

Ano IV

N.º 6

Junho de 1927



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# FLUORIFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL.

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura dos agentes 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: a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, GARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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, Medaiba de Ouro, 1900, Paris.

3. Boulevard St-Martin Paris — 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 convallescenças —

Podir 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 13

Est. 9

Tab. 1

N.<sup>o</sup> 55

# LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS  
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC  
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
 GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
 13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P.

N.º 825-827  
 26 Junho 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, Esterilizações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :

## Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

**cientificamente adaptados a cada idade**

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — peptonizado, para doentes dispepticos e velhos.

BISCOITOS — para o periodo do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.  
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA—Telef. C. 1386—Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

## Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.º-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

# INSULINA 'A. B.'



Brand

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

**Vantagens da Insulina "A B,":**

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosemia e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

A' VENDA nas farmácias em frasquinhos de :

5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

25 c. c. = 500 » ( » 50 » )

5 c. c. = 200 » ( » 20 » )

**À VENDA NAS FARMÁCIAS** — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA**

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd.—LONDON

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386

# RAIOS ULTRAVIOLETAS

Lâmpadas Bach, Josioneck, Sollux  
e acessórios

Da Quartzlampen Gesellschaft m. b. H.,  
de Hanau

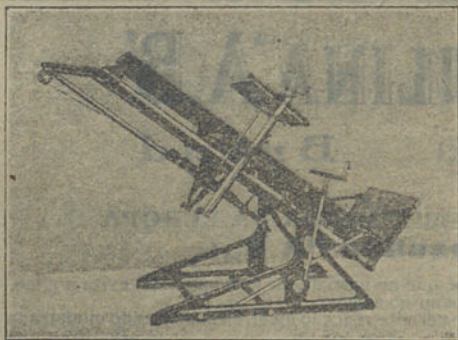
OS melhores aparelhos de

## RAIOS X

ELECTROMEDICINA e ELECTRODENTARIA



Lâmpada Bach



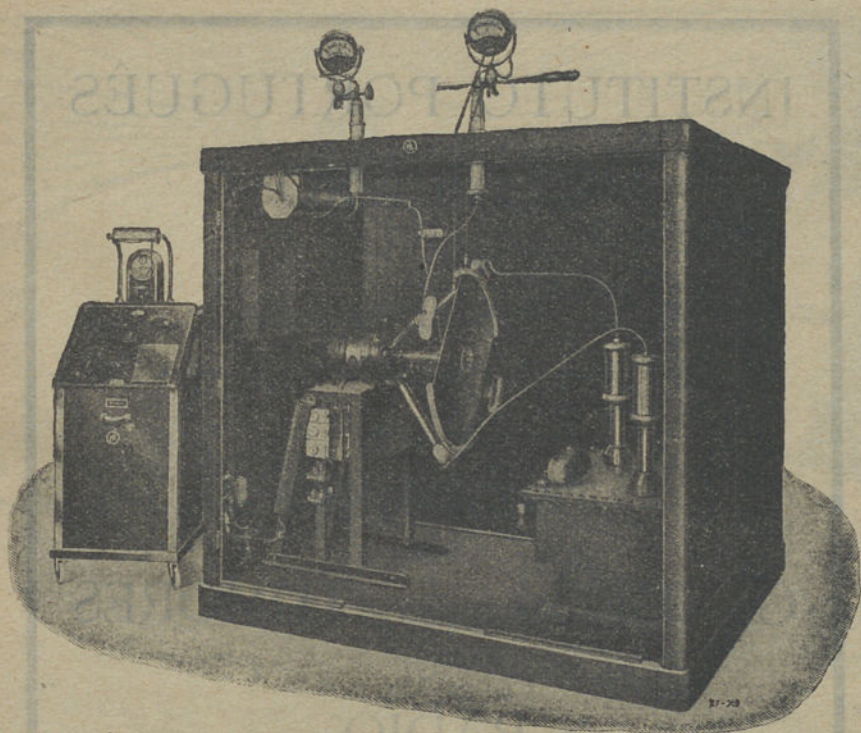
Mesa universal para radiodiagnostico «Clinoscopia»

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da  
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Agentes exclusivos para Portugal:

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

são os da  
Siemens  
Reiniger  
Veifa



Aparelhos e instalações completas de:

# RAIOS X

DA CASA

**KOCH & STERZEL A. G., de Dresden**

Para diagnóstico e tratamentos

**GRANDE VARIEDADE DE MODELOS**

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.  
AMPOLAS para todos os fins.  
PELICULAS «Maro» de dupla Emulsão.  
EUBARYT para exames do Estômago,  
etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

**MATOS TAVARES, LIMITADA**

R. dos Fanqueiros, 218, 3.º — 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

---

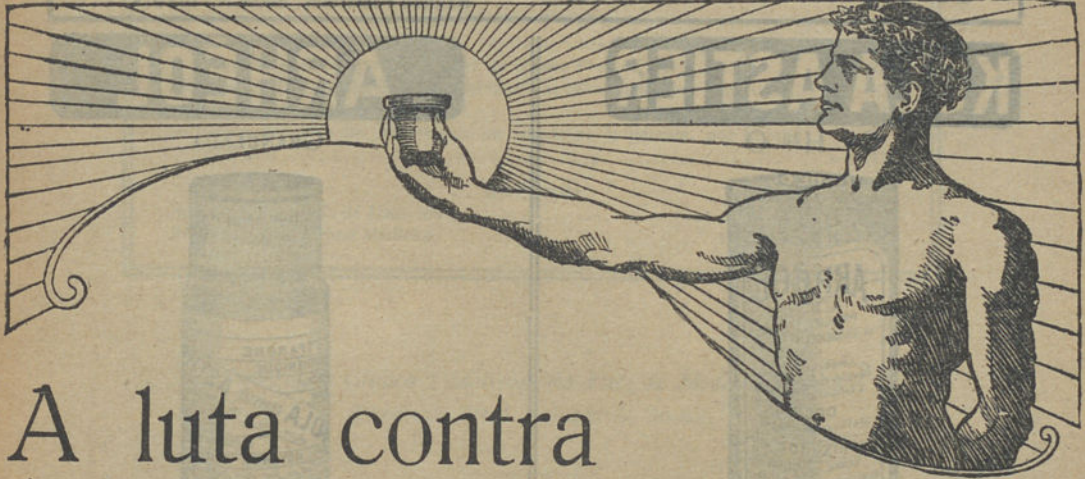
(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

---

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS  
PROVADAMENTE POBRES





# 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 oxigênio e comparativamente fresco; a superfície do corpo e sobretudo o tórax, pelo contrário, deve manter-se quente, porque um resfriamento poderia enterrar os fagócitos na sua luta contra os pneumococos. O efeito do frio sobre o tórax faz dirigir o sangue da circulação superficial para o pulmão já congestionado e engorgitado.

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

Constitui não só a melhor maneira de aplicar o calor húmido, uniforme e contínuo, sem contar as vantagens das suas propriedades físicas (higroscopia, endomose e exomose), mas, além disso, ela oferece ao pneumónico aquilo de que ele 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.

LABORATORIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos-Aires, Sydney, México City, Montreal, Florenca

Depositários em Portugal: **ROBISON, BARDSLEY & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**, Cais do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

# Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## KOLA ASTIER

C<sup>15</sup> H<sup>26</sup> O

Incípio activo da Essência de Sândalo  
 Blenorragia. Cistite. Piélite. Pielonefrite.  
 Catarro vesical

## ARHÉOL

GRANULADA

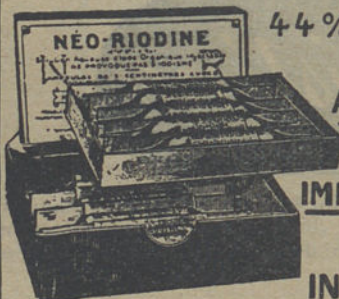


Antineurasténico. Regulador do coração  
 Gripe. Astenia. Surmenage.  
 Convalescência das doenças infecciosas

## NÉO-RIODINE

C<sup>3</sup> H<sup>6</sup> O<sup>4</sup> I<sup>5</sup> Na.

Solução Aquosa de Iodo  
 Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃOIMMEDIATAINTENSA

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

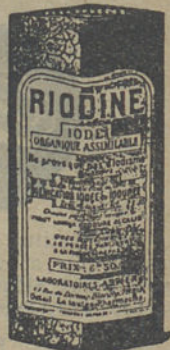
### NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sup>3</sup> (IH)<sup>2</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

Derivado organico iodado  
 Ether glicerico  
 iodado do acido  
 ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

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.<sup>o</sup> — LISBOA



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Linfangioma congénito quístico da região períneo-sacro-coxígea — Extirpação — Cura</i> , por Leonardo de Castro Freire .....	pág. 257
<i>Aspectos electrocardiográficos da esclerose das coronárias</i> , por Eduardo Coelho .....	» 262
<i>Salicilato de sódio no tratamento da encefalite epidémica</i> , por Luis Pacheco .....	» 271
<b>Bibliografia</b>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 276
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	» 295

*Serviço de Clinica Pediátrica da Fac. de Med. de Lisboa*  
(Director: Prof. Salazar de Sousa)

## LINFANGIOMA CONGÉNITO QUÍSTICO DA REGIÃO PERÍNEO-SACRO-COXÍGEA EXTIRPAÇÃO — CURA

POR

LEONARDO DE CASTRO FREIRE

2.º Assistente de Pediatria

O linfangioma é uma das neoformações que com maior frequência encontramos na primeira infância, depois do hemangioma. Com este último tumor tem relações estreitas de estrutura e constituição, sendo formado, de uma maneira geral, por dilatações dos vasos linfáticos, apresentando um estroma conjuntivo, mais ou menos desenvolvido, revestido por epitélio em todo o ponto semelhante ao que normalmente atapeta os vasos linfáticos.

Assim são delimitadas cavidades maiores ou menores, cheias de um líquido claro, mais ou menos gelatinoso; estas cavidades são, por vezes, comunicantes entre si e em aberta ligação com os vasos linfáticos, podendo o seu conteúdo ser para elles expremido (linfangioma cavernoso); outras vezes são as cavidades isoladas e dispostas como um cacho de uvas (linfangioma quístico).

É o linfangioma quístico o tipo que mais freqüentemente se nos depara na criança e tem como sede mais comum o pescoço e a axila. Originado, segundo tôda a probabilidade, em anomalias dos tecidos germinativos, embora não dotado de capacidade metastática, pode, num bom número de casos, talqualmente acontece com o hemangioma, ser dotado de malignidade pelo crescimento progressivo e invasor.

Tivemos ensejo de observar e operar com sucesso, recentemente,



Fig. 1 — Aspecto anterior do tumor, vendo-se, logo abaixo da vulva, um pregueado disposto radialmente, abertura do ânus. A tracejado, a linha de incisão.

ção necessariamente chocante numa criança de tão tenra idade, justificam a publicação destas curtas notas.

Hospital da Estefânia. Enfermaria n.º 1. Cama 61. M. C. Martins; criança de um mês de idade; sexo feminino.

A. H. nada digno de nota.

Logo após o parto, notaram a existência de um tumor arredondado, como que pendente do períneo posterior, com o volume aproximado de uma laranja,

numa criança de um mês de idade, um tumor deste tipo (linfangioma congênito quístico) tendo como sede o períneo posterior e englobando a região sacro-coxígea — regiões onde estes tumores são pouco freqüentes — dominando aí o tumor sacro-coxígeo do tipo dermóide ou o higroma quístico. A relativa raridade da sede e o interesse operatório, por se tratar de um tumor volumoso, de extirpa-

fazendo saliência, adiante, entre as faces internas das coxas. Êste tumor não interveio como causa de distócia e não foi notada qualquer perturbação no funcionamento dos esfíncteres, nos primeiros dias, bem como depois.

A queda do cordão fez-se normalmente ao oitavo dia; a criança foi amamentada pela mãe, tendo apresentado, até à data da observação, um desenvolvimento normal; ausência de perturbações digestivas.

Entraram a breve trecho a notar, porém, que o tumor em questão era dotado de rápido crescimento, razão da admissão do doente no hospital.

**OBSERVAÇÃO.** 14-X-26. — Criança com regular constituição e desenvolvimento para a idade de um mês. Pêso: 4,100 kgr. Vários órgãos e aparelhos sem acidente digno de nota. Apresenta a doente, na região acima referida, um tumor arredondado, com o volume aproximado de uma melancia pequena, situado entre a extremidade inferior da vulva e o cocix, com o qual tem íntima ligação, deslocando a ponta do mesmo osso para trás; logo atrás da vulva, e já no relevo anterior da massa tumoral, abre-se o orifício anal, arrasado pelo desenvolvimento do tumor e dando-nos a impressão de íntimo contacto da neoplasia com o contorno posterior do ânus; para

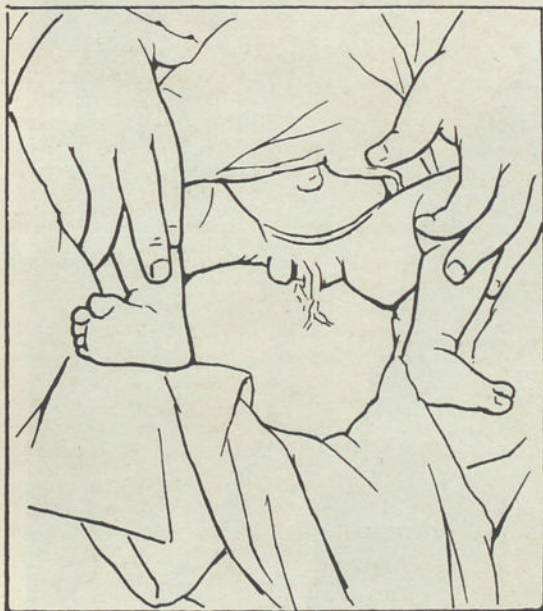


Fig. 2. — Esquema do aspecto anterior do tumor.

os lados prolonga-se o tumor para a face posterior das coxas, que afasta, indo perder-se atrás, na parte interna das regiões gluteas (figs. 1 e 2).

O tumor é flutuante, quístico, dando à palpação a sensação nítida de várias cavidades, separadas por septos de mais dura consistência. A pele que cobre o tumor e se continua insensivelmente com a pele das regiões limítrofes, nada de anormal apresenta, além de discretas lesões de intertrigo, sobretudo ao nível das pregas de flexão e em torno do orifício anal, onde são de notar algumas escoriações de tipo irritativo.

**DIAGNÓSTICO:** Linfangioma congênito quístico da região períneo-sacro-coxígea.

23-X-26. Operação. Extirpação do tumor e de uma parte da pele. A incisão

(fig. 1) envolve em semi-círculo o contôrno posterior do ânus a 2 cm. de distância do orifício anal; êste e a parte inferior do recto são cuidadosamente dissecados e isolados para diante (primeira parte da intervenção); a dissecação das partes laterais e posterior é executada com a maior facilidade. Ao isolar e dissecar o tumor na sua parte coxígea, verifica-se que êste adere pela sua face anterior à neoplasia, sendo ressecada a ponta do cocix. Sutura da pele a ponto de cavilha e agrafes.

27-X-26. Decurso post-operatório, bom. Tiram-se os pontos de cavilha (ligeira supuração do trajecto dos mesmos).

30-X-26. Tiram-se os agrafes. Cura *per primam*.

9-XI-26. Alta. Curada. Bom estado geral. Pêso à saída: 4,450 kgr. A figura 3 mostra em baixo o orifício anal que se abre no meio de um bordalete cicatricial e a cicatriz que daí se estende até à região sagrada.

