mesmos efeitos se verificam quando à toxina se junta sôro de animais imunizados. O sôro normal e o sôro anti-tóxico da escarlatina não teem esta acção.

As propriedades imunitárias e neutralizantes do sôro animal anti-tóxico e do sôro humano naturalmente imunizado são iguais.

O *Streptococcus* é aglutinado pelo sôro dos convalescentes.

MORAIS DAVID.

O iodo no tratamento do bócio exoftálmico. (*L'iode dans le traitement du goitre exophtalmique*), por P. L. MARIE — *Presse Med.*, 8 de Maio de 1926.

O autor faz uma larga história a-propósito da reabilitação do tratamento iódico no bócio exoftálmico, um assunto que nos últimos tempos vem sendo tratado com insistência em numerosas revistas estrangeiras. O autor diz, em resumo, no seu artigo:

Do conjunto dos factos ressalta o interêsse da medicação iódica no tratamento do bócio exoftálmico e um ponto particularmente se deve considerar assente desde já e é o benefício certo que o iodo produz a título de preparação para a tiroidectomia. A operação torna-se inofensiva, no consenso unânime de todos os que se tem servido desta terapêutica, e isto representa um real progresso. O valor da medicação a longo curso é mais incerto. Há factos interessantes ainda pouco firmes que carecem de confirmação. Também a delicada questão que diz respeito à dosagem precisa de ser bem esclarecida.

MORAIS DAVID.

---

A-propósito de factos novos de estafilococemias. (*A propos de faits nouveaux de staphylococemies*), por P. GEORGE e H. GIROIRE — *Presse Med.*, 15 de Maio de 1926.

Em conclusão do estudo de numerosos casos de estafilocozia que passaram pela clínica de Doenças infecciosas do Hospital Cl. Bernard, os autores notaram que além das formas comuns e habitualmente descritas podiam distinguir duas outras com características um tanto particulares. Uma delas tem como feição especial a multiplicidade de focos de necrose dos tegumentos produzidos por embolias sépticas de uma endocardite maligna; a outra é acompanhada de manifestações erisipelatoides da face, que se desenvolvem quasi sempre depois de um furúnculo e que terminam por flebite do seio cavernoso. Estas duas formas tem entre si certas afinidades clínicas e anátomo-patológicas.

MORAIS DAVID.

---

Sobre alguns processos novos de exploração do funcionamento hepático. (*Sur quelques nouveaux procédés d'exploration du fonctionnement hépatique*), por J. ROUILLARD. — *Presse Med.* N.º 32. 1926.

Apresenta várias provas de insuficiência hepática que se baseiam no estudo dos pigmentos biliares do sangue e na eliminação de substâncias coradas pelo fígado. A-pesar da multiplicidade e do engenho das provas, vê-se que não nos elucidam de maneira perfeita sobre o estado funcional do fígado. Diz

que a sondagem duodenal talvez permita uma exploração mais precisa e subscreve às conclusões de N. Fiessinger e Walter: «não há apenas uma exploração, mas sim explorações funcionais do fígado que são incertas, infieis e frágeis; é o exame clínico que permite estabelecer um prognóstico com mais segurança.»

F. FONSECA.

---

**Estudos da glicemia na encefalite letárgica.** (*Blood-sugar studies in encephalitis lethargica*), por McCOWAN, HARRIS e MAIM. *The Lancet*. N.º 5355. Abril de 1926.

Apresentam uma série de investigações (curva da glicemia provocada e prova da levulose) feitas em doentes com sequelas de encefalite letárgica, hospitalizados no Mental Hospitals Committee of the London County Council. Não encontraram valores elevados da glicemia em jejum e, baseados nos trabalhos de Goodwin e Shelly, que acharam na maioria dos casos estudados uma relação constante entre os valores da glicose no sangue e no líquido cefalo-raquidiano, concluem que o aumento da glicose neste último, em jejum, não é característico e não tem valor diagnóstico nos doentes com sequela de encefalite letárgica.

Das suas investigações tiram, entre outras, as seguintes conclusões:

- 1.ª Há alterações de metabolismo dos hidratos de carbone na «post-encefalite letárgica»
- 2.ª Nas sequelas de encefalite letárgica a prova da levulose mostra que não há insuficiência hepática nítida.
- 3.ª Os estados mentais de depressão e estupor associam-se com as anormalias mais intensas do metabolismo dos hidratos de carbone.

