

Ano V

N.º 8

Agosto de 1928



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

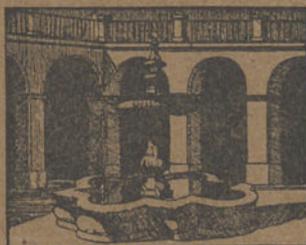
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura dos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3. Boulevard St-Martin, Paris — * PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

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

Podr amastras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

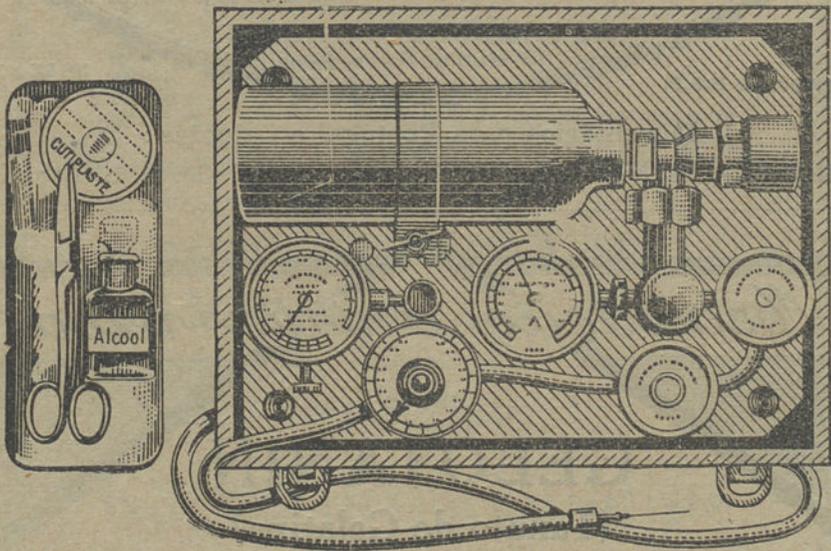
OXIGENADOR DO DR. LESIEUR

DA

S.^{TE} OXIGETT

É o unico aparelho que permite uma pratica
perfeita e segura na oxigenotherapie sub-cutanea

É SIMPLES ECONOMICO e PORTATIL



Dosea automaticamente, com todo o rigor
o oxigenio injectado, depois de o purificar

Pedir todos os esclarecimentos e demonstrações aos representantes e depositarios

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGENIO DOS SANTOS, 81
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 835-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :
GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

Medicação antidiarréica

pele

GELOTANIN

(Tanato de Gelatina)

Creanças : De 3 a 6 pacotes por dia, dissolvidos no
leite ou nos alimentos habituais

Adultos : 4 a 8 hostias por dia em qualquer
altura das refeições



Laboratoire CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS

Amostras e Literatura : A. SERRA
Rua Almeida e Sousa, 2, LISBOA



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

Hãmafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com
arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

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 dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período 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.^{da}-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR

ESTA 1 — Rapidez e exactidão na dose.
MARCA 2 — Completa actividade e estabilidade.
ASSEGURA: 3 — Ausencia de reacção e dôr na injeccção.

20 unidades por c. c. em frascinhos de:
EM DUAS 5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)
FORÇAS: 25 c. c. = 500 » (» 50 »)
40 unidades por c. c. em frascinhos de:
5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

Folheto grátis sobre o tratamento da Diabétes pela **INSULINA** — **Á VENDA NAS FARMÁCIAS**

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

Representante em Portugal:

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

Opinião de alguns medicos: N.º 1

«É desnecessario mencionar a acção higroscopica da glicerina a quem tiver algumas noções de química, por mais simples que sejam; mas é importante saber aproveitar essa acção e utiliza-la como agente terapeutico de grande valor.

Dá-se este caso com a

Antiphlogistine
TRADE MARK

o que se tem provado desde ha muitos anos. Sabe-se que numa mistura conveniente, o conhecido poder osmotico da glicerina pode intensificar-se consideravelmente; que por meio desta sua qualidade pode ser reuuzida a inflamação em todos os tecidos, aliviando assim a dor e actuando como estimulante da circulação, tornando-se esta normal».

The Denver Chemical MFG, Co., New-York

LABORATORIOS :

Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos
Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City,
Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Caes de Sodré — LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

Sucessor. JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRÁFICOS
EM TODOS OS GÉNEROS

ESPECIALIDADE EM TRABALHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-Só, 24—LISBOA—Tel. 3110 N.

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche
PARIS (França)
Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

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



Principio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia. Cistite. Piéltite. Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA

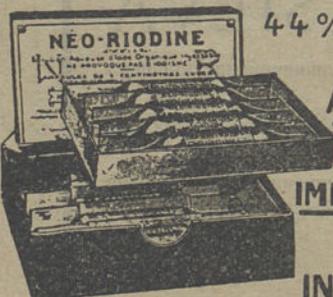


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas.

NÉO-RIODINE

$C^3 H^6 O^4 I^5 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeções intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1. 2. 3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE

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

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes	
<i>Emoção-choque e confusão mental</i> , por Magalhães Lemos.....	pág. 559
<i>A exploração do fígado pelas provas corantes</i> , por Mário Rosa e Rosário Costa.....	» 565
<i>Perfuração da vesícula biliar em peritónio livre</i> , por Manuel de Vasconcelos.....	» 582
Notas clínicas	
<i>As rectites crónicas e o seu tratamento</i>	* 586
Bibliografia	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 590
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 610
<i>Notícias & Informações</i>	» LXV

EMOÇÃO-CHOQUE E CONFUSÃO MENTAL (1)

POR

MAGALHÃES LEMOS

Prof. de Psiquiatria na Fac. de Med. do Pôrto

A observação clínica que resumidamente tenho a honra de comunicar à Academia, mas que brevemente tratarei com mais desenvolvimento, parece-me interessante sob diversos pontos de vista.

Em primeiro lugar, esta observação mostra com a nitidez de uma experiência de laboratório que a emoção-choque depressiva, assim como o traumatismo físico, a intoxicação e a infecção, abalando um indivíduo predisposto pela sua constituição emotiva, mas em pleno gôso de saúde física e psíquica, pode produzir uma psicose confusional, o que é extremamente raro.

E que, pelo contrário, uma emoção-choque agradável, sobre vindo durante a evolução desta psicose, é capaz de apressar instantaneamente, como por encanto, a sua cura.

Isto pelo que respeita à influência da emoção na génese e na terapêutica das psicoses confusionais.

Sob o ponto de vista sintomático, esta observação mostra que o negativismo reveste, por vezes, se bem que excepcionalmente, grande relêvo no quadro clínico da confusão mental, e que o chamado auto-negativismo, se não me iludo, pode coexistir com a abolição das sensações internas, *des besoins*, então substituídas por solicitações exteriores. E assim, o chamado auto-negativismo

(1) Comunicação à Academia das Ciências de Lisboa.

fica reduzido, em obediência à sua definição, a uma forma especial de hetero-negativismo.