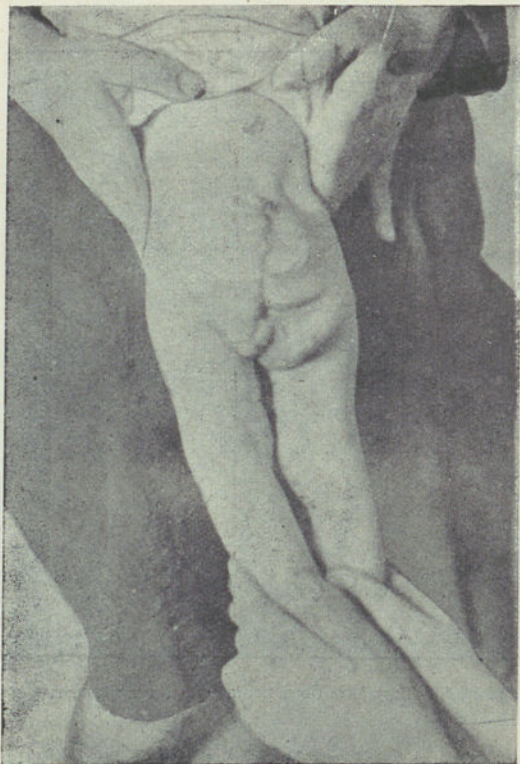


Fig. 3. — Cicatriz operatória vista por trás.

forma bastante irregular. Exteriormente apresenta uma superfície mais ou menos lisa, vendo-se de onde em onde algum tecido adiposo e um fragmento de pele em forma de cunha. Ao córte mostra-se constituído por várias cavidades quísticas, sendo duas delas muito maiores do que as outras, de paredes finas e lisas e contendo uma substância homogênea, translúcida, de consistência e aspecto gelatinoso. No quisto maior há algum sangue mal misturado com o resto do conteúdo.

O exame macro e microscópico, feito no Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa, confirmou o diagnóstico.

**EXAME MACROSCÓPICO.** — O tumor, fixado, tem sensivelmente as dimensões de uma laranja e é de

## SENHOR DOUTOR!

Tenha V. Ex.<sup>a</sup> a certeza de que  
estamos SEMPRE dispostos  
a fornecer-lhe tôdas as amostras de



(LEITE EM PÓ)

que necessite para as suas experiências clínicas.

---

The Dry Milk Company - 15, Park Row - New York

(Instituição Internacional para o Estudo e Produção de Produtos de Leite Puro)

Para amostras e literatura dirigir-se aos representantes para Portugal e Colónias:

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

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

# TONOFOSFAN



## NOVA COMBINAÇÃO DE FÓSFORO ORGÂNICO

com ligação directa ao carbono  
 poderoso **estimulante do metabolismo e fortificante**  
**geral** para uso parenteral.

Especialmente recomendável para a continuação de uma cura  
 arsenical (Solarson), nas neurastenias deprimentes, Basedow,  
 esgotamentos de várias naturezas, etc.

*No comércio:* Caixas com 20 ampolas de 1,1 c. c.  
 (sol. esteril. a 1 0/0).

**TONOFOSFAN fortins** (sol. esteril. a  
 2 0/0 em caixas com 10 ampolas de 1,1 c. c.

Empacotamento original **Cassella**

....  
 J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,,"

....  
 Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**  
 Rua dos Doradores, 150, 3.º — LISBOA





**EXAME MICROSCÓPICO.**—O exame microscópico mostra essas cavidades no seio de um estroma conectivo incaracterístico, forradas por um endotélio. O seu conteúdo, homogêneo, corado pela eosina, apresenta raros leucócitos dispersos, quasi todos mononucleados. Em algumas vêem-se também alguns glóbulos vermelhos. Em tôrno de poucos vasos do estroma nota-se uma pequena infiltração parvi-ceclular com algumas Plasmazellen bem visíveis nas preparações coradas pelo método de Pappenheim.

**DIAGNÓSTICO HISTO-PATOLÓGICO:** Linfangioma quístico. — *Luis Quintela.*

*Serviço de Patologia Médica*  
(Prof. A. Padesca)

---

## ASPECTOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DA ESCLEROSE DAS CORONÁRIAS

(COM ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DE UM CASO CLÍNICO)

POR

EDUARDO COELHO

Vários autores têm insistido recentemente, entre os quais Willius, sôbre a importância da inversão da onda T nas perturbações acentuadas do miocárdio.

Sabe-se que os chamados tonicárdiacos provocam muitas vezes a inversão de T nas três derivações, e que esta onda aparece invertida na III derivação de muitos indivíduos normais.

Tem-se notado nos indivíduos isentos de perturbações miocárdicas que a onda T se desenha sempre acima da linha isoelectrica, nunca tendo, segundo Pardee, mais de cinco, nem menos de dois milímetros.

Um acidente T pequeno ou que se confunde com a linha isoelectrica parece corresponder a um mau estado funcional do miocárdio, assim como a sua inversão pode representar um estado mais ou menos adiantado de insuficiência cardíaca.

Como a natureza e a origem da onda T flutuam ainda acima das numerosas teorias que têm sido propostas para a explicar,

torna-se difficil demonstrar satisfatòriamente a causa das suas variações.

Quer-nos parecer que a documentação numerosa que a clínica vai reunindo, com os dados que, dos casos, fornece a anatomia patológica, poderá desvendar, à fisiologia, a génese da onda T. E todos os elementos, que pudermos reunir, serão, certamente, proveitosos.

Observámos últimamente que, em alguns doentes com esclerose aórtica acentuada, com manifestações subjectivas do sindroma anginoso, e, em regra, com o miocárdio insuficiente, a onda T aparece invertida na I ou na II derivação, raríssimas vezes encontrando essa inversão noutras situações patológicas

Tivemos ocasião de observar uma doente, na qual os electrocardiogramas apresentaram permanentemente a inversão de T, nas três derivações, até à véspera do dia da morte. Essa inversão era independente de qualquer acção medicamentosa.

O que valoriza o interêsse dèste caso clinico é o exame anátomopatológico que o acompanha, permitindo cotejar as perturbações miocárdicas com as anomalias do electrocardiograma.

*Observação*—Leopoldina M., de 52 anos, casada. C. 16. Enf. P. B.  
Entrada—Maio de 1926.

#### ANAMNESE

*Doença actual*—Há vários meses que sofre de dores de cabeça, de palpitações, vertigens, zumbidos, batedouros e caimbras. Estes sintomas têm-se agravado desde Fevereiro p. p. Formigueiros nos dedos; sensação de dedo morto; dor precordial com irradiação para a omoplata e braço esquerdo, que lhe vem por crises; canseira e dispneia; nicturia.

*História progressa*—Doenças anteriores: Sarampo em criança e sezões.

*Antecedentes familiares*—O pai morreu de doença de fígado, e a mãe de um tumor. Filhos saudáveis.

#### STATUS PRAESENS

Constituição e estado de nutrição normais. Mucosas anemiadas.

Pêso: 55 kg. Apirética.

*Aparelho circulatório*—Pulsação supra-esternal. Choque da ponta no 6.º espaço inter-costal esquerdo.

Diagrama da percussão: 5, 8, 12. 2.º A. muito batido.

Pulso radial: cheio, amplo, rítmico, 84 pulsações p. m. Tensão arterial  $\frac{30}{11}$  (ao Pachon).

Radioscopia do coração: dilatação do ventrículo esquerdo; opacidade da aorta ascendente aumentada.

Electrocardiograma: Vidé fig. 1.

*Abdómem* — s. i.

*Membros* — Ligeiros edemas nos membros inferiores.

As análises requisitadas dão os seguintes resultados:

*Urina* — V. 1400, ácida — D. 1009 — Gl. 0 — Alb. 0,6. Ureia, 10. Cl. 7,6 ‰.

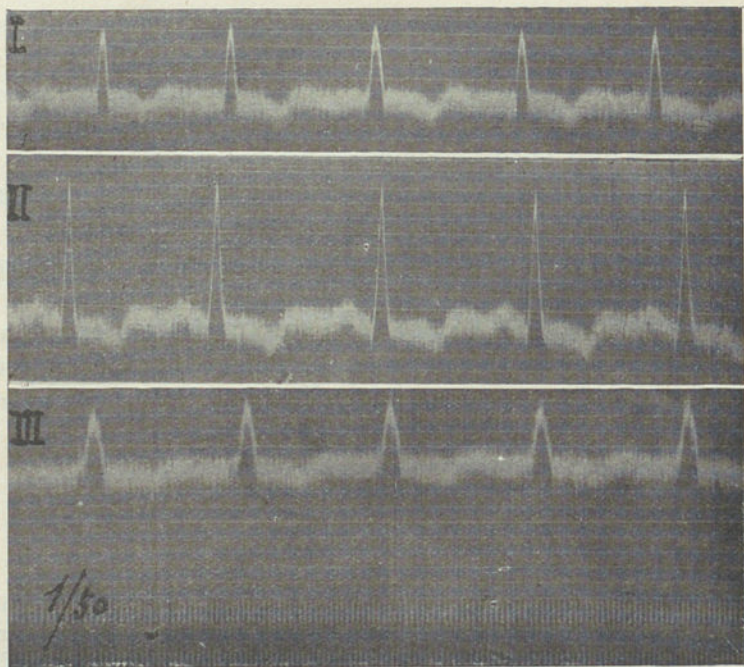


Fig. 1

S. algumas células epiteliaes pavimentosas, filamentos de muco. Não há cilindros hialinos.

Prova Volhard e Fahr — Acentuada hipostenúria.

Sangue em jejum — Hemogl. 70 ‰. V. glob. 0,96. Gl. rubros 3.637.500. Gl. br. 7.000. Linf. 22,5. Monon. 8,0 ‰. Neutrófilos 67,5. Eosinófilos 1,5 ‰. Basófilos 0,50 ‰.

O exame oftalmoscópico, feito no Instituto Oftalmológico, mostrou a existência de retinite.

Diagnóstico: *Esclerose renal. Esclerose aórtica.*

A doente morreu passados dois meses e meio, tendo o sangue, na véspera, 5,13 ‰ de ureia.

Achamos desnecessária a transcrição do diário.

Do exame anátomopatológico a que se procedeu, e que devemos à amabilidade do Dr. Simões Raposo, só oferece interêsse dar conhecimento da parte relativa ao coração :

*Coração*—Pêso 427 gramas. Volume um pouco aumentado, por hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo.

Forma: mais globosa que o normal.

*Epicardio*—Liso, brilhante, transparente e não espessado.

*Tecido adiposo subepicárdico*—Ligeiramente aumentado.

*Vasos coronários*—Não sinuosos. Superfície interna lisa e brilhante. Sem alterações patológicas macroscópicamente visíveis.

*Miocárdio*—De côr vermelha acastanhada, aspecto pouco brilhante ao corte, consistência um pouco mais mole do que normalmente e levemente espessado concentricamente no ventrículo esquerdo. Não se notam alterações ao nível do feixe de His.

*Endocárdio*—Liso, brilhante, transparente, não espessado e sem sinais macroscópicos de alterações patológicas.

*Grandes vasos*—Artérias e veias pulmonares, veias cavas e respectivos orifícios e válvulas, sem sinais de alterações patológicas macroscópicas.

*Aorta*—Válvulas sigmoideias sem sinais macroscópicos de alterações patológicas. Na superfície interna do vaso notam-se pequenas placas despolidas, arredondadas, de contôrno irregular, de consistência dura, côr branca amarelada e pouco salientes em relação à superfície que as rodeia. Duas destas placas estão situadas ao nível dos orifícios das artérias coronárias cujo volume diminuem. Esta obliteração é sobretudo marcada à esquerda.

### EXAMES MICROSCÓPICOS

Fizeram-se preparações das coronárias, da parede lateral de cada ventrículo, do septo interventricular na sua proporção média, e do músculo auricular direito, corados pela hematoxilina e eosina e pelo reagente de Herxheimer, conforme a descrição de Mallory e Wright.

*Aorta* (orifício da coronária esquerda)—Túnica interna muito espessada, mostrando acima da membrana elástica uma zona de tecido conjuntivo incompletamente coberta pelo endotélio. Sem outros sinais de alterações patológicas (fig. 2).

*Miocárdio*—Fibras musculares diminuídas de volume e com abundante pigmento castanho nos polos do núcleo (fig. 3).

Em resumo, o exame anátomopatológico mostra a existência de esclerose das coronárias, nomeadamente da esquerda, e de degenerescência pigmentar do miocárdio.

Os primeiros electrocardiogramas foram tirados, andando ainda a doente na consulta externa. Embora a descompensação se fôsse fazendo progressivamente, as modificações electrocardiográficas — inversão da onda T nas três derivações — mantiveram-se constantes. Com as alterações da circulação periférica não se modificou a forma do electrocardiograma. As anomalias permanentes que este nos revelara devem estar ligadas à dege-

nerescência miocárdica provocada pela estenose da coronária esquerda.

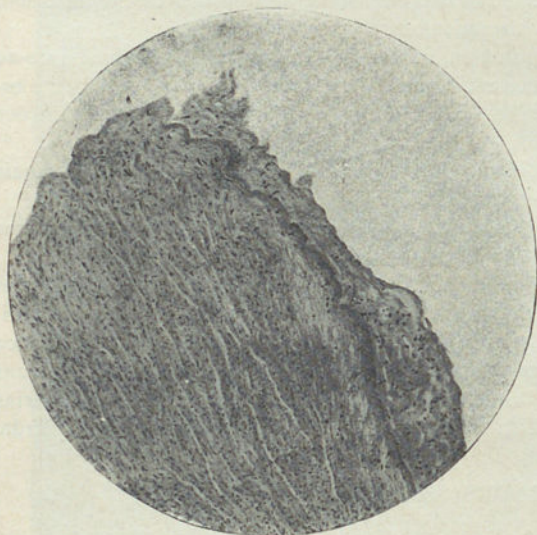


Fig. 2

Quando se fêz a autópsia, notou-se que a coronária esquerda apresentava à saída da aorta uma verdadeira constrição do seu orifício. E a doente apresentara, demais, sintomas anginosos (opressão e dor na região precordial irradiando para a omoplata e para

o braço esquerdo) que tinham o seu substracto anatómico.

Observou Willius que, se não existem sinais electrocardiográficos específicos do *angor*, pode aparecer com certa frequência a negatividade da onda T. Prusik notou idênticas anomalias nos anginosos. Ambos os autores tiraram deduções prognósticas, fundando-se no comportamento de T.

Enquanto que Prusik atribui um significado desfavorável à diminuição da soma algébrica de T nas várias derivações, segundo Willius, o prognóstico é tanto mais grave quanto maior a negatividade da onda T, ao mesmo tempo nas três derivações.

Mostraram recentemente Thacher e White que a inversão de T provocada por algumas drogas (onda T digitalica) é diferente

da inversão de T das cardiopatias (onda T miocárdica); e que as modificações farmacológicas de T se observam especialmente em casos de insuficiência miocárdica notável, que a droga irá pôr em evidência (1).

Parece, todavia, que as modificações da onda T que acompanham a insuficiência miocárdica, se dão principalmente quando esta resulta de perturbações da circulação do músculo cardíaco por esclerose ou obstrução das coronárias.

Este assunto tem sido muito trabalhado, se bem que não foi ainda julgado definitivamente.