F. FONSECA.

---

**Tratamento da magreza e do emmagrecimento pela insulina.** (*Traitement de la maigreur et de l'amaigrissement par l'insuline*), por F. NOUTIER. *Archives des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutrition*. N.º 4. 1926.

O A. pratica ha seis meses a insulino-terapia em 23 dos seus doentes. Tra- tou tantos casos de magreza essencial como de magreza adquirida, prolon- gando o tratamento por períodos variáveis. Assim, alguns doentes foram inje- ctados apenas 8 dias, enquanto noutros a cura durou alguns meses. A mar- cha favorável da cura assinala-se em todos os casos pelos mesmos sintomas: aumento do apetite e sensação de bem-estar. O aumento de pêso é immediato ou tardio, fazendo-se por vezes de forma irregular. Em quasi todos os ma- gros tratados, ptosados com obstipação habitual, se deu, durante o trata-

mento, regularização das dejeções. O A. emprega doses pequenas de insulina: 5 a 15 unidades um quarto de hora antes das duas principais refeições. Em dois dos doentes o metabolismo basal não se modificou.

F. FONSECA.

---

**Sobre uma nova maneira de provocar o fenómeno patológico do grande dedo.** (*Ueber eine neue Art der Auslösung des pathologischen Grosszehenphänomens*), pelo Dr. O. CLAUSS. — *Miinch. Med. Woch.* N.º 18. 1926.

O A. apresenta uma nova forma de procurar o sinal de Babinski, que consiste na flexão activa da articulação do joelho, opondo o observador resistência a êste movimento. Em muitos doentes nervosos orgânicos provoca-se dêste modo a flexão dorsal do grande dedo do mesmo lado e mais raramente do lado oposto. Êste sinal tem em adultos a mesma significação que o sinal de Babinski. É um pouco mais raro que êste último, mas mais freqüente que os sinais de Oppenheim e de Gordon.

F. FONSECA.

---

**Diabetes insulino-resistente.** (*Über Insulinresistenten Diabetes*), pelo Prof. Dr. E. FRANK — *Klin. Woch.* N.º 16. 1926.

A insulino-terapia deu-nos a conhecer o fenómeno da insulino-resistência. Há *fases e formas* insulino-resistentes de diabetes mellitus. A acidose e a infecção do organismo diabético são exemplos de fases de aumentada resistência à insulina. O organismo infectado necessita mais insulina não só porque a infecção actua sobre o metabolismo, mas ainda porque enfraquece notavelmente a acção da hormona, podendo êste enfraquecimento ser devido ou à acção directa das toxinas microbianas ou a modificações que estas acarretam e que indirectamente prejudiquem o efeito da insulina.

Entre as formas de diabetes insulino-resistentes devemos distinguir duas categorias: *Aparentes e verdadeiras*. Às primeiras pertencem os casos da chamada diabetes renal, em que não há alteração do metabolismo dos hidratos de carbone, sendo, em geral, a acção da insulina idêntica à exercida nos indivíduos normais e explicando-se a glicosúria por uma baixa do limiar para a glicose. O emprêgo da hormona pancreática veio mostrar quão acentuada pode ser a descida do limiar (no caso de Staub persistiu a glicosúria a-pesar da glicemia ter atingido valores de 0,034 % (!) depois duma injeção de insulina).

Só se deve falar de insulino-resistência verdadeira quando a hormona diminui insufficientemente os valores duma glicemia elevada em jejum e pouco modifica uma curva anormal de glicemia provocada. O A. entende que estas formas devem ser mais freqüentes do que o que a literatura médica

indica. Umber e Rosenberg, em 300 diabéticos, encontraram 15 casos de hiperglicemia refratários à insulina.

O A. apresenta 3 casos de diabetes insulino-resistente, pertencendo ao segundo os doseamentos que se seguem :

Tempo	Glicemia %	Observações
8 <sup>h</sup>	0,190	
8 <sup>h</sup> ,30		20 u. i. subcutâneas
10 <sup>h</sup>	0,190	
11 <sup>h</sup>	0,184	
12 <sup>h</sup>	0,155	
13 <sup>h</sup>	0,182	Comêço da refeição

É bom frizar que 20 u. i. baixam freqüentemente nos diabéticos em jejum uma glicemia de 0,25-0,3 % a valores normais.