L. M., de 16 anos, solteira.

Antecedentes hereditários: O pai e um tio materno são muito nervosos.

Antecedentes pessoais: Fisicamente bem desenvolvida, bastante inteligente e muito alegre, esta menina foi sempre excessivamente nervosa, a ponto de, segundo informa o pai, se exaltar e chegar a perder o respeito devido à mãe quando esta a contraria. Cora e empalidece com extrema facilidade e por motivos fúteis.

A sua constituição emotiva é, pois, incontestável.

A doença manifestou-se instantaneamente durante a revolução de Fevereiro nas seguintes condições: A menina vivia com os pais em S. Mamede de Infesta, onde pessoalmente nada podia recear, mas não acontecia o mesmo com o seu padrinho, que reside no Pôrto, e de quem ela é muito amiga. No dia 6 de Fevereiro, pelas 11 horas da manhã, apenas ouviu dizer a uma criada que tinham caído granadas na casa do padrinho, empalideceu, ficou muito triste, os olhos inundaram-se de lágrimas, que lhe corriam pela face, alimentou-se escassamente e teve uma noite de insónia.

No dia seguinte, segunda-feira, uns jornaleiros que trabalhavam no quintal, logo que a viram, notaram a sua transformação.

Na terça-feira, o seu estado conservou-se sensivelmente estacionário durante todo o dia, mas agravou-se ao anoitecer. Eis o que se passou: O pai estava em Vigo desde o princípio de Janeiro, chegou a casa pela 17 horas, quando a tranqüilidade estava restabelecida. A doente, segundo informa o próprio pai, beijou-o freneticamente «como uma louca».

Ao anoitecer andou com a criada a fechar as portas do rez-do-chão, não quiz ficar só no seu quarto, foi dormir com a madrinha e com a irmã e não se deitou sem ter verificado que não estava ninguém escondido debaixo da cama.

Pouco depois, sempre muito desconfiada e medrosa, pedia à madrinha que fôsse ao rez-do-chão, porque ouvia passos de gente, que por lá andava, mas a madrinha procurou sossegá-la, e, apesar da sua insistência, não lhe fez a vontade.

Então, ficando muito exaltada, como que fóra de si, obrigou a irmã a acompanhá-la ao quarto do pai a quem repetiu o pe-

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA

SEIXAS-PALMA

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.
ACIDENTES CONSECUTIVOS A OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9 - LISBOA**

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas da insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

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

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

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

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

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

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



dido, mas êle fêz como a madrinha: procurou convencê-la de que dentro de casa não estava gente estranha, animou-a e não se levantou. Era meia noite. Voltou para o quarto e deitou-se, mas não conseguiu adormecer.

Pela manhã teve uma crise de delírio alucinatório por tal modo tumultuoso que alarmou a família. Via a casa envolvida em chamas e pedia em grande grita que chamassem os bombeiros; via um bicho feroz, que os ameaçava a todos, e gritava que o matassem; pedia que apagassem a luz eléctrica, que não estava acesa, etc.

Sob a influência destas alucinações aterroradoras, tremia de medo, estava completamente desorientada, era impossível fixar-lhe a atenção e, por entre uma torrente de palavras sem nexos, gemia, «ai! ai!...» e exclamava: «Meu Deus!... Parece impossível!... É bruchedo!... Tenho o padrinho no corpo!...», etc. As alucinações e o delírio apenas duraram algumas horas, mas a doente ficou muito excitada.

No dia 11 fiz-lhe a minha primeira visita. Encontrei-a assentada na cama. Estava cercada de pessoas que procuravam segurá-la, movia constantemente e desordenadamente a cabeça, o tronco, as pernas, os braços e gemia: «ai!... ai!...» Repelia-me, não deixava tomar o pulso, não mostrava a língua. Era impossível fixar-lhe a atenção. Mutismo interrompido por algumas palavras sem nexos. Constipação, insónia.

No dia 15, como persistisse a excitação e porque, apertando os dentes, se opunha obstinadamente a tomar qualquer alimento ou medicamento, foi internada na Casa de Saúde Portuense. O negativismo generalizou-se. Opõe-se sistematicamente a quasi todas as solicitações, tanto externas como internas—comer, vestir, despir, defecar, urinar, etc.

No dia 18 o mutismo está sensivelmente atenuado, mas só por acaso se consegue obter alguma resposta pela palavra ou pelo gesto, o que muito dificulta o exame. Apesar disto, pude convencer-me que não tem a menor recordação da primeira visita que lhe fiz. Desorientação no tempo e no espaço. Ignora o dia, o mês e o ano. Não sabe onde está.

No dia 20 de Fevereiro, a agitação quasi desapareceu, o mutismo tem melhorado e sabe que está na Casa de Saúde. Torpor cerebral. Não presta atenção ao que se lhe diz, sendo necessário

repetir as perguntas, a que por vezes responde encolhendo os ombros, fazendo um movimento afirmativo ou negativo com a cabeça, quando não fica completamente indiferente, silenciosa e imóvel, como se não ouvisse o que se lhe pergunta. Persiste o negativismo. É necessário levá-la quasi à força à latrina, desaptá-la e insistir com paciência para que satisfaça as suas necessidades. Deixa ajuntar a saliva na bôca e só a engole ou deita fóra quando é obrigada.

Exame em 28 de Abril. — Tendo saído sensivelmente melhorada da Casa de Saúde em 16 de Março, foi para a companhia do padrinho onde a visitei.

Eis o seu estado: Dorme regularmente e alimenta-se melhor. O mutismo desapareceu e pôde fixar-se-lhe a atenção, o que durante o período agudo era muito difícil e, por vezes, completamente impossível. Esforça-se por responder às minhas perguntas, mas este esforço fatiga-a rapidamente e o trabalho mental é muito lento e penoso.

Além disto, a hesitação, a morosidade e a incerteza das respostas mostram a confusão que ainda existe no seu espírito.

As suas recordações são geralmente vagas e algumas completamente perdidas; sendo a amnésia um dos sintomas mais importantes e mais característicos desta psicose, mercê das particularidades que apresenta e que passo a indicar, sem entrar em detalhes que serão expostos noutra trabalho.

Não tem a menor lembrança de quasi tudo o que se passou na noite de 8 para 9 de Fevereiro e na manhã deste dia. Apenas se recorda de ir fechar as portas do rez-do-chão com a criada, de abrir uma caixa que lá estava arrumada para um canto, de ouvir passos suspeitos, de lhe parecer que via a casa envolvida em chamas e de pedir um copo de água quando se deitou. Tudo o mais, que tão viva impressão lhe produziu, não deixou vestígios na sua memória.

A amnésia da crise de delírio alucinatório é, pois, quasi geral. Além disto, esta amnésia avança sobre os acontecimentos que se seguiram à crise, atenuando-se pouco a pouco até desaparecer, e recua até ao choque emotivo, que ainda é parcialmente atingido, onde pára, deixando intactos os acontecimentos que o precederam.