Lewis e Smith foram os primeiros a estudar experimentalmente as perturbações electrocardiográficas resultantes da obstrução das coronárias. Observou este último fisiologista que além das alterações de ritmo e das modificações do complexo Q. R. S., perturbações importantes incidiam sobre a onda T que, depois de ter tomado o aspecto de zimbório bastante elevado, se deprimia profundamente, tornando-se negativa. Verificou Smith que, quando a laqueação se faz nos ramos mais finos das coronárias, T se inverte, sendo possível o seu regresso ao normal. A evolução das lesões dos animais operados em épocas diferentes é sempre paralela à evolução das lesões.

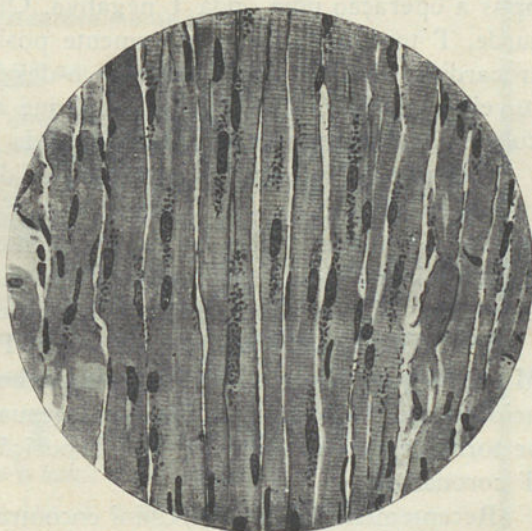


Fig. 3

(1) Em trabalho experimental que temos entre mãos, a apresentar em breve à Société de Biologie, mostraremos até que ponto são exactas as asserções de Thacher e White.

Se a laqueação incidia sôbre os troncos das coronárias, so-brevinha a morte do coração.

O tratamento cirúrgico das feridas do coração, em que houve a necessidade de laquear qualquer ramo das coronárias, veio dar ensejo a que, experimentalmente, no homem, se observasse a mesma evolução. Os casos reunidos por Constantini e Davenport mostraram a analogia que existe com os factos experimentais realizados no cão. O electrocardiograma apresentou quinze dias após a operação uma onda T negativa. Oito meses e meio mais tarde, T tornava-se progressivamente positiva. A evolução electrocardiográfica foi acompanhando o desaparecimento de presumíveis perturbações miocárdicas, até que a normalidade do músculo coincide com a normalidade da onda T.

Certamente que outras perturbações de circulação ou de nutrição do miocárdio, como mostraram Eppinger e Rothberger, Smith, Stieffel e Clerc—o arrefecimento de certas zonas cardíacas, a injeccção na região apexiana de um cáustico enérgico, etc.—podem originar idênticas alterações do electrocardiograma.

No infartus miocárdico, observaram Pardee, Rothschild, H. Mann, Oppenheimer e Willius que seis horas após os primeiros accidentes, T de forma abaülada, se atenua progressivamente até se tornar negativa. A esta última disposição chama Pardee «onda T coronária».

Recentemente, Avezzu e Chini encontraram as mesmas modificações electrocardiográficas em alguns doentes anginosos e nas ocasiões dos acessos. Todavia, apareceram também sinais de alterações da condutibilidade já observadas e descritas por outros autores. Apenas um caso fôra autopsiado, no qual se notou «o calibre das coronárias notavelmente reduzido». Não se fêz o exame histológico do miocárdio e do tecido específico.

As alterações mais freqüentes são as da onda T, como mostraram Smith, Pardee e Willius nos anginosos, aos quais se fêz a simpatectomia. T, que era negativo, tornou-se positivo (Brown-Coffez). Como a onda T, depois de uma esquemia miocárdica, se torna exageradamente positiva, para tomar, depois, a forma negativa, podemos com Chini aventar a hipótese de uma intervenção do simpático nas modificações electrocardiográficas da obstrução das coronárias; a positividade exagerada seria devida a uma activação da circulação intracárdica resultante do sistema



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

**92, Rue Miche!-Ange, PARIS (XVIe)**

DEPOSITARÍOS  
EXCLUSIVOS

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

# TREPOSAN

(Sucinato de Bismu'õ em suspensão oleosa)

EMPOLAS DE 3 c. c. DOSEADAS

à razão de 10 centigramas de produto activo por cent. cúbico

SÍFILIS { PRIMÁRIA  
SECUNDÁRIA  
TERCIÁRIA  
SÍFILIS NERVOSA

HEREDO SIFILIS TABES  
PARALISIA GERAL

Comunicação ao Congresso de Dermatologia de Paris  
Tese do Dr. BERTHET, Faculdade de Medicina - Paris

# TREPOSITOIRES

(Supositórios à base de Treposan)

À razão de 15 centgr. de Bismuto metal por cada supositório  
AMOSTRAS GRATUITAS Á DISPOSIÇÃO DOS EX.<sup>MOS</sup> MÉDICOS

LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN - PARIS

**A. VINCENT, L.<sup>DA</sup>**, Concessionários para Portugal  
Rua Ivens, 56 - LISBOA



## Opothèrapia Hematica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræ do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

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

**CIGARROS  
DE ABYSSINIA**

**EXIBARD**

*Sem Opio nem Morphina.*

Muito efficazes contra a

**ASTHMA**

Catarrho — Oppressão  
e todas affecções espasmódicas  
das vias respiratorias.

35 Annos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

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

E BOAS PHARMACIAS

nervoso. A simpatectomia encontra, nestes casos, um apoio no electrocardiograma, o qual põe em evidência as melhoras da irrigação sanguínea sob a influência da intervenção cirúrgica.

O enorme desenvolvimento de T após a trombose ou a obstrução das coronárias pode ser interpretado como uma hiperactividade química da zona esquemiada, e o abaixamento de T como devido a uma insuficiente circulação do miocárdio ventricular, persistente.

No caso que apresentamos, estudado sob os pontos de vista clínico, electrocardiográfico e histopatológico, a degenerescência miocárdica, condicionada pela esclerose das coronárias — mais acentuadamente da esquerda — determinou a negatividade permanente da onda T nas três derivações. A sintomatologia anginosa foi também descrita na nossa doente. A-pesar dos esforços feitos nesse sentido, não conseguimos curvas electrocardiográficas durante os accidentes anginosos.

A coincidência entre as lesões das coronárias e as perturbações electrocardiográficas é, portanto, evidente. Pardee e Master, no primeiro trabalho sistemático realizado, e que data do ano passado, conseguiram reunir onze doentes com as modificações que relatamos — a que se acrescentavam, em alguns, alterações do grupo Q. R. S. — dos quais, apenas, um possuía as artérias ile-sas (1).

Embora as lesões das coronárias passem para plano secundário, e importe considerar em primeiro plano a degenerescência miocárdica, podemos admitir, com Oppenheimer e Rothschild, que, sendo, entretanto, as coronárias artérias terminais (2), qualquer alteração que sôbre elas incida modifica os complexos ventriculares e, especialmente, a onda T.

As modificações da circulação periférica da observação que apresentamos não tornavam a onda T negativa. Wood e White encontraram, pelo contrário, a onda T acentuadamente positiva na D I e II, em casos de esclerose renal simples ou secundária a glomerulonefrite. E os trabalhos recentes de J. Freud e Saadi-

---

(1) É a primeira vez que êste estudo se faz, entre nós.

(2) No livro de Gross, adiante citado, encontrará o leitor as aquisições actuais sôbre a circulação coronária.

-Nazim tendem a demonstrar que as modificações que o estado da circulação periférica provoca no electrocardiograma consistem em aumentar a positividade da onda T.

## BIBLIOGRAFIA

1. AVEZZÚ e CHINI, V.—*Cuore e Circolazioni*, n.º 3. 1927.
2. CLERC, A.—*Presse Médic*, n.º 32. 1927.
3. CONSTANTINI—*Journal de Chirurgie*, p. 383. 1920.
4. DANIELOPOLU, D.—L'angine de poitrine et l'angine abdominale. Paris. 1927.
5. DAVENPORT—*Journ. of Am. Med. Assoc.*, p. 1848. 1924.
6. DEGLAUDE, L.—L'électrocardiographie et son application à l'étude de l'insuffisance cardiaque. Paris. 1926.
7. FREUD, J. e SAADI-NAZIM—*Journ. de Phys. et Path. Gén.*, n.º 3. 1927.
8. GALLAVARDIN—Les angines de poitrine. Paris. 1925.
9. GROSS, L.—The blood supply to the heart in its anatomical and clinical aspects. New-York. 1921.
10. HERRICK, J. B.—*Journ. of Am. Med. Assoc.*, p. 387. 1919.
11. LEWIS, TH.—*Heart*, n.º 2. 1909.
12. MALLORY e WRIGHT—*Histological Technique*. 7.ª ed., p. 167.
13. MASTER, W. e PARDEE, H.—*Arch. of Int. Med.*, n.º 1. 1926.
14. OPPENHEIMER, B. S. e ROTHSCHILD—*Journ. of Am. Med. Assoc.*, p. 1722. 1924.
15. PARDEE, H.—*Arch. of Int. Med.*, p. 224. 1920.
16. PEZZI—*Arch. Mal. du Cœur*, p. 378. 1922.
17. ROSSI, A. e CHINI, V.—*Cuore e Circolazioni*, n.º 1. 1927.
18. SPALTEHOLZ—Die arterien der Herzwand. Leipzig. 1924.
19. SMITH, F. M.—*Arch. of Int. Med.*, n.º 1. 1918.
20. THACHER e WHITE—*Am. Jour. of Med. Science*, n.º 1. 1926.
21. WOOD e WHITE—*Am. Journ. of Med. Sc.*, I. 1925.
22. WILLIUS, F. A. e BROWNE—*Am. Journ. of the Med. Sc.* 1924.
23. WILLIUS, F. A.—*Arch. des mal. du Cœur*, n.º 11. 1925.

## SALICILATO DE SÓDIO NO TRATAMENTO DA ENCEFALITE EPIDÉMICA

POR

LUÍS PACHECO

A encefalite epidémica com as suas múltiplas formas: — oculo-letárgica, mioclônica, hipertônica, amaurótica, protuberancial, cêrvico-bulbar e periférica — e o seu reservado prognóstico, tem desafiado várias terapêuticas e a todas têm resistido até hoje, originando numa boa percentagem o parquinsonismo, terrível seqüela que inutiliza para sempre os doentes atingidos.

A medicação salicilada que Sicard foi o primeiro a empregar, em soluções concentradas, para o tratamento das varizes e que em casos de excepção pode ser preconizada no reumatismo articular agudo, tem tido últimamentè feliz applicação na esclerose em placas e nas formas agudas da encefalite epidémica.

A sua eficácia tem-se affirmado sempre depois que Carnot e Blamontier obtiveram, com ela, efeitos apreciáveis, mantidos num dos casos há mais de ano e meio.

As primeiras experiências foram feitas em Dezembro de 1922 e Fevereiro de 1923 e desde então muitas têm sido as publicações referentes ao assunto. Citaremos as de Rathery et Gournay, R. Bénard, Marchal et Bureau, de Wedel Pueeh et Pages, Deriechau et Leroy, J. Chevany, etc.

Segundo os autores, tôdas as formas agudas devem ser tratadas de maneira intensiva e contínua, que pode em certos casos

evitar a morte e noutros preservar os doentes do Parkinson post-encefalítico. E como a doença, passado o período agudo, pode continuar evolucionando torpidamente durante muito tempo, convém nesses casos empregar também a medicação salicilada a-fim-de evitar, se possível fôr, as *poussées*, indicadoras de que a doença inicial ainda se conserva em actividade.

Os factos experimentais e os factos clínicos legitimam o emprego desta medicação

Carnot e Harvier mostraram que o virus encefalítico é neutralizado *in vitro* pelo salicilato de sódio, e que o tratamento salicilado pode fazer parar a evolução da doença num coelho inoculado.

O facto do salicilato de sódio ser a medicação específica para o reumatismo articular agudo, doença de vírus desconhecido e neurotrópo, como o da encefalite, deveria ter sugerido a sua aplicação nesta última enfermidade.

Nos casos agudos, segundo referem as observações publicadas, a atenuação geral de todos os sintomas é tão rápida e tão completa que em 48 horas o doente apresenta um aspecto completamente diferente. Os sinais da infecção geral desaparecem, bem como as outras perturbações nervosas, motoras, oculares e mentais. É freqüente observar no início da convalescença, uma poliúria acompanhada de suores e de visículas de herpes. Em oito a dez dias a doença cessa nos casos felizes e o aspecto do doente modifica-se consideravelmente.

Quando porém a doença é de uma extrema gravidade e o tratamento começado tarde de mais, não se obtêm os mesmos resultados favoráveis.

Nas formas crónicas, prolongadas, de que tratámos vários casos na clínica hospitalar, nunca observámos a cura. A melhora transitória, que alguns doentes accusam, não tem significado e corresponde, as mais das vezes, a uma impressão meramente subjectiva.

O insucesso é condicionado, nestes casos, pelas lesões anátomo-patológicas constituidas nesta doença: desintegração mielínica e celular dos centros mesencefálicos.

Contudo, mesmo nestas formas, as *poussées* evolutivas podem ser benêficamente influenciadas e sofrerem regressão.

Se compararmos os resultados dêste método com os obtidos

por intermédio de outras medicações — a urotropina, o método de choc e o abcesso de fixação — devemos concluir que este oferece vantagens que estamos longe de alcançar com os outros agentes apontados.

Numa doença de tão grave prognóstico e em que o arsenal terapêutico tão impotente se mostra, não nos parece excessivo aplaudir aqueles que aconselham sempre o uso do salicilato de sódio, não só nos casos agudos em que a sua acção parece heróica, mas também nos crónicos, para impedir novas *poussées*, associando-o então a outras drogas, como por exemplo a datura estramónio e o luminal, que podem trazer aos parquinsonianos um bem-estar até então desconhecido por eles.

E assim, apesar da cronicidade e da evolução progressiva da doença, podemos ser úteis ao doente, facilitando-lhe uma existência menos penosa do que se fôra abandonado à sua triste sorte, e mantendo-o na esperança de uma melhoria duradoira.

¿ Qual a técnica empregada para a utilização do medicamento ?

Nas formas agudas deve sempre preferir-se a via endovenosa, de emprêgo fácil no adulto, mas, por vezes, de difícil acesso nas crianças. Podemos, nestes casos, injectar nas jugulares. Alguns autores aconselham descobrir as veias cefálicas e basilicas, deixá-las descobertas e tapadas com compressas esterilizadas e utilizá-las sucessivamente de baixo para cima, para injecções bi-cotidianas.

Como dissolvente do salicilato, pode empregar-se a água destilada para conseguir soluções a 4 ou 5 % que não tem acção flebo-esclerosante, como as soluções mais concentradas empregadas por Sicard para o tratamento das varizes.

A fraca concentração das soluções obriga a um emprêgo de uma grande quantidade de líquido e para obviar a esse inconveniente tem-se recorrido a soluções mais concentradas e menos molestas para as veias.

MM. Benard, Marchal e Bureau empregam soluções glicosadas e saliciladas a 10 % e assim cada 10 cc. de líquido injectado corresponde a 1 grama de glicose e 1 grama de salicilato.

Pode também empregar-se o sôro glicosado a 47 ‰, ao qual

se junta salicilato de sódio, na percentagem de 5 0/0 para as injeções endo-venosas, e na de 10 0/0 para a via intra-muscular.

A via muscular facilita também uma rápida absorção do produto.