No 1.º caso (dieta com 200 gr. de hidratos de carbone, glicosúria de cêrca de 20 gr.) a quantidade de açúcar na urina mantém-se a mesma, quer se injectem ou não 20-30 u. i.

No 3.º doente (dieta: 75 gr. de H. C. glicosúria: cêrca de 42 gr.) três injeccões de 20 u. cada uma não modificam a glicosúria; três injeccões de 30 u. baixam-na para 25 gr. e quando se aumenta a dose para 3 vezes 40 u. a urina contém ainda 15 gr. de glucose. No caso de Falta e Radoslav a administração de 180 u. i. não teve o menor efeito sôbre uma glicosúria de 80-100 gr. por dia.

Para o A. estes casos de insulino-resistência demonstram a existência de uma forma de diabetes humana de origem não pancreática. Vários factos experimentais levam-no a supor que esta forma de hiperglicemia duradoura e independente do pâncreas seja devida a alterações endocrino-nervosas.

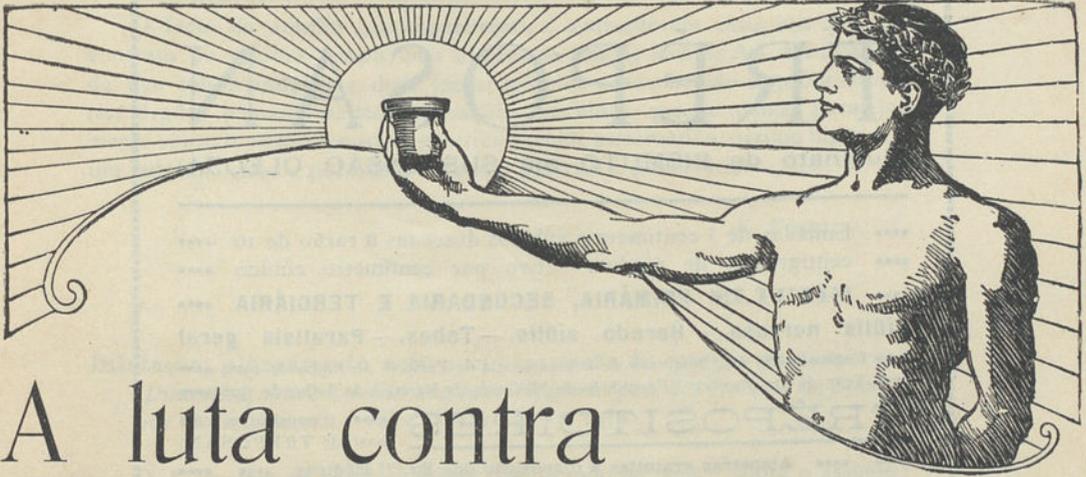
O A. demonstra ainda que, em certos casos, há uma combinação da hiperglicemia não insular com a diabetes renal.

F. FONSECA.

---

**Aquilia gastro-pancreática.** (*Achyliè gastro-pancréatique*), por A. LANDAU, J. CYGIETSTREJCH, M. FIGGIN — *Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutrition*. N.º 4. 1926.

Os AA. estudam a secreção externa do pâncreas por meio da tubagem duodenal. Doseiam a tripsina pelo processo de Fuld-Gross, a amilase pelo de Wohlgemut e a lipase pelo de Bondi-Chiray. Encontraram aquilia gastro-pancreática em 4 doentes cujas histórias publicam, juntamente com outras que demonstram serem completamente independentes a aquilia gástrica e a pancreática. Uma anacidez completa do estômago existe com secreção normal ou quasi normal do pâncreas nos casos 7 e 8 e vice-versa uma aquilia pancreática não é necessariamente acompanhada por ausência da secreção gástrica (casos 5 e 6).



# A luta contra

# a Pneumonia

Por um lado o doente é obrigado a lutar contra os efeitos da pneumonia, por outro o médico é forçado a lutar para salvar o doente. Na pneumonia o ar respirado deve ser rico em oxigénio e comparativamente fresco; a superfície do corpo e sobretudo o torax, pelo contrário deve manter-se quente, porque um resfriamento poderia entrarav os fagocitos na sua luta contra os pneumococos. O efeito do frio sobre o torax faz dirigir o sangue da circulação superficial para o pulmão, já congestionado e engorgitado.