Com efeito, a doente não se recorda como soube que tinham

DRYCO

TRATADO PELOS RAIOS ULTRAVIOLETAS

E' O LEITE IDEAL

Para que a criança se desenvolva sã e perfeita necessita, além do alimento natural e apropriado, dos raios vitas conhecidos na sciência medica por Raios Ultravioletas, que lhe proporcionam vigor e energia, ossos fortes, peito desenvolvido, pernas direitas e dentes brancos, alinhados e duradouros.

Dryco irradiado

é o unico alimento, que reúne
todas estas condições.

GIMENEZ - SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o

LISBOA



TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON .PARIS

E. SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA . LISBOA

caído granadas na casa do padrinho (foi a criada que o disse), mas lembra-se de tudo o que anteriormente se passou. Trata-se, pois, de uma amnésia circunscrita a um período muito limitado da vida, de uma amnésia lacunar.

Nesta altura da doença teve uma emoção agradável que de súbito modificou o seu estado absolutamente como a emoção penosa, mas em sentido inteiramente oposto. Disse-lhe que podia ir para sua casa e isto encheu-a de alegria e transformou-a. Resolveu partir imediatamente, vestiu-se sem auxílio estranho, chegou a casa pelas 10 horas da noite e antes de se deitar foi espontaneamente à latrina, o que nunca tinha feito na Casa de Saúde, nem em casa do padrinho. A criada quiz acompanhá-la, mas ela não consentiu, dizendo que já não era preciso.

Dormiu tôda a noite, levantou-se muito bem disposta, tinha recuperado, como por milagre, no dizer da família, a sua alegria habitual, ajudou a irmã a ornamentar com flores a mesa da casa de jantar, alimentou-se com apetite, pediu à mãe que desse serviço «porque não sabia o que lhe parecia estar em casa sem trabalhar» e perguntou se tinha ramos de giesta para colocar nas portas no dia seguinte, que era o 1.º de Maio.

Principiou desde logo a interessar-se por tudo o que se passava e retomou por tal forma a sua vida de família que os pais a consideram completamente curada. Todavia a doente, ao mesmo tempo que proclamava as suas melhoras, diz que ainda não se sente de todo restabelecida. O exame revelou uma certa preguiça mental e amnésia. Quási tôdas as lembranças do período mais agudo estão apagadas e talvez de um modo definitivo, porque é de recear que se trate, pelo menos parcialmente, de uma amnésia de fixação.

Reflexos normais, assim como a sensibilidade subjectiva e objectiva, excepto uma pequena zona de hiperestesia à picada na parte superior do hemitórax direito.

Negativismo: Como vimos e em contraste com a docilidade habitual dos confusos, no quadro clínico desta psicose avulta o negativismo pela sua generalização e desusado relêvo. Conjuntamente com o negativismo às solicitações externas, o *hetero-negativismo* — a recusa de falar, de se vestir, etc., também havia desde o princípio o negativismo perante certas sensações internas, *les besoins*, o *auto-negativismo* — a recusa de comer, a recusa de

evacuar, de urinar e de engulir a saliva — enfim a resistência a todos os actos mais ou menos voluntários da vida vegetativa.

Mas a doente, pelo que pude apreciar, não sentia estas necessidades, era forçoso recordar-lhas e insistir para que as satisfizesse. Contrariamente a certos dementes precoces que lutam contra a satisfação duma necessidade solicitada por uma sensação interna de intensidade crescente, que pode tornar-se dolorosa e adquirir uma violência insuportável, o que constitui o auto-negativismo clássico, a minha doente, privada destas sensações, não podia lutar contra elas, mas lutava com o pedido das pessoas que a cercavam para as satisfazer.

E, dêste modo, o auto-negativismo ficava transformado num caso particular, numa forma especial de hetero-negativismo.

Dos factos expostos derivam as seguintes conclusões, que justificam o que a princípio disse para mostrar o interêsse desta observação :

- I. A emoção-choque penosa pode produzir uma confusão mental num indivíduo são, mas predisposto pela sua emotividade constitucional.
- II. A emoção-choque agradável, actuando em sentido oposto, pode curar instantaneamente, pelo menos na aparência, uma confusão mental de origem emotiva.
- III. A amnésia é um dos sintomas mais salientes e mais característicos desta psicose funcional e o seu carácter lacunar aproxima-a das confusões mentais traumáticas, tóxicas e infecciosas.
- IV. Enfim, ao contrário do que geralmente se pensa, o negativismo avulta no quadro clínico de certos casos de confusão mental; e, além disto, o auto-negativismo, se não me engano, pode coexistir com a abolição das sensações internas, sendo estas substituídas por solicitações externas e ficando assim reduzido, pela sua definição, a uma forma especial de hetero-negativismo.

A EXPLORAÇÃO DO FÍGADO PELAS PROVAS CÔRANTES

POR

MÁRIO ROSA E ROSÁRIO COSTA

Das substâncias còrantes empregadas para o chamado «cromodiagnóstico do fígado» duas — a fenoltetracloroftaleína e o rosa bengala — teem merecido nos últimos anos numerosos trabalhos, sendo largamente estudadas, tanto experimentalmente, como clinicamente.

Quizemos avaliar o seu valor como prova da função do fígado e só a elas nos referiremos, pois as outras foram, pelo menos na prática clínica, sucessivamente abandonadas por não satisfazerem aos requisitos necessários.

Como condição principal, era preciso evitar a causa de erros provenientes da eliminação pelos outros emunctórios, em especial pelo rim, empregando um còrante que se eliminasse duma maneira electiva ou, tanto melhor, exclusiva pelo fígado.

Apareceu a fenoltetracloroftaleína que foi geralmente adotada, tendo os seus introdutores mostrado que se eliminava quasi totalmente pelas vias biliares. As primeiras experiências clínicas com este còrante foram realizadas em 1913 pelos autores americanos, que originariamente pesquisaram nas fezes e na urina o modo de eliminação da substância introduzida por via venosa. É a chamada prova de Rowntree.

Depois passou-se a estudar a eliminação directamente na bÍlis, utilizando a sonda duodenal.

Mas os dois métodos foram postos de lado, pois que um necessitava da administração de dois purgantes enérgicos, o outro da aplicação demorada da sonda, sendo ambos de difícil ou impossível interpretação.

Um novo caminho para o cromodiagnóstico do fígado foi aberto em 1922 por Rosenthal, de Baltimore.

Êle não pesquisou o còrante na bilis, mas sim no sangue, determinando colorimètricamente a quantidade de fenoltetracloroftaleína que se encontra no sôro, ao fim de um certo tempo depois da injecção.

O método de Rosenthal não necessita pois nem de purgantes, nem de tubagem duodenal.