Deve empregar-se conjuntamente com a via venosa ou em seu lugar, quando esta seja impraticável. Reforça a sua acção e por via de regra não causa dores insuportáveis, podendo, para evitá-las, fazer preceder a injeção salicilada de uma outra de novocaína a  $\frac{1}{200}$ , feita na mesma região e aproveitando a mesma picada.

Pode também empregar-se a via bucal e rectal, como complemento do tratamento indicado.

As doses diariamente empregadas têm sido muito diferentes com os diversos autores.

Experimentalmente, Gilbert, Bénard et Kousy mostraram que injeções bi-cotidianas de dois gramas de salicilato mantêm o organismo sob a acção constante do medicamento e Schlessler que um grama de êsse produto por via venosa se elimina em 13 horas e dois gramas em 18 ou 24 horas.

Praticamente, Carnot emprega nas formas agudas e graves 4 a 6 gramas, nas 24 horas, em 2 ou 3 injeções intravenosas, reforçando a acção medicamentosa com injeções intra-musculares e a ingestão do medicamento.

Nas formas de gravidade média, emprega 1 a 4 gramas, por via venosa, juntamente com injeções intra-musculares e salicilato *per os*.

Derechan e Leroy aconselham não exceder 3 gramas diários, sendo 1 grama dado por via endo-venosa em duas injeções de manhã e à tarde, e o restante pela via intra-muscular, também em duas injeções de 1 grama cada.

Nas crianças, não deve descer-se abaixo de 1,50 gr., sendo 0,50 aplicado em injeção intra-venosa.

As regras que devem seguir-se para conduzir o tratamento são as seguintes:

a) Desde os primeiros sintomas, cura de ataque com 3 gramas de salicilato de sódio, dos quais 1 grama injectado, por duas vezes, nas veias, e os outros 2 gramas injectados nos músculos, também por duas vezes. Juntar ainda um a dois gramas pela bôca. Continuar sem hesitações. Depois da temperatura e dos



fenómenos nervosos desaparecerem, ainda o tratamento deve continuar com a mesma regularidade, durante oito a dez dias.

*b)* Passado êste período, cessar com as injeções intra-venosas e continuar o tratamento, durante 12 a 15 dias, com 1 a 2 grammas, por via muscular, e 3 a 4 grammas, por via digestiva.

*c)* Em seguida, cessa-se com o tratamento, que deverá ser renovado se qualquer ligeiro incidente se manifestar de novo: ligeira salivação, qualquer movimento anormal, etc.

Nas formas prolongadas e crónicas, as únicas que nos foi dado até agora seguir, devemos fazer o mesmo tratamento de ataque, durante 15 a 20 dias, seguido de um outro, menos intenso, de algumas semanas. Segundo os resultados obtidos, cessa-se ou continua-se o tratamento, com interrupções regulares.

Derechan e Leroy aconselham intervalos de seis semanas, seguidos de 15 dias de injeções intra-venosas e intra-musculares.

Nunca vimos êste método originar accidentes de ordem geral ou local que convenha assinalar. Contudo deve sempre vigiar-se a eliminação do medicamento e a integridade dos rins.

De entre os casos em que experimentámos a medicação, citaremos os seguintes :

*a)* A. M. — Espasmo de torsão. 45 dias de tratamento, sem resultado.

*b)* J. C. — Espasmo ocular. 60 dias de tratamento, sem resultado.

*c)* L. J. — Parquinsonismo post-encefálico com intenso tremor. 30 dias de tratamento, sem resultado.

Os outros casos podem agrupar-se em qualquer destas três categorias e não vale a pena citá-los em especial.

## Revista dos Jornais de Medicina

A função da vesícula biliar e a sua relação com a litíase. (*The mechanism of the gallbladder, etc.*), por WHITAKER. — *Journ. Am. Med. Assoc.* N.º 20. 1927.

Admite-se que a bilis sai da vesícula para o intestino depois da ingestão de alimentos; mas as opiniões diferem no que diz respeito ao grau de esvaziamento e ao seu mecanismo.

Das investigações a que o A. procedeu concluiu que:

a) O conteúdo da vesícula normal é expelido pela actividade da sua musculatura durante a digestão e a absorção das gorduras.

b) Não existe nenhuma prova demonstrativa de uma acção recíproca entre o esfíncter de Oddi e o da vesícula, que accione o esvaziamento da vesícula; existem provas do contrário.

c) Podem produzir-se cálculos experimentalmente, em animais, provocando a estase e, portanto, o aumento de concentração da bilis. É provável que, no homem, os cálculos sejam produzidos por certos hábitos dietéticos, dos quais resulta a estase da bilis. É também possível que certas doenças que reduzem o tonus muscular da vesícula, favoreçam a estase e a formação de cálculos.

d) Por meio de uma alimentação rica em gorduras é possível expelir-se os cálculos experimentalmente, em animais. Pelo mesmo mecanismo se podem expulsar os cálculos, no homem, desde que não sejam tão grandes, ou desde que a doença não tenha progredido de tal sorte que prejudique a musculatura da vesícula.

E. COELHO.

Colecistografia e modificações patológicas da vesícula. (*Cholecystography and pathologic changes in Gallbladder*), por CHANDLER e NEWELL. — *Journ. Am. Med. Assoc.* N.º 20. 1927.

Comparando as observações radiológicas, após a administração de tetraiodofaleína, com as observações patológicas em 50 casos, nos quais se praticou a colecistectomia, os AA. concluem que:

- 1) A colecistografia é capaz de nos dar o diagnóstico da calculose.
- 2) Um colecistograma normal não implica a existência de uma vesícula normal.
- 3) A ausência da sombra da vesícula pode dar-se com uma mucosa normal e sem cálculos.
- 4) A irregularidade da sombra da vesícula nem sempre corresponde a presenças de aderências.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

*Inventor o Prof. Serono, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.*

**Efeitos rapidissimos.**

*Em todas as idades*

**: NENHUMA :  
INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampolas duma vez em injecções diarias de 10 cc.

**Não dá dôr  
nem reacção**

Muito empregadas as injecções grandes mesmo nas Senhoras e até nas crianças.

PODE-SE APLICAR EM  
GRANDES QUANTIDADES  
E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,  
nunca imitada.**

**METRANODINA SERONO** — Hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

**IPOTENINA SERONO** — A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

**CARDIOLO SERONO** — Extrato fluido bem titulado de estrofanço, noz vomica, cebola albarã e lobelia. E' um preparado de titulo constante.

**VIOSAN SERONO** — Oleato duplo de mercurio, colestirina e albotanina (via bucal).

**UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.**

### OPOTERICOS 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 hipodermica são levados a dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com soro fisiologico para evitar a acção irritante da glicerina.

**PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —**

**REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —**

(pituitaria)

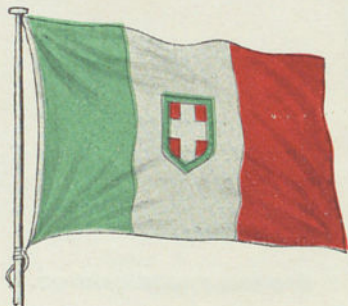
(baço)

(mamaria)

**ASI SERONO**

**EUGOZIMASE FEMININA SERONO** — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

**EUGOZIMASE MASCULINA SERONO** — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.



## Arseniato de Ferro Solúvel Zambeletti

### COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado eletro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico  
Alimentar

Gotas — Injecções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

### RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

## Iodarsoné Zambeletti

Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de calcio e de magnésio e principios vegetais tonico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arseniacal.

**INDICAÇÕES** — Linfatismo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convalescência de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

*O preparado que, tendo a suficiente dosagem de arsenio metalico (mgrs. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de acido arsenioso), tem entre os seus similares a mais alta de iodo metalico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metalico e gr. 1 de extratos tonicos.*

*Ótimo sabor, sem vinho e admirável para crianças.*

AMOSTRAS:

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

## Arseno= Bromo= Tonicas Zambeletti

(INJECCÕES)

### FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO --VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciaes com alteração da crase sanguinea. (Oligoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

## Iodosan Zambeletti

(IODO SOLÚVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 % de Iodo metalóidico colóide, separável, por diluição com agua comum ou por contacto com secreções organicas, em Iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluido em agua comum constitui o mais ATIVO, o mais PRATICO, o mais AGRADAVEL antiséptico e profilático

**Gargarejos:** — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.

**Colutorios:** — Na ESTOMATITE, na CARIE dentaria, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.

PARA

**Lavagens** dos ouvidos e do nariz.

**Irrigações:** — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de Iodo em todas as suas applicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL  
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI

5) A dificuldade em esvaziar a vesícula após uma refeição rica em gorduras constitui um sinal provável de doença.

A experiência do A. é, entretanto, pequena.

E. COELHO.

---

A hipertensão arterial e os efeitos terapêuticos da subtonina. (*Der Arterielle Hochdruck und seine therapeutische Beeinflussung durch «subtonin»*), por MÜLLER. — *W. Kl. Woch.* N.º 9. 1927.

Lowenstein fez preparar um medicamento, a «Subtonina», composto de cálcio, de extractos do lóbulo anterior da hipófise e do timo, e de atropina.

O A. empregou êste medicamento em 18 casos, nos quais obteve grandes melhoras, não só objectivas como subjectivas.

A sua indicação baseia-se em determinadas noções patogénicas que admitem a intervenção da colesterinémia, do cálcio do sangue, do sistema nervoso vegetativo — e especialmente da hipófise — na génese da hipertensão.

E. COELHO.

---

A evolução do hipertiroidismo sob a acção da medicação iodada. (*The course of hyperthyroidism under iodine medication*), por P. STARD. — *Arch of Int. Med.* N.º 4. 1927.

Segundo os trabalhos do A., a evolução do hipertiroidismo sob a acção do iodo é caracterizada por uma remissão de recorrência durante a sua administração. Um tratamento prolongado em dose suficiente para produzir estes efeitos não representa resultados finais favoráveis.

E. COELHO.

---

A patogenia da angina de peito. (*Zur pathogenese der angina pectoris*), por H. EPPINGER. — *W. Kl. Woch.* N.º 1. 1927.

O A. distingue dois grupos de doentes com *angor pectoris*:

No primeiro grupo, os doentes reagem ao trabalho por um aumento de pressão arterial, acompanhada de dores. Como a hipertensão é uma consequência da vaso-constricção arteriolar, a sua persistência mostra que existe uma boa circulação coronária, e portanto é bom o prognóstico.

O segundo grupo de doentes reage ao trabalho com uma diminuição de

pressão. Esta diminuição indica uma fraca resistência do coração por lesão das coronárias. Neste grupo, o prognóstico é desfavorável.

Os doentes do primeiro grupo que apresentam hipotensão durante as crises anginosas têm também mau prognóstico.

E. COELHO.

Para o tratamento dos diabéticos pela sintalina. (*Zur synthalinbehandlung der Zuckerkranken*), por F. UMBER. — *Deut. Med. Woch.* N.º 27. 1927.

O A., tendo tratado 200 doentes diabéticos com sintalina, expõe neste trabalho os resultados da sua experiência clínica.

O A. observou perturbações tóxicas — diarreia e falta de apetite.

Aplicou a sintalina em doentes que estavam sendo tratados pela insulina e que ainda mantinham glicosúria; esta desapareceu completamente. Observou, ainda, uma notável acção anti-cetogénica da sintalina.

Deu-se sempre uma baixa da glicemia, se bem que nunca observara uma baixa até à taxa normal, mesmo nos doentes aglicosúricos.

O efeito da sintalina não é, como o da insulina, proporcional à dose empregada.

Os melhores resultados da sintalinaterapia são obtidos quando a sintalina se associa à insulina.

Os casos de glicosúria *innocens* extraínsular são refratários à sintalina, como à insulina.

Em mais de 200 casos tratados pela sintalina apenas observou um aumento de peso de 2-3 kg. em 3.

Nas crianças, contrariamente aos resultados de Richter, Priesel e Wagner, o A. observou, nos seus 7 casos, resultados apreciáveis, especialmente quando a sintalina era associada à insulina.

O ponto vulnerável da sintalinaterapia reside nas perturbações tóxicas que ocasiona (falta de apetite, vômitos, dores de cabeça, suores, diarreia, dores abdominais, etc.). O A. observou-as em 47 % dos casos. As diferentes substâncias empregadas para as combater (cálcio, brometo de cânfora, decholin, degalol, cholaktol, etc.), nem sempre são de apreciáveis resultados.

O número de produtos sintéticos derivados da guanidina sobe hoje a 400.

Diz o A.: é de esperar que se consiga obter um produto sintético que, possuindo a acção hipoglicémica da sintalina, não tenha as suas propriedades tóxicas.

O A. — talvez a maior autoridade em diabetes, em Berlim — não é, como se vê, tão desfavorável ao emprêgo da sintalina que a não aconselhe, e principalmente combinada à insulina.

E. COELHO.

Os aspectos cirúrgicos da acromegália. (*Acromegaly from a surgical Standpoint*), por HARVEY CUSHING. — *The British Med. Journ.* N.º 3469-70. Julho de 1927.

O A. acentua a extrema complexidade do problema cirúrgico numa doença em que os sintomas são bizarros e tão variados, e que está sujeita a remissões espontâneas.

A operação nunca é isenta de perigo.

As experiências de Camus e Roussy, de Bailey, Bremer e Smith, e ainda a investigação clínica, mostraram as sérias conseqüências que podem advir de qualquer lesão praticada na região hipotalâmica (diabetes insípida, síndrome de Babinski-Frölich, caquexia). É uma região que se deve evitar. Por isso, as operações dos quistos congénitos da região *supra-selar* tornam-se especialmente difíceis e arriscadas. Por outro lado, a operação por via transfenoidal é ainda mais perigosa. Existem numerosos factores secundários com que se deve contar, à parte a simples existência do tumor e dos seus efeitos de compressão. Que a hipófise está inteiramente ligada ao crescimento provam-no os notáveis estudos de Evans e Smith. A hipófise exerce, ainda, uma grande acção sobre os órgãos sexuais. A natureza defendeu-se de sorte a, nem o gigante patológico, nem o anão, poderem reproduzir a sua espécie.

Mas isto é apenas o começo de uma longa série de alterações que afectam outras glândulas de secreção interna.

Nos estados finais de insuficiência ou de hiperfunção da hipófise, observa-se, por um lado, a atrofia dos tecidos, com senilidade e caquexia; por outro lado, esplanchnomegalia e hipertrofia dos tecidos.

O cirurgião que opere um acromegálico deve evitar tanto as primeiras como as segundas conseqüências.

Enquanto não é conhecida uma forma prática de fazermos terapêutica de substituição nestes casos, corre-se sempre o perigo de se ir muito longe, na extirpação da glândula. Uma transplantação homoplástica diária, de resultados tão eficazes no rato, está fora do alcance do clínico.

E. COELHO.

---

A origem funicular ou espondilitica da sciática reumatismal. O seu tratamento pela radioterapia. (*L'origine funiculaire ou spondylitique de la sciatique rhumatismale*, etc.), por A. ROUQUIER. — *Annales de Médecine*. Junho de 1927.

A origem funicular da mor parte das sciáticas, que outrora se classificavam de reumáticas, idiopáticas ou a *frigore*, não tem já discussão. Foi posta em evidência por Sicard, Forestier e Léri. É ao nível dos buracos de conjugação, fora do saco meníngeo que o processo inflamatório primitivo tem a sua sede. «Artrite do buraco de conjugação», lhe chama Sicard, conseqüência da propagação ao nevrilema do funículo da inflamação do periosteo vertebral.

A espondilite periosteal, o reumatismo vertebral, precedem, portanto, a lombarria.