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

Constitue não só a melhor maneira de aplicar o calor húmido, uniforme e continua, sem contar as vantagens das suas propriedades físicas (higroscopia, endosmose e exosmose), mas, além disso ela oferece ao pneumónico aquilo de que êle tem absoluta necessidade: O CONFORTO e o REPOUSO.

Enviem-se amostras e literatura grátis aos Ex.<sup>mos</sup> Médicos

Sede principal: **The Denver Chemical MFG. CO.** — NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATÓRIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Aires, Sydney, México City, Montreal, Florença

Deposítários em Portugal: **ROBINSON, BARDSLEY & C.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**, Cais do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

# TRÉPOSAN

(Sucinato de BISMUTO em SUSPENSÃO OLEOSA)

.... Emboas de 3 centímetros cúbicos doseadas à razão de 10 ....  
.... centigramas de produto activo por centímetro cúbico ....

.... **SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA** ....

Sífilis nervosa. — Heredo sífilis. — Tabes. — Paralisia geral

.... Comunicação ao Congresso de Dermatologia de Paris (8 de Junho de 1922) ....

.... Tese do Dr. BERTHET (Faculdade de Medicina de Paris) 8 de Julho de 1922 ....

**TRÉPOSITOIRES** .... (Supositórios com  
base de TRÉPOSAN)

.... Amstras gratuitas à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Médicos ....

.... **LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN de PARIS** ....

**A. VINCENT, L.<sup>DA</sup> — R. Ivens, 56 — Lisboa**

.... Concessionários para Portugal e Colónias ....

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60<sup>000</sup>

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80<sup>000</sup>

NÚMERO AVULSO: 8<sup>000</sup> e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração devem ser dirigidos ao Dr. Almeida Dias, Secretário da Redacção e Administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

O facto da aquilia gastro-pancreática aparecer em casos nos quais se constata ao mesmo tempo uma doença do sangue leva os AA. à suposição de que sob a influência dum factor mórbido desconhecido se produziriam nos órgãos hematopoiéticos alterações mórbidas que, actuando paralelamente sobre o sangue, mucosa gástrica e tecido pancreático, dariam lugar por um lado à anemia e por outro à aquilia gástrica e pancreática.

F. FONSECA.

---

Dilatação, alargamento activo ou hipertrofia do coração no desporto?  
(*Dilatation, aktive Enmeiterung oder Hypertrophie des Herzens im Sport?*)  
por H. HERXHEIMER—*Klin. Woch.* N.º 17. 1926.

O A. resume da seguinte forma o seu modo de pensar sobre o assunto:

1.º—Nos homens de desporto um maior treino, se provoca aumento de volume do pulso, também ocasiona rapidamente o acréscimo da massa muscular cardíaca.

2.º—Este acréscimo acompanha em certas espécies de desporto, o desenvolvimento que vão tomando os músculos do esqueleto, mas nos exercícios muito prolongados o aumento de volume do coração dá-se mais rapidamente.

3.º—Em alguns indivíduos bem treinados observa-se uma distensão do coração, que ocasiona um alargamento das suas cavidades, podendo coexistir ou não com a hipertrofia do músculo cardíaco.

F. FONSECA.

---

Uma nova forma de tratamento local da cistite e pielite. (*Eine neue lokale Behandlungsweise der Zystitis und Pyelitis*), por H. SCHIROKAUER  
—*Ther. der Gegenwart.* N.º 4. 1926.

A maior parte dos estados agudos de cistite e pielite são curáveis com dieta e urotropina, esta última administrada *per os* ou por via endovenosa.

Nos estados crónicos é necessário um tratamento local com nitrato de prata ou qualquer dos medicamentos equivalentes. Entretanto há numerosos casos que não são influenciados por esta terapêutica e é para admirar que sendo a urotropina tão usada nas afecções das vias urinárias ainda não tenha sido empregada directamente no tratamento local dos processos inflamatórios crónicos.

O A. pratica há 2 anos esse tratamento local, tendo usado primeiro uma mistura de atophanyl com soluto de urotropina a 40 0/0, mais tarde Cylo-tropin (Schering) e em alguns casos soluto de urotropina a 40 0/0 puro ou diluído.

A urotropina e atophanyl são misturados convenientemente de modo a resultar uma diluição de urotropina a 20 0/0.