Uma desvantagem grave, porém, apresentava êste còrante — a sua toxicidade. Na verdade, os diversos autores que teem trabalhado com a fenoltetracloroftaleína verificaram freqüentemente efeitos secundários, por vezes de uma certa gravidade, tendo-a empregado sempre com a máxima prudência. As perturbações podem ser ligeiras e de curta duração, sobrevindo imediatamente ou alguns minutos após a injecção e consistindo em cefaleias, dores pelo corpo, quebranto, perda de sentidos, mas, como dissemos, podem ser também graves, sendo sobretudo para reear as tromboses venosas. Enfim, alguns casos de morte teem sido apresentados.

A nossa experiência mostra-nos, todavia, a sua inocuidade absoluta, não tendo assistido a qualquer das perturbações apontadas. Os doentes queixaram-se apenas de dores ao longo da veia injectada, só durante a entrada do líquido. Evidentemente que não fizemos a prova em doentes com um estado geral precário, por recearmos qualquer complicação grave. E no fundo pode ser uma questão de fabrico, visto que nem só uma casa prepara o còrante. Nós utilizamos a fenoltetracloroftaleína da casa que originariamente a preparou — a firma Hynson, Westcott e Dunning, de Baltimore.

Mas em Abril de 1925, o próprio Rosenthal lança a bromosulfaleína como còrante preferível à fenoltetracloroftaleína, apresentando as desvantagens do seu còrante primitivo. São elas:

1) a quantidade de còrante necessária é bastante elevada (5 mgr. por quilo de pêsso do corpo); 2) a concentração máxima em que pode ser encontrada no sangue nunca excede 35 % da quantidade injectada; 3) sobreveem freqüentemente irritações da parede venosa e por vezes tromboses e reacções gerais.

Para obstar a êstes inconvenientes estudou um novo còrante do mesmo grupo, tendo verificado as suas ótimas condições e ainda hoje o emprega como se verifica no seu recente trabalho sôbre a acção dos anestésicos na função hepática, e assim conclui

que: 1) a dose normal é de 2 mgr. por quilo de pêso; 2) as concentrações variam de 0 a 100 %; 3) não há irritação local nem reacções gerais.

Era nosso intento trabalhar com êste còrante, dadas as preferências apresentadas por quem de direito.

Como não houvesse em Lisboa o còrante e o colorímetro especial e tivéssemos porisso de esperar alguns meses para iniciarmos o nosso trabalho, resolvemos fazer as primeiras experiências com a fenoltetracloroftaleína, confessando que as fizemos com um certo receio, em vista dos maus sucessos apresentados por vários autores.

Mas em breve êsse receio desaparecia e não persistia assim a grande razão para preferirmos a bromosulfaleína, tanto mais que não ignorávamos o preço extraordinariamente alto do produto, a ponto de cada prova importar em mais de cinquenta escudos.

A acrescentar ainda que nos interessava sobretudo estudar o rosa bengala, o còrante apresentado como ideal, e de que passamos a dizer algumas palavras.

Na verdade, em 1923, Delprat apresentou o rosa bengala como o còrante ideal para a exploração hepática, pois que êle satisfazia as condições julgadas como necessárias.

Assim, numa das conclusões do seu trabalho, afirma que «the ideal dye for a liver function test must be non toxic; it must be a crystalloid, its primary removal from the blood stream must be solely by the liver; it must remain in the blood a sufficient length of time for determination to be made and its ultimate removal from the organism must be solely by the liver parenchyma cells».

Destas cinco condições mencionadas, duas pelo menos não são satisfeitas pela fenoltetracloroftaleína, pois que não é um cristalóide e não se elimina inteiramente pelo fígado.

E a questão do preço não será para desprezar; enquanto que uma prova com a fenoltetracloroftaleína importa em cerca de vinte escudos, com o rosa bengala o preço é mínimo.

O rosa bengala é um còrante sintético, utilizado em oculística. É um derivado da fluoresceína; quimicamente existem dois compostos: o diiodo e o tetraiodo.

Nós utilizamos o tetraiodotetracloro fluoresceína, adquirido nos estabelecimentos Kuhlmann, de Paris.

A sua toxicidade é praticamente nula e o único perigo estaria no seu poder fotodinâmico, como de resto sucede com outros produtos fluorescentes.

Esta acção dá-se sobre os glóbulos rubros, traduzindo-se por hemólise, e para a evitar basta tomar ligeiras precauções, que não veem complicar a técnica.

Sobre as vias de eliminação, os autores americanos admitem sem reservas que o rosa bengala não passa nas urinas.

Fiessinger e os seus colaboradores verificaram todavia que a eliminação urinária se dá frequentemente (50 vezes em 60 casos), ainda que sempre em pequena quantidade. Mas confessam que o desacôrdo deve vir certamente deles trabalharem com um produto diverso, pois que utilizaram para as suas experiências o tetraiodo, ao passo que os outros se serviram do diiodo.

De resto, não há um meio prático de pesquisar o corante. Nós observámos uma modificação nítida da cor da urina em dois casos, um deles com retenção elevada e o outro com uma percentagem normal. Nos restantes casos a eliminação seria reduzida ou não se daria.

Como nunca fizemos a tubagem duodenal, não podemos avaliar a eliminação biliar; contudo tivemos ocasião de verificar num doente (obs. n.º 13), portador de fístula hepato-brônquica e cuja expectoração continha pigmentos biliares, a presença do corante até dez horas após a injeção.

A nós só nos interessava o estudo do corante como prova clínica e porisso não nos detivemos em experiências sobre as vias de eliminação, nem sobre a absorpção do sangue e dos tecidos.

TÉCNICAS

Fenoltetracloroftaleína.

Como dissemos, utilizamos a fenoltetracloroftaleína da casa Hynson, Westcott e Dunning, de Baltimore, fornecidas em ampolas doseadas a 50 miligramas por c. c.

A quantidade a injectar é de 5 miligramas por quilo de peso, isto é, 1 c. c. de soluto por 10 quilos de peso.

Seguimos o processo indicado por Rosenthal.

Assim, o soluto é aspirado para uma seringa e diluído na

própria seringa em sôro ou em água distilada, até perfazer o volume de 20 c. c.

A injeção deve ser feita muito lentamente, por via venosa, não devendo esquecer-se que o líquido é cáustico. Ao fim de 15 e 60 minutos após a injeção, extraem-se, com uma seringa bem sêca, uns 10 c. c. de sangue, que é recolhido em tubos de centrífuga.

Depois da coagulação, o sangue é centrifugado e o corante é então doseado no sôro, empregando o colorímetro de Rosenthal, fácil de manejar e que dá bons resultados na prática.