A mor parte das sciáticas não são de origem truncular, mas funicular e vertebral. Os fenómenos dolorosos ao longo do tronco nervoso são precedidos habitualmente por um estado de lumbago ou de raqualgia. E é o processo periosteal inicial que importa tratar, visto que constitui a única causa dos fenómenos dolorosos. Desta proposição se deduz que a radioterapia, para ser eficaz, deve ser aplicada, não sobre o próprio tronco do nervo doente, mas ao nível dos buracos de conjugação.

Os Raios X actuarão ao mesmo tempo sobre os cilindros—eixos lesados, e sobre o periosteal de onde partiu a inflamação. Os fenómenos nevrálgicos têm tódas as probabilidades de persistir enquanto durar esta última, e é ela que importa cicatrizar.

O A. teve ocasião de examinar e tratar várias centenas de doentes atingidos de funiculite lombo-sagrada, com fenómenos dolorosos e perturbações motoras exclusivamente encontradas no domínio do pequeno e do grande sciático e dos ramos terminais deste último. Foi possível em quasi todos os doentes pôr em evidência a etiologia espondilítica ou vertebral do processo, que é, de resto, fácil fazer-se.

Os Raios X exercem uma acção resolutiva notável sobre o processo periosteal, assim como sobre a inflamação das raízes nervosas. Devem ser suficientemente penetrantes para atingir, através da espessura da massa sacro-lombar e dos tegumentos, o periosteal vertebral e os funículos.

Quando os fenómenos dolorosos predominam nos territórios dos nervos sciáticos e sciáticos poplíteos, é preciso radiar os buracos de conjugação da IV e V raízes lombares, e das duas primeiras sagradas. O método das doses moderadas, aplicadas por sessões semanais de cerca de vinte minutos, é o único que dá resultados praticamente apreciáveis.

O A. costuma associar, à radioterapia assim conduzida, a diatermia ao nível do membro inferior. A sua acção analgésica associa-se a uma ligeira acção trófica. Depois de desaparecerem os fenómenos dolorosos, o A. utiliza a corrente contínua com uma intensidade bastante elevada (100-150 miliamperes).

Quanto ao processo clássico do tratamento das sciáticas, e particularmente às injecções equidurais e à alcoolização local, deve ser reservado à sciática truncular sintomática; são tratamentos paliativos e não patogénicos.

E. COELHO.

---

**Doença de Hodgkin com localizações predominantes no sistema nervoso.** (*Hodgkin's disease with predominant localization in the nervous system*), por SALOMON GIURBURG.—*Arch. of Int. Med.* N.º 4, 1927.

A doença de Hodgkin não deve ser definida como uma hipertrofia específica dos gânglios linfáticos e do baço, com repercussão ocasional de outras



vísceras, acompanhada de anemia secundária. É uma doença maligna generalizada, com manifestações proteiformes, na qual alguns tecidos ou órgãos podem ser clinica, primária e predominantemente afectados. Patologicamente a doença de Hodgkin é caracterizada por uma hiperplasia específica do tecido reticulo-endotelial. Como este tecido se estende a todo o organismo — embora predomine no sistema linfoemopoiético — a doença de Hodgkin pode actuar primariamente sobre qualquer órgão.

A etapa proliferativa celular da doença de Hodgkin é apenas uma fase do processo mórbido.

As modificações regressivas — necrose e fibrose — são as últimas etapas invariáveis na evolução da doença. A toxemia e a anemia fazem parte do cortejo sintomático de qualquer etapa, embora sejam mais acentuadas no último período.

A invasão do sistema nervoso, na doença de Hodgkin, é mais vulgar do que fazem crer os diferentes tratadistas.

O sistema nervoso pode tornar-se primariamente afectado, originando sintomas que se mantêm durante meses e anos, antes de qualquer hipertrofia dos gânglios linfáticos ou do baço. Numa série de 36 doentes com doença de Hodgkin, observados no Hospital de Montefiore, desde 1914-1925, dez doentes, ou sejam 27,7 %, mostravam a invasão do sistema nervoso. O diagnóstico precoce da doença de Hodgkin, de forma nervosa, só pode ser feito com um estudo completo de todos os sinais clínicos e dos sintomas apresentados em cada caso. O exame neurológico por si só é insuficiente para estabelecer o diagnóstico.

Em casos duvidosos, a prova radioterapêutica pode prestar um valioso auxílio para o diagnóstico. As lesões da doença de Hodgkin, antes das modificações degenerativas extensas e das modificações fibrosas, têm uma sensibilidade acentuada para o Raio X.

Um diagnóstico precoce da doença de Hodgkin de forma nervosa é fundamental para prevenir perturbações degenerativas irremediáveis dos elementos nervosos.

A radioterapia, que é o principal processo de tratamento desta doença maligna, deve ser empregada muito cedo, porque na fase fibrosa é de nenhuma eficácia. Empregada a tempo, pode impedir a formação de uma paraplegia.

E. COELHO.

---

Quatro observações de angina de peito tratadas cirurgicamente. (*Quatre observations d'Angine de poitrine*, etc), por R. LERICHE e R. FONTAINE. *Arch. des Mal. du Cœur*, n.º 8 1927.

Segundo os A. A. as operações sobre o simpático podem curar a angina de peito de uma maneira durável. Há exemplos incontestáveis. Muitas vezes, estas operações falham. A tarefa dos que se interessam por esta questão não consiste em tomar partido *pró* ou *contra* o tratamento cirúrgico, mas em se esforçarem por determinar as causas dos insucessos.

Para isso são precisas observações bem seguidas.. Um grande número das observações publicadas são de uma notável indigência, sob o ponto de vista clínico, que é impossível encontrar-lhes os ensinamentos essenciais.

Os A.A. recolheram 150 observações de *angor pectoris* operados e procuraram pôr em evidência para cada caso:

1.º — O caracter das crises com a sua sintomatologia; o seu modo de aparecimento (tipo de esforço ou de decubito); a duração da doença; sua possível associação, quer com a asma cardíaca, quer com a asistolia.

2.º — O estado do coração, seu volume, ritmo e lesões orificiais.

3.º — O estado da aorta.

4.º — As verificações radiográficas e electrocardiográficas.

5.º Os factores etiológicos.

Foi-lhes impossível obter um número de fichas utilisável; o que quer dizer que nenhuma estatística valiosa pode ser organizada. Por isso qualquer juízo crítico emitido actualmente sôbre os efeitos da operação torna-se completamente aleatório.

Por ótro lado, segundo os A.A., o cirurgião não tem feito, na realidade, o que quiz e supoz fazer. Numerosas operações chamadas do ganglio estrelado não tem, na realidade, interessado senão o ganglio intermediário. O ganglio estrelado é com efeito um órgão muito profundo, situado na íntimo visinhança da artéria vertebral, raras vezes adiante, as mais das vezes atrás desta artéria. Ora, em tôdas as observações relatadas pelos diferentes A.A. nunca se menciona a descoberta da artéria vertebral e a situação profunda e posterior do ganglio. Tôda a observação dando a entender que a operação fôra rápidamente conduzida; que num instante se descobriu um ganglio volumoso, idêntificado sem a menor hesitação «deve ser tida por suspeita». A descoberta e o isolamento do ganglio estrelado são sempre de uma grande delicadeza. Ora, segundo Leriche, a maior parte dos cirurgiões que tem operado anginas não tinham uma larga experiência desta cirurgia especial. É essa a principal causa de êrro no estudo dos resultados das operações dirigidas contra a angina do peito.

Os A.A. publicam 4 casos de *angor* operados com todo o rigor. Dois apresentam-se sem as crises há já alguns meses apòs a operação; dois morreram passados alguns meses, por evolução das lesões cárdio-aórticas.

E. COELHO

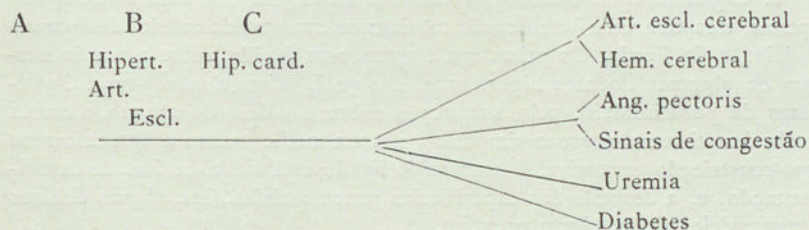
---

O tratamento da hipertensão. (*Treatment of Hypertension*), por JAMES HARE. *The American Heart Journal*. N.º 5, 1927.

Segundo o A. a tensão arterial é a resultante dos seguintes factores:

- a) Estado do músculo cardíaco.
- b) Viscosidade do sangue.
- c) Grau da arterioesclerose.
- d) Grau da vasoconstricção ou da vasodilatação.

O desenvolvimento da doença «cárdio-vásculo renal» faz-se segundo o plano ilustrado por êste esquêma:



A = Estado não hipertensivo.

B = Estado flutuante.

C = Estado hipertensivo.

O tratamento é profilático e actual.

As refeições devem ser pequenas, com restrição moderada de proteínas, cloretos, líquidos e calorías. A dieta deve ter por fim poupar a circulação e reduzir o pêso dêstes doentes. Se há insuficiência renal, construir-se-ha uma dieta correspondente ao grau desta insuficiência. A restrição extrema de cloretos não tem dado resultados.

**Medicamentos.**— Êstes têm sido empregados para fazer desaparecer os sintomas.

1.— Os brometos são certamente os mais proveitosos. Outros sedativos como o cloral, luminal, barbitol, veratrum, podem ter todos o seu lugar. Até o ópio pode ter as suas indicações.

2.— Os iodetos, na experiência do A., são de um valor muito limitado, excepto nos doentes com R. W. positiva. Os iodetos orgânicos, como o lipiodol, o sajodin, podem ser de grande valor.

5.— As drogas empregadas com o fim de reduzirem a tensão arterial são de um valor muito restrito. Estas drogas compreendem o cloreto de cálcio isolado ou associado à atropina; os chamados antiespasmódicos, tais como o benzoato de benzilo; o akineton, gui, os nitritos, etc. Êstes têm o seu lugar marcado no tratamento da hipertensão, exercendo a sua acção sôbre os sintomas da angina pectoris, a caimbra das extremidades (claudicação), opressão noturna, etc.

4.— Outros medicamentos podem ter a sua indicação especial. A dedeira nunca está contra-indicada, seja qual for a altura da pressão. Deve ser sempre empregada quando o estado do coração a requiere. Os salicilatos podem ser valiosos para combater as dores de cabeça dos hipertensos. O intrato de Gui tem um lugar definido no tratamento das dores de cabeça, das vertigens e, muitas vezes, de outros sintomas.

5. Outras formas terapêuticas são ocasionalmente indicadas. Os banhos quentes prolongados produzem, muitas vezes, uma diminuição da vaso-constricção e portanto da pressão arterial. A sangria está indicada quando há ameaça de hemorragia cerebral ou de insuficiência do músculo cardíaco. Ocasionalmente, nos indivíduos pletóricos, que se queixam de varios sintomas

cerebrais, a sangria é de alguns resultados. A punção lombar pode ser valiosa para combater as dores de cabeça, renitentes a outra medicação, etc.

6. Organoterapia. Muitos dos extratos de órgãos têm tido a sua época. Apenas três têm uma justificação teórica: os extratos de ovário, das paratiroides e do fígado. Os primeiros actuam, sem dúvida, sobre a tensão nervosa de algumas doentes hipertensas, nas quais existe a menopausa. Os extratos de paratiroideia, pela sua acção sobre o cálcio do sangue, o cortex cerebral e sistema nervoso simpático, são um medicamento a aproveitar na vaso-constricção excessiva. O extrato de fígado está ainda na fase de experimentação, e, a despeito das experiências pouco satisfatórias, alguns clínicos esperam dele, ainda, algum proveito.

Em conclusão, diz o A., o tratamento de um doente com hipertensão exige um conhecimento adequado da origem e da evolução do processo hipertensivo, e da grande variabilidade para cada indivíduo, de minuto a minuto e de semana a semana.

O tratamento *profilático* tem por fim evitar o estado de hipertensão nas crianças das chamadas «famílias vasculares», ensinando-lhes a evitar o esforço mental, físico e a obesidade.

O tratamento *actual* de necessidade do hipertenso tem por fim a redução de uma excessiva vaso-constricção; esta pode ser realizada por sucessivos períodos de descanso mental e físico, pela dieta, pelos medicamentos, e, quiçá, pelos extratos hepáticos.

E. COELHO.

---

Sobre a panaortite estreptocócica. Contribuição para a separação da aortite estreptocócica e da mesaortite luética. *Ueler panaortitis streptocica*. Ein Beitrag, etc), por EBERHARD. *Zeitbl. f. Path.* N.º 38, 1926.

O A. apresenta dois casos de panaortite estreptocócica que demonstram as dificuldades que, muitas vezes, existem para os distinguir da aortite luética.

Tanto num caso como no outro as lesões anatomopatológicas pareciam de natureza luética. Entretanto, no 1.º caso isolaram-se da *intima*, estreptococcus antihemolíticos, e no 2.º estreptococcus hemolíticos.

E. COELHO.

---

Os tratamentos prolongados da diabetes pela insulina. (*Les traitements prolongés du diabète par l'insuline*), por M. LABBÉ — *Annales de Med.* Julho de 1927.

O problema que hoje se põe ao clínico consiste em saber se a insulina pode sómente restituir por substituição uma função que falta aos diabéticos, ou parar também a evolução da diabetes, e, até, cural-a.

¿ Sem levar até à cura completa, é a insulina, pelo menos, capaz de produzir a regressão da diabetes?

O A. passa em revista os numerosos casos apontados na literatura mé-

## Vacina antiptiogenica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **-Antipio-**

FORMULA — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. pliocianico, tipos de procedencias diversas Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — E' eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abcessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., *com acção tambem preventiva.*

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influenza, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diarias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

E' garantida a sua innocuidade.

Nos casos gravissimos o Medico deverá recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc. e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Médico.

## Polivacina antiptiogenica Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alterando com a VACINA CURATIVA.

## Sôro-vacina Bruschetti

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

## Vacina curativa Bruschetti

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antiptiogenia (para as formas bacilosas).

## VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraqecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

## Vacina antigonococica Bruschetti

(Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **-Antigono-**

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de germens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite hienorrágica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diarias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampólas), alternadas em alguns casos com instilações uretrais de vacina (1 ampóla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mês depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente innocua.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

# PRODUTOS "I. B. Y. S."



## Adrenoserum "Ibys"

**FORMULA** — Associação de soro normal de cavalo e adrenalina (Soro equino adrenalinico). — Ampólas de 10 cc.

**INDICAÇÕES** — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofilias etc.).

**USO** — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutanea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampóla de 2 cc. de ANTI-NAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Tambem temos

**Soro normal equino "Ibys"**



## Bronconeumoserum "Ibys"

**FORMULA** — Soro pneumo-diftérico optoquinado. Ampólas de 10 cc.

**INDICAÇÕES** — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e cronica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

**USO** — De duas a quatro ampólas no primeiro dia em injeção subcutanea, e duas ampólas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampóla de 2 cc de ANTI-NAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

**INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID**  
DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTE

## Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

**FORMULA** — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de germens por centimetro cubico. Caixas de 5 ampólas de 2 cc.