As primeiras três ou quatro instilações de Cylotropin ou de urotropina (40 0/0) são feitas depois de prévia diluição destes medicamentos em água destilada (1/2 ou 1/4) e as restantes com o soluto original.

O soluto de urotropina a 40 0/0 é irritante quando contém aldeído fórmico (prova de Jorissen fortemente positiva). A quantidade de líquido instilado é (segundo o modo de emprêgo acima referido), de 5, 10, 20 c. c.

O A. tratou 37 doentes. As instilações vesicais e as lavagens do bassinete foram feitas, salvo raras excepções, depois de cistoscopia ou cateterismo do uretero. A primeira instilação vesical é muitas vezes dolorosa. Repetir instilações e lavagens cada dois dias. O A. reputa esta terapêutica melhor do que as usadas comumente. Discute a acção antiséptica da urotropina, que nestes casos seria devida mais à própria droga do que aos vestígios de aldeído fórmico resultante da sua decomposição.

F. FONSECA.

---

Experiências com a adalina; simultaneamente uma contribuição a terapêutica da hipertonia essencial. (*Erfahrungen mit Adalin, zugleich ein Beitrag zur Therapie der essentiellen Hypertonie*), pelo Dr. S. MAYER. — *Ther. der Gegenwart*. N.º 4. 1926.

O A. descreve as propriedades terapêuticas da adalina e frisa os bons resultados que com ela se obtêm no tratamento da hipertonia essencial. Aconselha o seu emprêgo durante 3 semanas. Nos primeiros dias dá 2-3 vezes 0,8<sup>re</sup>25, nos 14 seguintes 3-4 vezes por dia a mesma dose, que de novo é reduzida na última semana.

Pouco depois de instituído o tratamento, a pressão desce 15-24 mm. de Hg, atingindo muitas vezes valores normais no decurso da cura.

O A. e Henius (*Klin. Woch.*, n.º 30, 1925) obtiveram também bons resultados com a Abasin.

A acção destes medicamentos exercer-se-ia indirectamente sobre o angioespaço, diminuindo a excitabilidade do sistema nervoso central.

Nos casos em que a principal alteração não resida nos centros nervosos, deverá prescrever-se outra terapêutica.

F. FONSECA.

## Biblioteca da "Lisboa Médica,"

### *Obras recebidas:*

**Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis.** (Propriedade do Instituto de Histologia e de Embriologia e do Laboratório de Anatomia). Vol. I, N.º 1-4. Coimbra, Typis Academicis, 1926.

Recebemos o primeiro fascículo desta interessante Revista que começou a publicar-se em Coimbra.

É seu editor o Prof. Geraldino Brites e seus redactores, além do editor, os Profs. Basílio Freire e Maximino Correia. Como o seu programa indica, publicará memórias originais e estudos de anatomia descritiva, topográfica e patológica; de histologia e embriologia realizados nos laboratórios da Universidade de Coimbra.

Os artigos poderão sair em francês, inglês ou alemão, consoante o desejo dos AA.

Este fascículo encerra a seguinte colaboração:

Maximino Correia: «Le canal thoracique chez l'homme».

J. Oliveira Reis: «Sur la structure du faisceau de His et de ses branches dans le coeur du Mouton».

Eduardo Santos: «Sur quelques dispositions morphologiques des ganglions sympathiques».

Geraldino Brites: «La tunique musculieuse de l'anse sigmoïde du colon».

Felicitemos os organizadores e fazemos votos sinceros por uma longa vida.

Além do valor dos trabalhos, merece ainda destaque a apresentação da Revista.

Não foram esquecidas as tradições da velha Universidade de Coimbra.

---

**Travaux du Laboratoire de Recherches Biologiques de L'Université de Madrid,** publicados por S. RAMÓN Y CAJAL. Tómo XXIII. Fasc. 3. Madrid, Novembro de 1925.

*Sumário:* DESIDERIUS MISKOLCZY: Ueber die frühveränderungen der pyramidenzellen nach experimentellen rindenverletzungen. (Avec 17 figures).

S. RAMÓN CAJAL: Contribution à la connaissance de la névroglie cérébrale et cérébelleuse dans la paralysie générale progressive. (Avec 25 figures).

PROF. S. E. HENSCHEN: Mémoire sur la base anatomique de la vision mono et binoculaire. (Avec 5 figures).

S. R. CAJAL: Une formule pour colorer dans les coupes les fibres améduillées et les terminaisons centrales et périphériques.