O sôro a examinar é repartido pelos 3 tubos do colorímetro; ao tubo do meio junta-se uma gota dum soluto de soda cáustica a 5 0/0, para pôr em evidência o corante, e aos tubos laterais, uma gota de um soluto de ácido clorídrico a 3 0/0 para clarificar o sôro. Em frente do tubo com o sôro alcalinizado, coloca-se um tubo com água e em frente dos outros dois vão-se colocando sucessivamente os diferentes solutos padrões, até se obter um, cuja côr, vista por sobreposição com a dos tubos que contem o sôro clarificado, seja igual à côr apresentada pelo tubo em que se poz em evidência a fenoltetracloroftaleína. A percentagem indicada nesse tubo padrão é a percentagem do corante existente no sangue. Os métodos fornecidos pelo doseamento nas duas amostras de sangue são suficientes para os fins clínicos, limitando-se até alguns autores, como Fiessinger, a fazer uma única colheita, ao fim de 15 minutos.

Evidentemente que se quizermos estabelecer uma curva de eliminação teremos de fazer o doseamento do corante em várias amostras de sangue.

Damos a seguir as percentagens indicadas por Rosenthal, da fenoltetracloroftaleína que podem existir no sangue dos indivíduos normais e nos casos de insuficiência hepática.

TEMPO	PERCENTAGEM no individuo normal	PERCENTAGEM na insuficiência hepática
5 minutos	6-10 0/0	11-35 0/0
15 minutos	3-7 0/0	8-35 0/0
1 hora	0-2 0/0	3-35 0/0
2 horas	0 0/0	3-30 0/0
24 horas	0 0/0	1-10 0/0

Kunfi, que em 1924 apresentou o primeiro trabalho alemão sobre o assunto, a breve trecho abandonou o método colorimétrico, reconhecendo que a percentagem do corante retido não correspondia ao grau das supostas lesões.

Passou então a fazer simplesmente a pesquisa do corante, empregando a chamada «Ringeprobe», que consiste em juntar ao soro, não alcalinizado, algumas gotas de um soluto de HCl a 3 % e deitar com cuidado esse líquido sobre a superfície dum soluto de soda cáustica a 5 %. Se há corante, forma-se na superfície de separação um anel de cor azul até vermelho intenso, segundo a quantidade do corante. A hemoglobina dá um anel ligeiramente amarelo, a bilirubina não forma anel.

Ele quer apenas saber se, uma hora depois da injeção, e por meio de uma simples experiência qualitativa, existe ainda corante no soro. Tal não sucede nos indivíduos de fígado indemne.

De resto, a intensidade da coloração do anel pode indicar-nos grosseiramente a quantidade de corante existente.

Maurer e Gatewood empregaram nas suas experiências um micrométodo.

Rosa bengala.

A técnica aconselhada por Delprat consistia numa injeção intravenosa de 100 ou 150 mgr. de corante e na extração de 3 amostras de sangue, ao fim de 2, 4 e 8 minutos, nas quais o rosa bengala era doseado colorimetricamente. Nos indivíduos normais obtinha-se uma curva de eliminação regularmente descendente; nos hepáticos, a curva aproximava-se da horizontal.

Não só a técnica da prova, obrigando a manter a agulha dentro da veia durante dez minutos e por ela ir, sucessivamente, aspirando sangue e injectando soro fisiológico, para evitar a obstrução da agulha, como também as diferentes operações necessárias para que os resultados pudessem ser comparados entre si, tornavam a prova de difícil execução e os seus resultados duvidosos dadas as numerosas causas de erro sobre que eram baseados.

Estas razões levaram Fiessinger, que em França tem estudado largamente a prova, a modificar a técnica primitiva, de molde a torná-la mais simples, livrando-a ao mesmo tempo das causas de erro. Consiste a modificação em colhêr uma única

Preparados arsenicais "BAYER"

a) para uso interno:

1. **Elarson** (1 comprimido contém $\frac{1}{2}$ mgr. As)
2. **Ferro-Elarson** (1 comprimido contém $\frac{1}{2}$ mgr. As e 3 ctgr. ferro reduzido).
O Elarson é um preparado arsenical lipóidico, sal de estrôncio do ácido chloroarsinosobehenólico.
Empacotamento comercial. Vidros com 60 comprimidos.
Empacotamento original BAYER.

b) para injeções:

1. **Solarson** (heptinchloroarsonato de amónio)
Vantagens: Aproveitamento completo da acção arsenical. Optima tolerância. Injecção indolor. Não produz mau hálito.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. *Empacotamento original BAYER.*
2. **Optarson** (Combinação de Solarson estricnina)
Tónico dos nervos e vasos.
O Optarson possui o mesmo efeito arsenical do Solarson, mais a acção rápida e estimulante da estricnina.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. *Empacotamento original BAYER.*

JUVENINA

(Combinação de methylarsonato de yohimbina com methylarsonato de estricnina)

**Poderoso tónico nas depressões físicas e psíquicas
e especialmente nas da esfera sexual.**

Prescreva-se: Drageas de 0,1 gr. L
Ampolas de 1,2 c. c. X

Empacotamento original "BAYER"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazentische Abteilung "Bayer-Meister-Lucius"

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 2.º — LISBOA



VIGANTOL

Vitamina-D

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

Algumas das principaes indicações:

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmodicos (espasmophilia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo da lactação,
nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 ¹/₁₀; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. de Vigantol cada uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft

Secção Farmaceutica

"Bayer-Meister Lucius"

LEVERKUSEN (Alemanha)

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.^{da}

Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.

Rua 24 de Julho, 34

LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1-C.

PORTO

amostra de sangue, ao fim de 45 minutos, e em injectar o còrante numa quantidade não sempre igual, mas sim proporcional ao pêsô do indivíduo.

Com esta modificação conseguiu Fiessinger, sem mais cálculos nem artificios, poder comparar entre si os resultados de diferentes experiências.

Foi a técnica por nós seguida e que passamos a descrever.

Com o doente em jejum e ao abrigo da luz intensa, para evitar a acção hemolizante, punciona-se uma veia e extraem-se 10 c. c. de sangue que se recolhem num tubo de centrífuga, graduado, contendo 2 c. c. de soluto de oxalato de potássio a 2^o%. Pela mesma agulha, injecta-se então um soluto com sôro fisiológico de rosa bengala contendo 15 mgr. por c. c., sendo a dose a injectar de 1 c. c. por cada 10 quilos de pêsô de corpo.

Uma nova punção venosa é feita 45 minutos depois para a extracção da mesma quantidade de sangue, que igualmente é recolhido num tubo de centrífuga, graduado, com 2 c. c. de soluto de oxalato a 2^o%. Tanto o sangue do primeiro tubo, cujo sôro servirá de testemunha, como o do segundo, são logo a seguir centrifugados durante cêrca de 1/2 hora. Depois da centrifugação, nota-se cuidadosamente no tubo que contém o rosa bengala o volume total do líquido.

Procede-se então ao doseamento, empregando, quer o colorímetro de Duboscq, processo que não aconselhamos por termos tido sempre grande dificuldade em igualar as côres, quer uma escala colorimétrica, de antemão preparada com tubos contendo soluções de rosa bengala em sôro fisiológico, em diferentes percentagens.