**INDICAÇÕES** — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

**USO** — **Como curativa:** uma injeção subcutanea de dois em dois dias, começando por  $\frac{1}{2}$  cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

**Como preventiva:** bastarão tres injeções de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

## Atosferin "Ibys"

**FORMULA** — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Caixas de 5 ampólas de 5 cc.

*Ha tambem a segunda serie.*

**INDICAÇÕES** — Tratamento da tosse convulsa.

**USO** — Injeção intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampóla pela ordem da numeração que teem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras, e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

**OBSERVAÇÕES** — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

**IMPORTANTE** — *Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.*

**Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidiftérico "Ibys"**

**AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA**

dica por diferentes autores, desde Micks e Maclean, que não observaram melhoras permanentes sob a influência da insulina, até John, Banting, Joslin, Root e White que supõem ter observado uma evolução para a cura.

O A. publica 24 observações, sobre as quais se apoia para apreciar os resultados do tratamento prolongado da insulina na diabetes grave. A percentagem de morte é de 50 %.

As causas de morte são interessantes a considerar. Em 12 casos, 5 terminaram por coma, 3 por supuração e infecção, 4 por tuberculose pulmonar. É quasi sempre durante o verão, em que os doentes são menos vigiados, que se registam as mortes por coma. A mesma observação foi feita por Joslin.

Os diabéticos tratados pela insulina, a-pesar das melhoras do seu estado geral e da restituição de uma saúde aparente ficam sempre debeis e expostos a accidentes e a complicações graves.

As esperanças de cura sugeridas pelos primeiros sucessos da insulina não foram realizados, nenhum caso de cura autêntica tendo sido publicado, tanto na América como na Europa.

O tratamento prolongado pela insulina se não impede a evolução progressiva da diabetes grave, retarda-a consideravelmente a tal ponto que é preciso uma observação minuciosa para que se possa perceber a tendência para a agravação.

A duração da diabetes grave que era, antes da insulina, muito fraca (2-3 anos) encontra-se hoje muito alongada, como mostram as observações do A. e as estatísticas estabelecidas por Joslin.

A acção da insulina não se limita a um simples impedimento da evolução fatal da diabetes.

Há casos felizes em que, depois de se agravar, a diabetes parece regressar e marchar para melhoras reais.

Algumas das observações do A. são de natureza a dar-nos a esperança de uma melhora, e talvez de uma cura.

Várias hipóteses tem sido enunciadas para explicar essas melhoras. Allen falou da regeneração dos ilheus de Langerhans.

Diz o A. que podemos somente falar de regeneração *funcional*. Esta poderia resultar de uma excitação pela hormona insulínica, do repouso prolongado do sistema glico-regulador, pela acção combinada do regime e da insulina, que permitiriam ao pâncreas recuperar o seu poder fisiológico.

E. COELHO.

---

A **sintomatologia e o diagnóstico da doença de Simmonds (caquexia hipofisária)**. (*La symptomalologie et le diagn.*, etc.) por SCHERESCHESKY. *Rév. Franç. d'Endocrinologie*, n.º 4, 1927.

O quadro clínico desta doença, denominada por Simmonds — **caquexia hipofisária** — apresenta os caracteres seguintes: caquexia crónica, aspecto senil do doente, aparecimento de rugas, queda dos dentes, desapare-

cimento da menstruação, dos cabelos, e diminuição de volume dos órgãos internos.

Do lado psíquico, observa-se: uma apatia muito acentuada, sonolência, vertigens, síncope com perda de memória e convulsões.

No primeiro caso desta doença verificou-se uma atrofia da hipófise; os casos posteriormente relatados por vários autores têm mostrado atrofia, apenas, do lobo anterior.

O A. relata um caso, no qual a caquexia hipofisária é confirmada tanto pela clínica como pela anatomia patológica. Todavia, o A., baseando-se nas experiências de Bailey e Bremer, admite no seu caso lesões, tendo a sua sede não ao nível da hipófise, mas na região parainfundibular e do tuber cinerium.

E. COELHO.

**Resultados do tratamento com dieta descloretada em trinta e cinco casos de hipertensão arterial.** (*Report of the results of treatment with salt-free diet in thirty five cases of arterial hypertension*), por BLAISDELL. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 19 de Maio de 1927.

Os alimentos constituintes da dieta prescrita são seleccionados das várias espécies alimentares pobres em cloreto e bicarbonato de sódio. O cloreto de sódio não entra também na confecção dos alimentos.

Cada um dos casos que serviu de base ao presente estudo vem relatado resumidamente, com os resultados dos exames laboratoriais sucessivos, as variações das tensões arteriais e sintomas clínicos.

Como conclusão acêrca do tratamento, diz o autor:

A pressão sangüínea foi trazida ao normal apenas num reduzido número de casos, mas houve um marcado abaixamento das pressões sistólica e diastólica em quasi todos êles.

Constatou-se uma grande acalmia nos sintomas clínicos.

Em todos os casos a doença parece ter sofrido uma paragem na sua marcha evolutiva.

Com raras excepções, a pressão sangüínea foi reduzida dentro do 1.º mês de tratamento e assim se conservou pelo tempo em que se manteve obediência à dieta.

Em nenhum doente foi imposta a cura de repouso como meio de tratamento auxiliar; a maioria dos doentes pôde continuar no seu trabalho habitual.

Nos casos de complicação cardíaca avançada foi recomendada a redução de actividade. Nos casos em observação acima de um mês, o aumento de cloreto de sódio de 1 gr. nas urinas das 24 horas, foi quasi invariavelmente acompanhado de um aumento da pressão sangüínea.

Os resultados obtidos pelo autor com o uso da dieta privada de sais (dieta de Allen) são bastante superiores aos que se conseguem com dieta de fraca percentagem em proteínas, com dieta simplesmente hipocloretada ou com o tratamento medicamentoso.

MORAIS DAVID.



Escolha do tratamento na estenose hipertrófica congénita do piloro.  
(*Choise of treatment in congenital pyloric stenosis*), por JOSEPH GARLAND.  
— *Bost. Med. Surg. Jour.* 9 de Junho de 1927.

Pretende o A. contribuir com alguns elementos clínicos para a solução do discutido problema terapêutico da estenose hipertrófica congénita do piloro e assim apresenta as notas clínicas de 31 casos existentes nos arquivos do *Muss. Gen. Hosp.*

30 pertenciam ao sexo masculino. Em 28 havia peristaltismo gástrico visível, em 3 não existia ou não foi referido.

23 apresentavam tumor epigástrico palpável.

Em todos os casos havia referência de vômito de jacto, variando a idade da sua aparição entre o nascimento e as 6 primeiras semanas.

20 eram caracteristicamente obstipados.

28 foram alimentados ao peito, pelo menos até ao início dos sintomas da doença.

17 apresentaram perda de pêso, 1 ganhou de pêso desde o nascimento. Quanto aos casos restantes, não há referência de dados suficientes sôbre êste particular.

Nenhum dos casos era de criança prematura.

1 dos doentes teve alta sem tratamento, 2 morreram de inanição antes do acto cirúrgico e 1 curou-se com as lavagens gástricas e alimentação ao seio.

12 casos foram tratados pela gástro-enterostomia posterior, com uma mortalidade de 50 %.

15 casos foram tratados pelo método de Fredel-Rauested, com 2 mortes, percentagem de mortalidade que deverá baixar desde que o diagnóstico seja estabelecido com a devida precocidade e se proceda a um tratamento pre-operatório necessário.

MORAIS DAVID.

---

Um estudo experimental da operação de colecistenterostomia. (*An experimental study of the operation of cholecystenterostomy*), por M. TRAUTMANN, H. ROBBINS e C. STEWART. — *Surg. Gyn. and Obst.* Maio de 1927.

Êste trabalho é constituído por um ensaio experimental em cães, do método operatório indicado.

Em 10 colecistenterostomias a fistula operatória permaneceu aberta pelo menos durante 15 semanas e em 1 caso 50 semanas.

Em todos os exemplos de fistula permeável a comida passava na vesícula biliar e muitas vezes no canal cístico.

Uma só vez se pôde demonstrar a existência de resíduo alimentar para além do canal cístico, em um dos ductos hepáticos.

Em uma colecistogastrostomia, com uma abertura operatória ampla, o exame radiológico mostrou a presença de bário na vesícula biliar e canais

biliares mais de 24 horas. Em um outro caso de fístula operatória quasi obliterada o bário não passou para o sistema biliar.

Após estas operações a vesícula e o ducto comum inflamam-se em 61 % dos casos, o ducto comum com uma frequência maior do que a vesícula.

Esta inflamação é de carácter benigno.

MORAIS DAVID.

---

**Sobre a imunização activa do homem contra a difteria.** (*Sobre la inmunización activa del hombre contra la difteria*), por R. KRAUS. — *Rev. Med. Hamb.* Junho de 1927.

O método da imunização passiva na profilaxia da difteria, tendo feito já, e de há muito, as suas provas, e com seguros resultados, contém o grave inconveniente de possuir uma eficácia apenas transitória, que dura enquanto existem no organismo imunizado as qualidades de defesa que lhe são fornecidas pelo sôro heterólogo.

A imunização activa por meio da mistura toxina-anti-toxina, hipo-neutralizada, neutralizada ou hiper-neutralizada, permite uma profilaxia de melhores resultados, porque além de eficaz é duradoura.

Que essa profilaxia é suficiente provam-no os resultados da reacção de Schick em indivíduos imunizados e os dados estatísticos.

Raramente e por circunstâncias que são ainda em parte desconhecidas, acontece que uma mesma mistura toxina-anti-toxina reage de maneira diferente em determinados indivíduos, sendo bem tolerante em uns e provocando noutros reacções fortes ou até graves, podendo chegar à morte.

Para fugir a êste inconveniente se tem lançado mão dos chamados toxóides, ou sejam anti-corpos modificados na sua virulência por efeito de processos químicos ou físicos e com resultados satisfatórios, mesmo tão bons como os que derivam da imunização pela toxina-anti-toxina e sem os enormes riscos que êste método comporta.

Bem entendido que a imunização passiva guarda tôda a sua oportunidade para os casos em que se torna urgente a protecção contra a doença.

MORAIS DAVID.

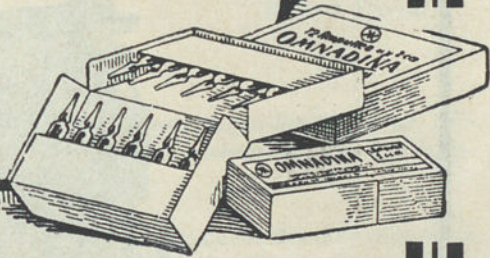
---

**Tetania latente, post-operatória.** (*Latent post-operative tetany*), por H. RICHTER e L. ZIMMERMAN. — *Surg. Gym. and Obst.* Maio de 1927.

Em pessoas operadas de tiroidectomia notou o A. uma frequência de tetania latente maior do que é geralmente apontada.

Esta tetania latente, que é a consequência da hipofunção das glândulas para-tiroideias, revela-se em determinados períodos por sinais clínicos bas-

# Omnadina



Vacina total imunizante "Much,,

Para a terapêutica não específica  
em tôdas as

moléstias infecciosas e padecimentos  
reumáticos e neurálgicos.

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente  
tôdas as forças defensivas do orga-  
nismo, assim como encurta conside-  
ravelmente a duração da moléstia.

*Forma comercial:*

Caixas com 1 e 12 ampolas de 2 c. c.  
Empacotamento original «KALLE».

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Sero-bacteriologische Abteilung

“Bayer-Meister Lucius,, Hoechst s/M.

....

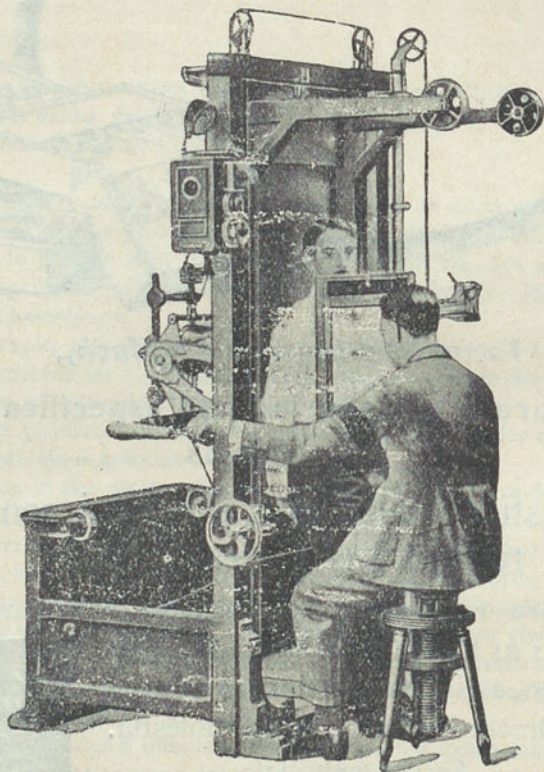
Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE  
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



# Etabts Gaiffe-Gallot & Pilon de Paris

Victor X Ray Corporation CHICAGO

Radium Belge—Bruxelas



Mesa oscilante em posição vertical para radioscopia ou radiografia

REPRESENTANTE EM PORTUGAL

Sociedade Ibérica de Construções Eléctricas, L.<sup>da</sup>

## S I C E

Praça dos Restauradores, 78, 1.<sup>o</sup> - LISBOA

tante evidentes (Chvostek, Trousseau, hiperexcitabilidade muscular, reac. de Erb e variações do conteúdo do sangue em *Ca*).

Em condições particulares como a gravidez, período menstrual, aleitamento, etc., as manifestações podem mesmo chegar até ao síndrome paratireoprivo completo.

Nos casos de tiroidectomia aconselha o autor todo o cuidado durante o acto operatório, poupando escrupulosamente as glândulas para-tiroideias a qualquer traumatismo cirúrgico, empregando a título profiláctico a medicação glandular, o lactato de cálcio *per os* e uma dieta rica em hidratos de carbone e sem substâncias proteicas.

MORAIS DAVID.

---

**Estudo experimental sôbre os efeitos da tetra-iodo-fenoltaleina.** (*Ri-  
cheche sperimentali sugli effetti della tetraiodofenoltaleina*), por R. PALMA.  
— *An. Ital. di Chir.* 30 de Maio de 1927.

As razões que têm servido para explicar a toxidade dos dois compostos correntemente empregados na prática para a visualização da viscúla biliar, a tetra-iodo-fenoltaleina e a tetra-bromo-fenoltaleina, são diversas de autor para autor e na verdade pouco fundamentadas.

O A. efectua um trabalho experimental em cães, que previamente submete a condições de dieta determinadas e nos quais faz depois a injeção de tetra-iodo, em doses subordinadas aos pesos dos animais. Estuda as variações da glicemia, faz a pesquisa de pigmentos biliares nas urinas e observa as alterações anatomopatológicas do fígado.

A glicemia progride 2 horas depois da injeção, atinge o seu mais alto valor cêrca de 24 a 35 horas depois, valor variável com a quantidade e t. i. f. injectada, vai decrescendo seguidamente para voltar a números normais ou um pouco inferiores aos normais decorridas cêrca de 40 horas.

O exame histo-patológico do fígado prova a existência de alterações parenquimatosas, tumefacção turva, degenerescência vacuolar, destruição protoplasmática e alterações vasculares de trombose e hemorragia. A degenerescência gorda incide activamente sôbre os elementos celulares que revestem as vias biliares, facto que deve depender do contacto íntimo e demorado do medicamento com estes elementos celulares.

O tipo de alteração histo-patológico mantém uma acentuada uniformidade, variando sômente a sua intensidade em função da dose administrada.

A recomposição das perturbações hepáticas faz-se progressivamente até voltar ao normal.