S. R. CAJAL: Note sur le réseau péricellulaire de l'épithélium pavimenteux stratifié de la langue. (Avec 2 figures).

S. R. CAJAL: Quelques remarques sur les plaques motrices de la langue des mammifères. (Avec 5 figures).

---

**L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique**, par NOËL FIESSINGER e HENRY WALTER. 1 vol., 388 pág., 5 figuras. (Masson et Cie, Ed.) Paris, 1925. 30 Frs.

Os AA. apresentam um detalhado estudo da exploração funcional do fígado, fazendo a crítica dos vários métodos e ensinando como devem explorar-se as funções hepáticas.

Estudam ainda, sob o ponto de vista clínico, as diferentes formas de insuficiência hepática, o seu diagnóstico, prognóstico e tratamento.

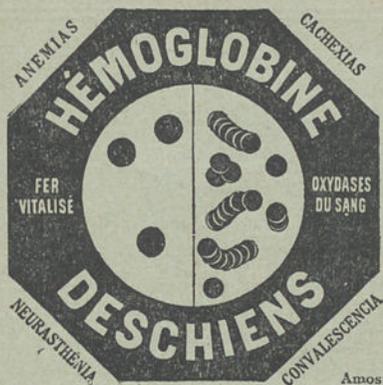
É um livro bem documentado que pode prestar ao prático conhecimentos de grande utilidade.

---

**Relatório apresentado em 31 de Dezembro de 1925**, pelo Director da Fac. de Med. de Pôrto Alegre (Prof. SARMENTO LEITE), Pôrto Alegre. Of. Graph. da Livraria do Comercio, 1926.

Desenvolvido relatório sôbre a vida escolar da Faculdade durante o ano lectivo de 1925. O trabalho é dividido em 58 capítulos, não esquecendo o mais pequeno detalhe que possa ter interêsse. Várias gravuras com aspectos da Faculdade ilustram o volume, que mostra a vida florescente da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre e que demonstra ainda o cuidado que o Brasil dedica ao problema do ensino médico.

Agradecemos a gentileza da oferta.



## Opothérapie Hemática *Total*

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS  
**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>a</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)  
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

## A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA, DÁ SAUDE

Agentes para Portugal: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



### *Tratamento completo das doenças do fígado e dos syndromas derivativos*

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia familiar, doenças dos paizes quentes, prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opothérapias hepática e biliar  
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobrezeza de SOLUÇÃO

### PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bils  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
d'agua fervida  
quente.  
Creanças: 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 Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

# Produtos Opoterápicos

Uma opoterapia verdadeiramente eficaz só se pode realizar pela administração simultânea de produtos extraídos de diversas glândulas endocrínicas, em doses convenientes. Está provado que os sindromas de origem endocrínica são na maior parte dos casos, devidos a alterações funcionais de várias glândulas, mais ou menos profundamente afectadas pelo processo mórbido.

Por isso, só as combinações de hormonas diferentes permitem tratar com êxito as endocrinopatias.

Os preparados de:

**G. W. CARNRICK & C<sup>o</sup>.**  
New-York

oferecem todas as garantias: são fabricados com glândulas frescas, de animais domésticos perfeitamente sãos, por químicos especializados, nos laboratórios da casa, e devidamente analisados sob o ponto de vista fisiológico e farmacológico.

**HORMOTONE** — (Hormonas hipofisárias, tiróidicas e gonádicas) — Anemia. Perturbações menstruais. Menopausa. Senilidade. Nutrição insuficiente.

**SECRETOGEN** — (Substâncias activas das mucosas duodenal e pilórica) — Dispepsia fermentativa. Flatulência. Catarro gástrico crónico, indigestão intestinal.

**AMYLAGYNE** — (Extracto de pâncreas fresco) — Aquilia gástrica, etc.

**TRYPSOGEN** — (Hormonas pancreáticas) — Diabetes.

**KINAGYNE** — (Hormonas tiróidicas, hipofisárias, pancreática) — Desnutrição, descalcificação do organismo, tuberculose, etc.

**VIRILIGEN** — (Substâncias pituitária, suprarrenal, tiróidica e testicular. Perturbações sexuais. Impotência.

Todos êstes preparados são em comprimidos, cápsulas ou empolas rigorosamente doseados.

DEPOSITÁRIO EM PORTUGAL  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º