É um processo de doseamento semelhante ao empregado para a fenoltetracloroftaleína, com o colorímetro de Rosenthal.

Os solutos obteem-se partindo duma solução de rosa bengala em sôro fisiológico a 200 mgr. por litro.

Forma-se assim uma escala, composta de 15 solutos, contendo de 1 a 25 mgr. por mil, que se conservam em pequenos tubos de ensaio, ao abrigo da luz, devendo haver o cuidado de os renovar de quando em quando porque a sua coloração pode sofrer alterações.

Damos a seguir as quantidades de soluto padrão e de sôro fisiológico necessárias para se obter uma escala :

SOLUTO	SORO FISIOLÓGICO	‰
0,1 c. c.	19,9 c. c.	1 mgr.
0,2 »	19,8 »	2 »
0,3 »	19,7 »	3 »
0,4 »	19,6 »	4 »
0,5 »	19,5 »	5 »
0,6 »	19,4 »	6 »
0,8 »	19,2 »	8 »
1 »	19,0 »	10 »
1,2 »	18,8 »	12 »
1,4 »	18,6 »	14 »
1,6 »	18,4 »	16 »
1,8 »	18,2 »	18 »
2 »	18,0 »	20 »
2,2 »	17,8 »	22 »
2,5 »	17,5 »	25 »

Como fica dito, achamos preferível o emprêgo da escala colorimétrica, pela sua grande simplicidade e pelos bons resultados que se obtêm na comparação das côres.

Usando êste processo, separam-se cuidadosamente, para dois pequenos tubos de ensaio, o sôro do tubo testemunha e o do sangue a dosear, colocando-os num suporte de tubos, com duas fileiras paralelas. Em frente do sôro a dosear coloca-se um tubo com água. Ao lado dêste e em frente do sôro testemunha, vão-se colocando os diferentes tubos da escala, vendo-se então qual dos tubos apresenta uma côr igual à do sôro a dosear.

Seria a percentagem indicada nesse tubo, a percentagem por litro de sangue de rosa bengala se ao sangue examinado não tivéssemos juntado 2 c. c. de oxalato e depois, pela centrifugação, subtraído os glóbulos.

Assim, temos que multiplicar essa percentagem por um factor de correcção, cuja fórmula se obtém dividindo o volume do líquido sobrenadante (volume total menos o volume dos glóbulos) do tubo com o sangue a dosear pela quantidade de sangue extraído (volume total do líquido menos os 2 c. c. de oxalato).

Para facilidade de compreensão vamos exemplificar com o doseamento da obs. n.º 17.

Volume dos glóbulos.....	3,6 c. c.
Volume total.....	9,2 c. c.
Líquido sobrenadante.....	9,2 — 3,6 = 5,6
Sangue extraído.....	9,2 — 2 = 7,2
Índice colorimétrico.....	4 mgr.
R. B. = Índ. color. $\times \frac{\text{L. sobrenadante}}{\text{Sangue extraído}}$	$= 4 \times \frac{5,6}{7,2} = 3,08 \text{ mgr.}$

Portanto, neste caso, há uma retenção de 3,08 mgr. por litro de sangue.

Fiessinger considera normais as percentagens abaixo de 3 mgr. 0/00.

O doseamento do rosa bengala pelo método colorimétrico pode ser prejudicado por tôdas as causas que obstem a uma verdadeira comparação das côres.

Para afastar estas causas de êrro, ainda que evitáveis, propoz últimamente Snapper o doseamento por meio do espectroscópio.

RESULTADOS

As provas foram feitas em 47 casos, assim distribuídos: 15 de diversas doenças, sem sinais clínicos de lesão hepática; 5 de lesão renal; 5 de lesão cardíaca, com e sem asistolia; 22 de lesão hepato-biliar, compreendendo 9 cirroses atróficas, 1 cirrose hipertrófica, 1 abcesso amibiano, 2 quistos hidáticos, 4 icterícias catarrais, 3 colecistites, 1 carcinoma da vesícula, 1 sífilis hepática?

Nos 25 casos de afecções não hepáticas só fizemos a prova do rosa bengala, tendo obtido em todos êles valores abaixo de 3 mgr. por litro, isto é, em nenhum deles verificámos retenção anormal de còrante. Destes 25, em 12 apenas encontrámos vestígios e em 7 não existia còrante no sangue.

Nos 22 doentes portadores de lesão hepática ou biliar foram feitas as duas provas em conjunto, em dias próximos, para que não houvesse modificações que pudessem alterar os resultados das provas.

Fomos obrigados a deixar de praticar a prova da fenoltetracloroftaleína em 3 doentes, um por receio do estado precário e dois por os doentes pedirem alta.

Começamos por apresentar os resultados obtidos com o rosa bengala.

QUADRO I

+ de 3 mgr. — 10 casos	{ <ul style="list-style-type: none"> 1 cirrose atrófica 1 cirrose hipertrófica 2 quistos hidáticos 1 carcinoma da vesícula 2 colecistites com icterícia 3 icterícias catarrais
= 3 mgr. — 2 casos	{ <ul style="list-style-type: none"> 1 cirrose atrófica 1 icterícia catarral
— de 3 mgr. — 10 casos	{ <ul style="list-style-type: none"> 7 cirroses atróficas 1 abscesso do fígado 1 colecistite com icterícia 1 sífilis hepática?

Para a prova de fenoltetracloroftaleína, como de resto ficou dito quando descrevemos a técnica seguida, colhemos sempre duas amostras de sangue, ao fim de 15 e de 60 minutos.

Os resultados das duas amostras foram discordantes em alguns casos e esta discordância levava-nos a admitir ou não a retenção anormal do corante, consoante interpretássemos uma ou outra amostra. Sucedeu-nos mesmo verificar, em 5 doentes, uma retenção na 2.^a amostra superior à da primeira.

Assim, nestes casos, não nos foi possível avaliar o resultado da prova.

A distribuição dos resultados com esta prova ressalta do seguinte quadro, em que apresentamos os quatro grupos que nos foi dado observar.

QUADRO II

As duas amostras normais — 4 casos (concordantes)..... Obs. n. ^{os} 3-4-5-9	4 cirroses atróficas
As 2 amostras elevadas — 7 casos (concordantes). Obs. n. ^{os} 1-7-10-17-19-21-22	{ <ul style="list-style-type: none"> 2 cirroses atróficas 1 cirrose hipertrófica 1 carcinoma da vesícula 1 colecistite com icterícia 1 icterícia catarral 1 sífilis hepática?

1.ª normal, 2.ª elevada — 3 casos (discordantes) .. } 1 cirrose atrófica
 Obs. n.ºs 2-11-13 } 1 abcesso do fígado
 } 1 quisto hidático

As 2 amostras elevadas — 5 casos (discordantes) . } 1 cirrose atrófica
 Obs. n.ºs 6-14-15-16-18 } 1.ª colecistite com icterícia
 } 3 icterícias catarrais

Como repetimos a prova em dois casos (obs. n.ºs 14 e 15), os nossos resultados são em número de 21. Para mais fácil e melhor interpretação, bem como para salientar a discordância dos resultados das duas amostras, inserimos o seguinte gráfico.