A injeção de tetra-iodo-fenol-ftaleina coincide, pois, com um aumento da glicemia, com a presença de pigmentos biliares na urina e com alterações anatomopatológicas do parênquima hepático e das vias biliares. Parece que os sinais tóxicos estão em íntima relação com os efeitos que o medicamento exerce sôbre o fígado.

MORAIS DAVID.

Alguns aspectos clinicos do carcinoma primário do pâncreas. (*Some clinical aspect of primary carcinoma of the pancreas*), por B. E. FRIED. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 21 de Abril de 1927.

A sintomatologia da afecção varia totalmente consoante a sede da neoplasia.

As relações anatómicas do pâncreas e a localização do tumor na cabeça, no corpo ou na cauda dêste órgão, criam entidades clínicas diferentes e que não podem caber dentro da designação única e habitual de cancros do pâncreas. Os neoplasmas da cabeça do pâncreas traduzem-se principalmente pelos efeitos que exercem sobre a corrente biliar, por uma icterícia progressiva com aumento de volume da vesícula.

Os tumores do corpo e da cauda do pâncreas têm como particularidade sintomática as dores violentíssimas do epigastro, que possivelmente resultam de fenómenos compressivos que o tumor provoca sobre o plexo solar. Não dão icterícia.

As dores nas neoplasias da cabeça ou da cauda denotam invasão secundária do corpo do pâncreas.

MORAIS DAVID.

---

A pneumonia nos lactantes. (*Die Pneumonie in Sauglingsalter*), pelo Prof. P. HEMI — *Monatschr. für Kinderh.* — Bd. 34, n.º 2.

As perturbações nutritivas e os processos catarrais das vias respiratórias são dois factores que determinam maior mortalidade no primeiro ano da vida. Geralmente, revestem aspectos diferentes do adulto e apresentam-se como infecções gerais catastróficas.

Na pneumonia predominam quasi sempre os sintomas sépticos, as crianças pioram ao quinto ou sexto dia e, a-pesar dos tónicos cardíacos e de outros meios clássicos, é impossível salvá-las.

Há dois anos que o A., baseado no estudo desta doença, emprega outro tratamento, fundamentado na seguinte patogenia da marcha séptica dêste processo.

Pensou qual seria a causa pela qual, tanto nestes casos como nos de intoxicação intestinal (Finkelstein), determinavam tão graves perturbações do aparelho circulatório, sistema nervoso e tónus muscular. Em casos de pneumonia grave de crianças de mais de dois anos, aparecem muito mais acentuados os sintomas físicos e radiológicos do que nos lactantes.

Na autópsia, além das lesões clássicas que se encontram nesta doença, viu uma abundante secreção fibrinoso-purulenta nos brônquios. Como as piores da criança aparecem do quinto para o sexto dia, pensou que, talvez no decurso da enfermidade, se produza no organismo uma substância que, reabsorvida, dê origem aos sintomas gravíssimos citados e que a dita substância se forme no período em que começa a reabsorção do exsudado pneumónico. Êste exsudado é decomposto por fermentação e depois reabsorvido;

quer dizer que se produz uma divisão da albumina nos alvéolos e brônquios, e pergunta o A. se, pelos capilares alveolares dilatados por êste estado inflamatório do alvéolo, não se reabsorverão estes produtos, sendo os que determinam o grave estado geral.

Nos casos de pneumonia grave o fígado está aumentado de volume e, o que é mais importante, é que por injeção intravenosa de adrenalina aumenta mais ainda, o que é paradoxal, pois já sabemos que o obstáculo à circulação estabelecido pelo fígado é destruído pela adrenalina e, pelo contrário, é melhor firmado pelos produtos de desintegração da albumina. E porque nestes casos de pneumonia grave o fígado não reage à adrenalina, conclui-se que êle esteja sob a acção dos referidos produtos albuminóides, que passam à circulação.

Quando existe êsse obstáculo circulatório do fígado, chega menos sangue ao coração direito e circula menos sangue nos pulmões, há uma diminuição da pressão sanguínea e, portanto, uma diminuição da velocidade da circulação do sangue nos pulmões. Da fisiologia sabemos nós que a aparição e intensidade da dispnea dependem mais da velocidade circulatória nos pulmões que da quantidade do sangue. A autópsia confirma isto, pois o fígado está muito aumentado e cheio de sangue, os intestinos vermelhos e os seus capilares injectados de sangue. De tudo isto deduz-se que o fígado desempenha um papel importantíssimo na marcha e gravidade do processo pneumónico.

Pensando nêle, P. Heim tratou, por assim dizer, de destruir êsse obstáculo patológico do fígado e melhorar, pelo menos, os sintomas de perigo por êle determinados. Para isso injecta por via intravenosa 20 a 80 cc., a 10 0/0, de um soluto de glucose com adrenalina, para apoiar a acção desta.

Observa-se imediatamente uma diminuição do fígado, os sintomas de gravidade e perigo diminuem notavelmente, desaparece a cianose, a respiração melhora, o pulso torna-se mais forte, a criança parece que ressuscita. Se dois ou três dias depois se repete a gravidade, repetimos a injeção, que na verdade foi necessária com freqüência.

MENESES.

---

**Artrites agudas supuradas na infância (*Artriti*, etc.), por A. MACCHI. — *La Pediatria*. 15 de Nov. de 1926.**

O A., depois de estudar oito casos, que historia no seu trabalho, conclui que as artrites da idade infantil são em geral secundárias a outras infecções localizadas em várias partes do organismo. Essas localizações primitivas são de preferência no pulmão e têm em geral por agente etiológico o pneumococo. Muito menos frequentes são as produzidas por outros germens (estreptococo, gonococo, bacilo de Pfeiffer).

A via pela qual o agente chega à articulação é quasi sempre a via hemática, às vezes a directa e a linfática. Geralmente antes de localizar-se na articulação produz-se uma localização óssea, da qual a injeção se propaga. Provavelmente o crescimento do osso é que facilita o ataque e só raramente pode ser atribuído a um traumatismo que na criança é frequentíssimo.

Sobre a evolução do processo, o autor cuida dever ser considerado com certa benignidade no que respeita à vida da criança, enquanto deve ser mais reservado no que se relaciona com a função articular.

Há que ter em conta tudo isto para instituir o tratamento, que será tanto mais eficaz quanto mais imediato e mais persistente, e neste caso a cura pela vacina dará excelentes resultados. Estes serão menos brilhantes quando a localização articular fôr tardiamente reconhecida e as forças gerais de defesa da criança estejam diminuídas; nestes casos a única cura possível está no esvaziamento da colecção purulenta endo-articular e a sua imobilização consecutiva.

MENESES.

---

**Artrites sifilíticas.** (*Syphilitic arthritis*), por H. ALAN TODD. — *British Journal of Surgery*. Vol. XIV. Outubro de 1926, n.º 54, pág. 260.

O A. faz um estudo clínico anatómopatológico das artrites sifilíticas, que subdivide segundo a classificação de Powers.

As artrites dos sifilíticos congénitos podem ser do tipo Parrot ou do tipo Clutton.

As artrites da sífilis adquirida podem ser de forma artralgica sem derrame, ou apresentar-se como uma hidrartrose com abundante líquido, espessamento sinovial, dores escassas, e parecem mais próprias ao período secundário, atingindo de preferência os joelhos, bilateralmente. No período terciário a artrite sifilítica pode apresentar o carácter da forma gomosa, ou da condro-ulcerativa de Virchow, ou ainda, diz o A., da forma esclerosante tabética do tipo Charcot.

Não podemos concordar com a inclusão da artrite tabética nos tipos da artrite sifilítica. A artrite tabética não tem nada com a sífilis, porque não se traduz por alterações locais do tipo luético. É o resultado de uma alteração dos nervos tróficos e nunca o resultado de uma acção do treponema da sífilis na articulação. As mesmas alterações podemos encontrar em articulações dos seringomiélicos, sem que estes tenham relação alguma de dependência, suspeita ou verificada, com a sífilis.

É esta uma noção que queríamos ver assente e que ao artigo referido escapa, bem como em vários tratados.

A anamnese, a reacção de Wassermann, os sintomas clínicos (indolor), as dores osteocópicas, a simetria da lesão, a ineficácia das medicações anti-reumáticas, são elementos que ajudam ao diagnóstico.

O A. conclui afirmando que a artrite sifilítica não é tão rara como se julga e por isso convém, em toda a doença articular, completar o exame com a R. W. e o exame histológico do líquido endo-articular.

Nos casos duvidosos, em que, a-pesar-de todo o exame, não fique bem assente a natureza da lesão, é bom fazer um tratamento anti-sifilítico de prova.

MENESES.



**Técnica da intervenção operatória na sacralização da 5.<sup>a</sup> lombar.** (*Technique de l'intervention, etc.*), por M. VAN NECK (Bruxelas). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXIX.<sup>o</sup> ano. N.<sup>o</sup> 10. Outubro de 1926.

Pela leitura de certos trabalhos americanos, amputar a apófise de uma 5.<sup>a</sup> lombar parece a coisa mais banal do mundo; os cirurgiões europeus acham porém essa amputação muito difícil e o seu resultado trás-lhes muitas surpresas.

Basta ter dissecado uma vez a região sacro-iliaca situada profundamente, pejada de ligamentos coriáceos e de feixes musculares muito aderentes, para se verificar que a intervenção decorre entre obstáculos materiais difíceis de vencer, mesmo através de uma via de acesso espaçosa, a não ser que nos contentemos com uma ablação parcial da apófise anormal.

Tanto o A. como outro cirurgião verificaram em radiografias post-operatórias que as operações tinham sido insuficientes, além de outras surpresas que mostraram a imperfeição de uma técnica que em dois casos operados lhes parecera perfeita. A concordância de observações dêsses dois cirurgiões levou o A. a recommençar as disseções e a adoptar um plano operatório que applicou em parte a um novo doente cuja história clínica relata.

A radiografia mostrou uma sacralização esquerda da 5.<sup>a</sup> lombar. Narcose clorofórmica, com o doente em decúbito ventral. Incisão partindo da 12.<sup>a</sup> costela ao longo da massa sacro-lombar, até à crista iliaca; daí segue a crista até à espinha iliaca posterior (gravura). Todos os músculos que se inserem na crista são desinseridos com a rugina, indo êsse descolamento adiante até ao grande oblíquo. No ponto da crista em que chegamos ao bordo da massa sacro-lombar (gravura), no sítio em que o osso muda de direcção para se dirigir para fora, rugina-se largamente os gluteos de modo a descobrir a fossa iliaca externa.

A igual distância dêste ponto ataca-se o osso iliaco com o escôpro, de modo a tirar dêle um triângulo ósseo cujos lados são perpendiculares entre si e do qual a base é a crista iliaca numa extensão de cerca de 4 cm. de altura (gravura).

Ao tirar êste triângulo arranca-se a base da inserção dos poderosos ligamentos lombo e sacro-iliacos. O campo é então suficientemente vasto. Com o dedo toca-se na apófise, e, quando o sangue o permite, pode-se mesmo vê-la.

Constata-se então: 1.<sup>o</sup>, que esta apófise é muito pequena; 2.<sup>o</sup>, que a sua extremidade toca na bacia e aflora o sacro; 3.<sup>o</sup>, que a sua base está alargada em asas, como a radiografia mostra.

A amputação da apófise faz-se do modo seguinte: no adulto, o bordo superior do sacro apresenta de cada lado uma verdadeira gibosidade sem nome, que representa o processo costiforme, e que está separado da articulação por um sulco; é esta gibosidade que, unindo-se com a apófise lombar, constitui a sacralização. Para dentro encontra-se o nervo lombo-sagrado.

Portanto, a conduta operatória é a seguinte: referência da extremidade superior da articulação sacro-iliaca; ablação com o escôpro ou com uma pinça-goiva da gibosidade sagrada, atacando pela base paralelamente ao

bordo do sacro até ver o nervo lombar-sagrado; neste momento pode-se estar certo de extrair a apófise, que se ataca de baixo para cima.

Tal é a técnica que o A. utilizou em parte e ensaiou no cadáver completamente, e se propõe seguir no próximo caso.

MENESES.

**Sobre o mecanismo da formação do esporão do calcâneo. (*Zum Entstehungsmechanismus des Calcaneussporns*), por M. JAKOB. — *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*. Vol. 199. N.º 6, pág. 433.**

Entre nós já se diagnostica frequentemente esta doença; merece portanto que se refira o trabalho de Jakob, que põe um pouco em ordem o assunto. Apoiando-se em quatro radiografias, o A. demonstra como se podem observar quatro estados no seu decurso.

O primeiro representa um processo osteoperióstico decorrendo com depósitos calcáreos extensos, no qual o limite entre tais depósitos e o calcanhar se distingue ainda muito nitidamente.

O segundo traduz-se por uma periostite em via de cura, na qual os depósitos calcáreos não reabsorvidos se transformam sob a forma de exostoses e sofrem uma organização nova correspondente à substância cortical do calcâneo; a linha limitante já é menos nítida e a estrutura do esporão tende a passar à do calcâneo.

No terceiro, os depósitos calcáreos tomam já uma estrutura óssea mais ou menos regular, que passa sem interrupção à do calcâneo.

O quarto é um esporão completamente desenvolvido, cuja substância óssea se fundiu com a do calcâneo.

Para explicar o desenvolvimento do esporão do calcâneo é preciso admitir um processo inflamatório. Porém, esse processo muitas vezes não basta para explicar a gênese do quadro mórbido em questão, pois que pode aparecer a seguir à lues de vários pontos do sistema ósseo, produzindo exostoses ou simplesmente depósitos graduais de cálcio, que mais tarde são reabsorvidos sem que se forme o esporão.

Na gênese do esporão do calcâneo há a tomar como outro factor importante a condição estática do pé, especialmente aquela em que a fascia plantar está fortemente distendida na posição erecta ou na deambulação em virtude do pêso do corpo, e como na tendência para o pé chato, em que a abóbada plantar se abaixa por falta de resistência.

Somos assim levados a compreender que o perióstee se altere ou o disco cartilágneo situado no ponto de inserção dos músculos se ossifique, dando lugar a determinados processos inflamatórios que regressam sob a forma de esporão. O A. insiste porém no factor que à lues pode caber na gênese de muitos esporões, o que até aqui tem sido pouco pôsto em relêvo.

MENESES.

## Biblioteca da «Lisboa Médica»

*Obras recebidas:*

**Injections intracarotidiennes et substances injectables opaques aux Raio X**, por EGAS MONIZ. — Travail de l'Institut d'Investigations Scientifiques Rocha Cabral et de la Clinique Neurologique de Lisbonne. (Separata do n.º 63, de 1927, da *Presse Medicale*).

O A. começa por descrever, em resenha, os trabalhos dos AA. que se têm servido da via carotídea para introduzir a medicação anti-sifilítica nos paráliticos gerais e nos casos graves de sífilis cerebral.

Uns fizeram a injeção intra-carotídea a descoberto (Von Knauer, Enderlen, Hirsch, Miyerson e Halloran); outros, a coberto (Benedik e Thurzo).

Os resultados foram pouco animadores. Estes AA. não foram mais felizes do que aqueles que têm tratado com a medicação anti-sifilítica, e por outras vias, os paráliticos gerais. A descoberta de Noguchi, confirmada por Marinresco e Minea, não teve nenhuma importância prática, sob o ponto de vista terapêutico, como superabundantemente vem mostrando, nos últimos anos, a malariaterapia.

L. Desliens injectou a carótida de alguns animais com soro antitetânico.

Sicard e Forestier injectaram com lipiodol a femoral do cão, e ainda a carótida primitiva que lhes permitiu estudar a permeabilidade dos capilares cerebrais.

Alguns AA. radiografaram, por meio de substâncias opacas no cadáver, as coronárias, as artérias renais, etc.

O A. injectou substâncias opacas aos Raios X na carótida interna, de sorte a obter a visibilidade dos seus ramos cerebrais. Começou por fazer experiências nos animais (coelho e cão), tendo ocasião de apreciar a toxicidade de certas substâncias que nunca foram introduzidas pela via carotídea e cuja opacidade aos Raios X foi previamente estudada pelo A.

O A. descreve minuciosamente a técnica das injeções intra-carotídeas no cão e no homem. Expõe, a seguir, os resultados dos seus estudos sobre as substâncias opacas susceptíveis de serem injectadas sem inconvenientes para os doentes. Estuda primeiro a dose máxima que pode injectar por via intravenosa. Utiliza os brometos e os iodetos, concluindo que «o brometo de estrôncio e até o brometo de lítio podem ser empregados em grandes quantidades e em percentagens elevadas, por via intra-venosa, sem inconvenientes para os doentes. Fixou-se na dose de 70 % porque a opacidade dada por esta percentagem lhe pareceu suficiente para as provas desejadas».

Com os iodetos, procedeu o A. ao mesmo estudo. E conclui que «os iodetos de rubídio e de sódio são os mais estáveis, os mais opacos e os mais bem tolerados. O iodeto de sódio foi o preferido. As injeções intra-venosas a 25 % são muito bem toleradas». Esta solução, como tem ocasião de mostrar pela documentação radiográfica, é muito opaca aos Raios X.

O A. procurou saber, depois, como é que as artérias carótidas do homem e do animal respondiam às injeções desta solução.

O relato destas experiências e da técnica seguida no homem constitui matéria de outra memória,

**L'Encéphalographie artérielle, son importance dans la localisation des tumeurs cérébrales**, por EGAS MONIZ. — Travail de l'Institut d'Investigations Scientifiques Rocha Cabral et de la Clinique Neurologique de Lisbonne. (Separata do n.º 1, vol. II, 1927, da *Revue Neurologique*).

Nesta exposição apresentada à Sociedade de Neurologia — e devidamente apreciada, como o leitor verá — o A., antes de fazer o resumo das suas experiências e dos resultados obtidos nos animais e no homem, aprecia o valor da ventriculografia como elemento de diagnóstico dos tumores cerebrais. Processo perigoso que deu nas mãos dos diferentes autores um número apreciável de mortes. No seu processo — a encefalografia arterial — deposita o A. as melhores esperanças para obter uma localização dos tumores que possa orientar o cirurgião numa operação radical.

Pensou o A. que, determinada a visibilidade da rede arterial do cérebro derivada da carótida interna, poderia diagnosticar a topografia de um grande número de tumores cerebrais que passam sem diagnóstico nas mãos de todos os neurologistas e, portanto, salvar igual número de doentes. O caminho seguido pelo A. — desde o estudo das substâncias opacas aos Raios X até à injeção na carótida do cão e do homem, procurando determinar se o cérebro aceita as substâncias opacas preferidas, sem reacções graves — foi inçado de dificuldades de toda a ordem, resultantes da própria natureza do trabalho e da insuficiência da instalação radiográfica.

Este estudo está ricamente documentado com belas radiografias, mostrando a opacidade de alguns brometos e iodetos em diferentes soluções, através da caixa craniana, na rede arterial derivada da carótida interna, no cão *vivo* e no homem *vivo*.

O A. trabalhou primeiro com os brometos, por serem mais bem tolerados que os iodetos. Mas estes são também inofensivos para as artérias. *Brocks*, «que os injectou em casos de arterite obliterante, na dose de 100%, verificou, após a amputação de um dos membros, que as artérias não apresentavam lesões microscópicas» (*Rev. Neurologique* cit., p. 8, linhas 6-8, contando do cimo da página).

As últimas experiências no animal e no homem foram realizadas com o iodeto de sódio, depois de ter estudado o máximo de opacidade com o mínimo de dose, em sangue circulante intra-craniano.

Os cães suportam muito bem essas substâncias. O A. tem dois cães vivos, nos quais injectou na carótida, — num (de 8 kgr.) 3 c. c. de uma solução de brometo de estrôncio a 100%, no outro (de 5,100 kgr.) 1,5 c. c. da solução de iodeto de sódio a 25%. No homem, as injeções foram feitas, primeiro a coberto; a descoberto, depois.



# ATOPHAN

Remédio soberano contra o REUMATISMO  
e GOTA, poderoso eliminador do ácido úrico

## INDICAÇÕES:

**Afeções reumáticas e gotosas—Reumatismo articular agudo e crônico—Lumbago, ciática e nevralgias—Diatese úrica e gota em todos os estados**

O Atophan, fabricado sob a direcção do seu inventor, carece de tôdas as desvantagens do tratamento pelo ácido salicílico. Com o seu emprêgo evitam-se com grande segurança as complicações cardíacas. Os efeitos analgésicos e antiflogísticos que acompanham a acção causal do Atophan proporcionam quasi immediato alívio aos enfermos.

Embalagem original: tubos com 20 comprimidos de  $\frac{1}{2}$  g.  
Para a applicação parenteral do Atophan:

# ATOPHANYL

indicado especialmente nos casos rebeldes.

Para injeções intravenosas: Caixas com 5 ampolas de 10 c. c.

Para injeções intramusculares: Caixas com 5 ampolas de 5 c. c.

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

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

**SCHERING, Limitada, LISBOA, Rua Victor Gordon, 7**

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

Queira remeter-me amostras e literatura das seguintes especialidades "SCHERING,":

Nome: .....

Enderêço: .....

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhoses, 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 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8<sup>e</sup>)

“  
**eregumil**  
Fernández

Alimento vegetariano completo em base  
de cereais e leguminosas

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

Insostituivel como alimento, nos casos de intolerân-  
cias gástricas e afecções intestinaes. — Especial para  
crianças, velhos, convalescentes e doentes  
do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.<sup>sa</sup> — MÁLAGA  
Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.<sup>sa</sup>  
Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup>  
LISBOA

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

C. A. Glade

Rua Victor Gordon, 17

Lisboa

Um acidente que sobreveio num caso, por êrro de técnica, fêz com que o A. abandonasse os brometos e pensasse nos iodetos, com o fim de obter opacidades suficientes com doses inferiores às que utilizara com os brometos.

As soluções de iodeto de sódio são visíveis através do crânio, mesmo em doses muito fracas (10 % e, até, 7,5 %).

O A. tomou soluções de 22 a 25 % para as injeções intra-carotídiadas.

Era preciso determinar a dose a injectar sem perigo para o doente e que pudesse dar a opacidade indispensável. A quantidade a introduzir devia ser tal que, dissolvida no sangue contido na parte suprajacente à ligadura da carótida, lhe desse uma solução de 20 %. O A. injectou 5 c. c. de um soluto de iodeto de sódio a 25 %.

Os casos são descritos minuciosamente. O caso de tumor cerebral que o A. apresenta é de-veras elucidativo.

A técnica que o A. aconselha, inofensiva para os doentes, e capaz de dar uma boa encefalografia cerebral, é a seguinte:

- 1.º Preparar o doente com uma ou duas injeções de morfina e atropina.
- 2.º Pôr a descoberto a carótida interna.
- 3.º Fixar a cabeça do doente.
- 4.º Picar a carótida sem deixar entrar sangue na seringa.
- 5.º Ter muito cuidado para que não entre ar.
- 6.º Proceder imediatamente, por meio de uma pinça, à laqueação provisória da carótida interna.
- 7.º Injectar rapidamente 5-6 c. c. de uma solução de iodeto de sódio a 25 %, recentemente preparada e esterilizada.
- 8.º Tirar um ou vários instantâneos radiográficos continuando a injectar o liquido.
- 9.º Desfazer a laqueação temporária.

São os primeiros resultados das suas investigações os que o A. relata nesta memória.

Estes trabalhos, hoje em início, e que o A. vai continuar, mereceram já a eminentes neurologistas franceses os mais calorosos aplausos.

Sicard diz que *«ses recherches ingénieuses ont abouti à des resultats dont la clinique et la thérapeutique feront un jour leur profit. Il serait superflu l'insister sur l'intérêt anatomique et sur l'importance pratique de ces belles recherches...»* (Rev. Neurologique cit., p. 89, linhas 32-37).

Souques, chamando às suas radiografias, *«ces très notables films»*, diz que o A. *«vient d'ouvrir une voie nouvelle de recherches vasculo-cérébrales sur le vivant, qui sera vraisemblablement féconde en résultats pratiques, notamment pour l'étude localisatrice des tumeurs cérébrales»*. (Rev. Neurologique cit., p. 90, linhas 2-5).

Babinski, o grande mestre da neurologia, afirma que *«les radiographies que vient de présenter M. Moniz sont remarquables. Si les observations ultérieures établissent définitivement que les injections auxquelles il a recours sont inoffensives, tous les neurologistes seront reconnaissants à notre éminent collègue de leur avoir procuré un nouveau moyen pouvant permettre de localiser des tumeurs intracrâniennes dont le siège est souvent si difficile à déterminer»* (Rev. Neurologique cit., p. 89, linhas 24-30).

O Prof. Roussy, presidente da Sociedade de Neurologia, faz afirmações idênticas (*Rev. Neurologique* cit., p. 90, linhas 6-14).

Sobre a extensão que, porventura, virá a ter o método do A., dirão as futuras experiências.

Sobre o que já está realizado, sobre a sua concepção e a sua importância prática disse... *quem de direito*.

E. C.

---

**Le mécanisme de la polyurie dans le diabète insipide**, por EDUARDO COELHO — Separata dos *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Tômoo XCVI. 1927.

---

**Über die Beeinflussung der Ausscheidung der Stickstoffkomponenten durch Kalium und Calcium**, por EDUARDO COELHO. — Separata da *Biochemische Zeitschrift Heft 1/3*, 1927.



# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorrhodiól (rhodio) - Electro-selenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphille — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

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

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anestheticsas.  
Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

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

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuaes.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c.c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631



# INTERNATIONALE RADIOTHERAPIE

FUNDADA POR

DR. J. WETTERER - MANNHEIM

Esta obra monumental, publicada todos os anos, contém mais de mil resumos e numerosas compilações de trabalhos originais de todos os países no campo da Roentgen, Curie, foto e electroterapia; constitui assim, num só volume, um manual de consulta indispensável a todos os médicos e radiologistas.

VOL. II-1926/27 — CERCA DE  
1000 PÁGINAS. — Preço R. M. 64

Encomendado até 1 de Outubro  
1927 o preço é apenas R. M. 50

L. C. WITTICH DARMSTADT

## 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 originais têm direito a 25 exemplares em separata.

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



## INSTITUTO DE FISIOLÓGÍA

DE LA

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE MEDICINA

SOSTENIDO POR LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL

CURSOS DE FISIOLÓGÍA  
Y PATOLOGÍA DE LA NUTRICIÓN

Curso Primeiro 1927-1928

## Diabetes Sacarina

## PROGRAMA DEL CURSO

- Día 4 de Noviembre, Metabolismo de los hidratos de carbono, primera lección, por A. PI SUÑER.
- » 7 de Noviembre, Metabolismo de los hidratos de carbono, segunda lección, por A. PI SUÑER. Anatomía patológica de la diabetes, por J. PUCHE.
- » 9 de Noviembre, Metabolismo de los hidratos de carbono, tercera lección, por A. PI SUÑER.
- » 11 de Noviembre, Diabetes experimental, primera lección, por J. PUCHE. Técnicas químicas y químico-físicas aplicadas al diagnóstico de la diabetes, primera lección, por J. M. BELLIDO y J. PI SUÑER BAYO.
- » 14 de Noviembre, Diabetes experimental, segunda lección, por J. PUCHE.
- » 16 de Noviembre, Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono en la diabetes, por A. PI SUÑER. Técnicas químicas y químico-físicas aplicadas al diagnóstico de la diabetes, segunda lección, por J. M. BELLIDO y J. PI SUÑER BAYO.

- Día 18 de Noviembre, Trastornos del metabolismo de las grasas y de las proteínas en la diabetes, por A. PI SUÑER.
- » 21 de Noviembre, Sintomatología de la diabetes, primera lección, por R. CARRASCO FORMIGUERA. Técnicas químicas y químico-físicas aplicadas al diagnóstico de la diabetes, tercera lección, por J. M. BELLIDO y J. PI SUÑER BAYO.
- » 23 de Noviembre, Sintomatología de la diabetes, tercera lección, por R. CARRASCO FORMIGUERA.
- » 25 de Noviembre, Sintomatología de la diabetes, tercera lección, por R. CARRASCO FORMIGUERA. La insulina, primera lección, por J. M. BELLIDO.
- » 28 de Noviembre, Complicaciones de la diabetes, primera lección, por A. PI SUÑER.
- » 30 de Noviembre, Complicaciones de la diabetes, segunda lección, por A. PI SUÑER. La insulina, segunda lección, por J. M. BELLIDO.
- » 2 de Diciembre, Diagnóstico y pronóstico de la diabetes, primera lección, por R. CARRASCO FORMIGUERA.
- » 5 de Diciembre, Diagnóstico y pronóstico de la diabetes, segunda lección, por R. CARRASCO FORMIGUERA. Tratamiento farmacológico de la diabetes, por J. M. BELLIDO.
- » 7 de Diciembre, Tratamiento dietético de la diabetes, primera lección. Fundamentos, por R. CARRASCO FORMIGUERA.
- » 9 de Diciembre, Formas clínicas de la diabetes, primera lección, por A. PI SUÑER. Diabetes y Cirugía, por R. CARRASCO FORMIGUERA.
- » 12 de Diciembre, Tratamiento dietético de la diabetes, segunda lección. Práctica del mismo, por R. CARRASCO FORMIGUERA.
- » 14 de Diciembre, Formas clínicas de la diabetes, segunda lección, por A. PI SUÑER. Tratamiento dietético de la diabetes, tercera lección. Su práctica en las clínicas americanas, por J. PI SUÑER BAYO.
- » 16 de Diciembre, Resumen del curso, por A. PI SUÑER.



# LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS  
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliares, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico  
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**  
**AFECÇÕES DO FIGADO**  
**ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratorios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**  
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

*Tratamento completo das doenças do figado  
e dos sindromas derivativos*



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



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

**PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

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



1 a 3 colheres em 160 gr  
de água fervida  
quente.  
Crianças: 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



**E**XPOSIÇÃO MEDICO-  
CIRURGICA PROMOVIDA  
PELA LISBOA MEDICA  
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA  
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE  
LISBOA.

**E**M REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-  
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE  
**OURO** AO EXPOSITOR *Alves & C.<sup>a</sup>*  
*(Irmãos) pelos productos "Wander".*

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

*Vitor Ribeiro*

*A. Almeida*

### Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;  
JEMAL, oleo de figado de baca-  
lhau isento do seu gosto des-  
agradavel;  
ALUCOL, contra a hiperacidez  
e suas consequencias;  
CRISTOLAX, laxante tonico e  
digestivo;

FORMITROL, contra as doen-  
ças infecciosas da boca e da  
garganta;  
MALTOSAN, sopa de malte  
Keller;  
NUTROMALT, assucar nu-  
tritivo para creanças de  
mama.

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

*Únicos concessionários para Portugal:*

**ALVES & C.<sup>a</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correeiros, 41, 2.<sup>o</sup> — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º