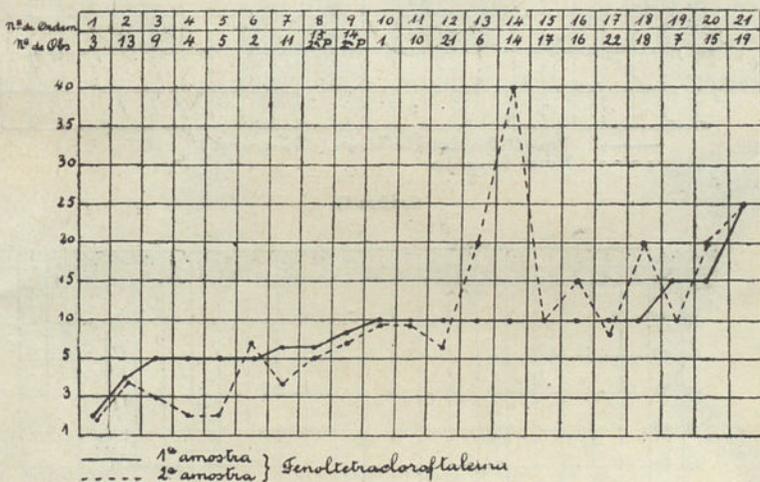


Gráfico I

Assim, podemos verificar não só a discordância dos resultados da mesma prova, mas ainda os das provas no mesmo doente.

Da comparação dos resultados obtidos com a prova da fenol-tetracloroftaleína e do rosa bengala elucidam-nos suficientemente o exame dos dois gráficos, que apresentamos a seguir, onde é bem patente a discordância dos resultados das duas provas, verificando-se algumas vezes que a retenções elevadas dum dos corantes correspondem valores normais do outro.

Nestes casos, admitiríamos ou não a existência de lesão he-

pática conforme levássemos em conta o resultado duma ou doutra prova.

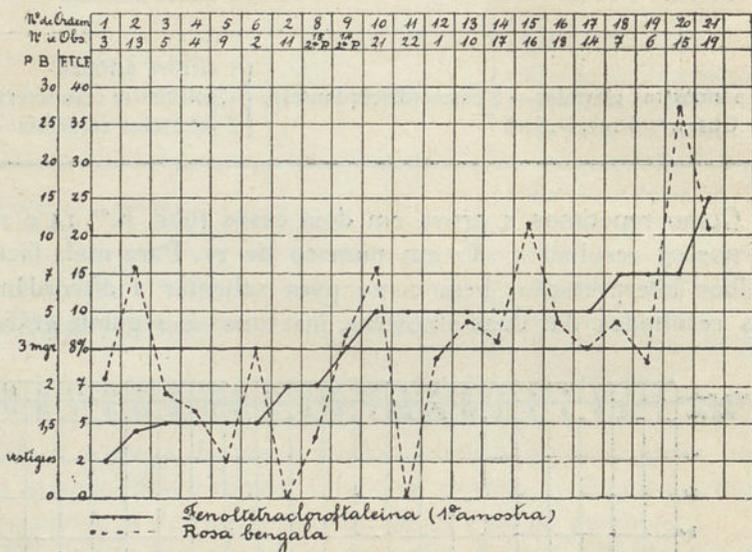


Gráfico II

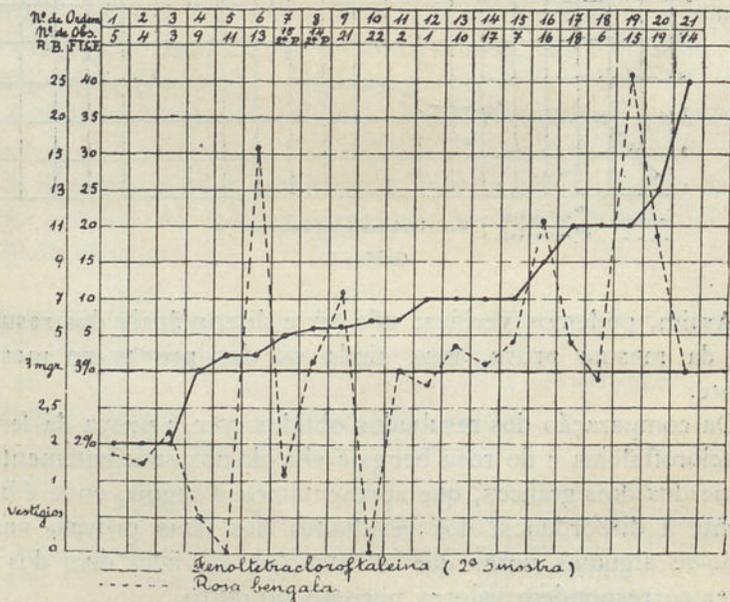


Gráfico III

ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

LÁMINA VII

APARATO DIGESTIVO

(Terminación)

APARATO RESPIRATORIO

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

IODARSOLO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

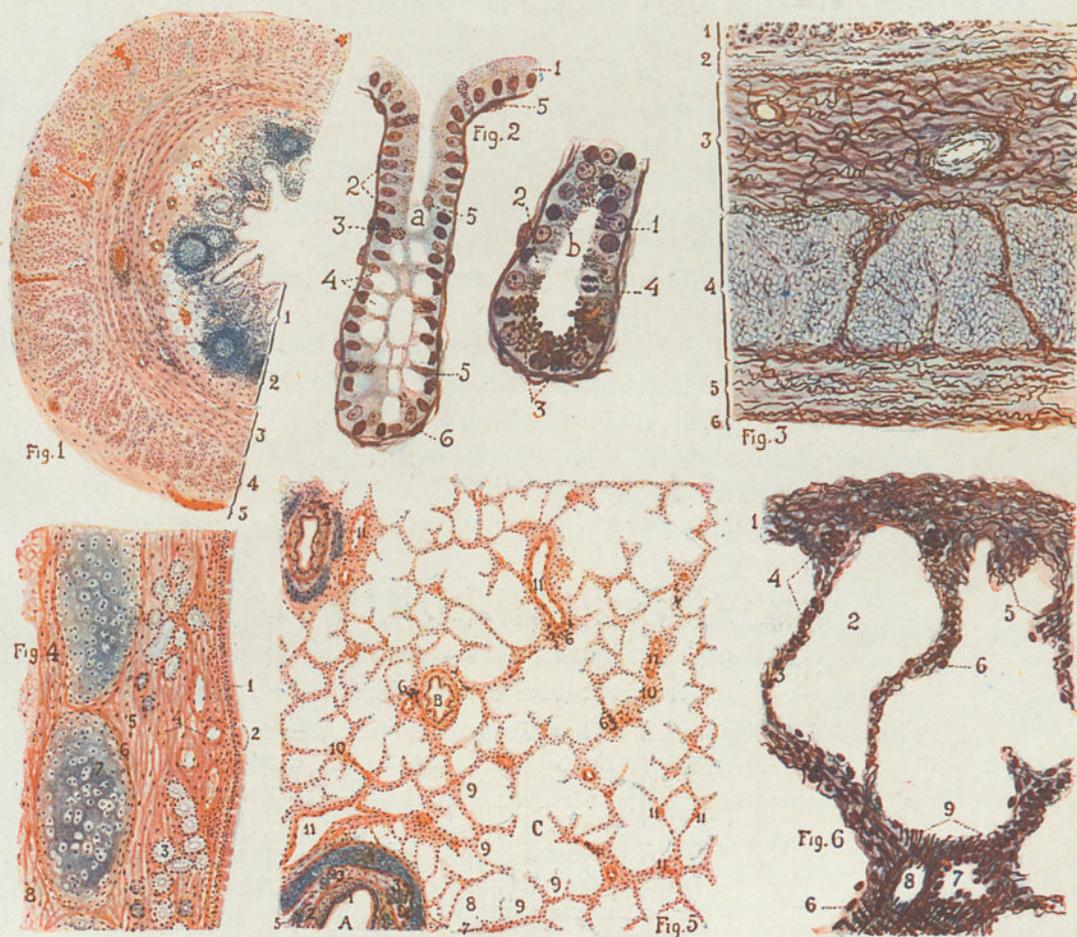


Fig. 1. — APÉNDICE. Corte transversal. Hematoxilina-eosina. 1. Mucosa, con escasas glándulas. 2. Submucosa, con abundantes folículos linfáticos y grasa. 3 y 4. Musculatura circular y longitudinal respectivamente. 5. Serosa.

Fig. 2. — a. GLÁNDULA DEL INTESTINO RECTO. Achúcarro, 1.^a variante. 1. Células de revestimiento de la superficie. 2. Célula del cuello de la glándula con escaso y fino condrioma. 3. Otra célula con gruesas granulaciones en estado de secreción más adelantado. 4. Células calciformes del fondo glandular, vacías. 5. Célula emigrante. 6. Célula conjuntiva de la basal.
b. GLÁNDULA DEL INTESTINO DELGADO. Achúcarro, 1.^a variante. 1. Condrioma superficial, en estrias. 2. Célula vacía. 3. Células de Paneth repletas de granulaciones gruesas argentófilas. 4. Célula del fondo de la glándula, en mitosis.

Fig. 3. — TEJIDO ELÁSTICO DEL ESTÓMAGO. Corte longitudinal. Achúcarro, 1.^a variante. 1. Zona profunda de la mucosa. 2. Muscularis mucosae. 3. Submucosa. 4. Musculatura circular. 5. Musculatura longitudinal. 6. Serosa. En negro, fibras elásticas.

Fig. 4. — TRAQUEA. Corte longitudinal, hematoxilina-eosina. 1. Epitelio pluriestratificado, vibrátil. 2. Células calciformes. 3. Glándulas mixtas, tubulo-alveolares. 4. Vasos sanguíneos. 5. Submucosa. 6. Pericondrio. 7. Anillo cartilaginoso hialino, cortado de través. 8. Adventicia.

Fig. 5. — PULMÓN. Hematoxilina-eosina. — A. BRONQUIO GRUESO. 1. Mucosa. 2. Musculatura lisa. 3. Glándulas. 4. Cartilago hialino. 5. Tejido linfoide. 6. ANTRACOSIS. — B. BRONQUIOLO, desprovisto de cartilago pero con anillo muscular. — C. INFUNDIBULO PULMONAR. 7. Tránsito del bronquiolo respiratorio a canal alveolar. 8. Canal alveolar. 9. Alveolos. 10. Tabiques interalveolares. 11. Vasos.

Fig. 6. — PULMÓN. Achúcarro, 1.^a variante, para el tejido elástico. 1. Pleura visceral. 2. Canal alveolar. 3. Tabique interalveolar. 4. Vasos llenos de sangre. 5. Fibras elásticas de los tabiques interalveolares. 6. Endotelio. 7. Bronquiolo cortado oblicuamente. 8. Vaso.

O primeiro produto de iodo e arsenio

IODARSOLO

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica, em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA
ARSENICAL

OXIDOL

O preparado mais racional da medicação biologica
Reconstituente Fisiologico — Oxidante Celular

A SUA AÇÃO FISIOLÓGICA REPRODUZ O FENOMENO DA OXIDAÇÃO DA CELULA e como esta é multipla: Cinetica, Restauradora e Regeneradora da celula, de desintoxicação.

Administra-se em injectões intramusculares, absolutamente indolores. Encontra-se em empolas de 2 cc. injectandose uma diariamente.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente para a Peninsula Iberica: M. VIALE - Provenza, 427 - Barcelona

Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: Sociedade Industrial Farmaceutica

(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA

AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS

Passamos agora a estudar os nossos resultados, começando pela prova do rosa bengala.

Em caso algum de lesão não hepática (reumatismo crônico, arteriosclerose, peritonite tuberculosa, tuberculose pulmonar, enfisema pulmonar, diabetes, úlcera do duodeno, rectite crônica, sífilis, disenteria amibiana, doença de Banti, paludismo com esplenomegalia, diversos casos de insuficiência renal e cardíaca), encontramos valores superiores a 3^o/₀₀, isto é, obtivemos sempre valores normais, ao contrário do que afirmam vários autores. Entre estes, Fiessinger e os seus colaboradores apresentam bastantes casos, especialmente de insuficiência renal e cardíaca, em que obtiveram retenções anormais, por vezes elevadas, do corante.

Nos casos de lesão hepática ou biliar, os resultados foram diferentes, consoante a entidade mórbida e mesmo dentro da mesma entidade. Na cirrose, afecção sem dúvida grave e onde era legítimo esperar retenções elevadas, encontramos quasi sempre resultados normais, apenas tendo obtido ligeiras retenções (3-4,5-4,7), em três dos onze casos estudados, resultados que foram também verificados por outros autores.

Nas icterícias catarrais (4 casos), obtivemos os seguintes resultados que se nos afiguram bastante discordantes. Em dois casos os resultados foram positivos (11,2 e 3,08). Nos outros dois casos, com uma marcha de doença semelhante (obs. n.^{os} 14 e 15), as retenções foram de 25 mgr. e de 3 mgr. (dois dias mais tarde 2,8).

Nestes doentes, quando já no fim da doença, repetimos a prova, tendo verificado respectivamente os valores de 1,2 e 3,5, que se diz, no caso de retenção muito elevada houve uma baixa que poderia corresponder à modificação do estado do doente, ao contrário do que se passou no outro caso em que a retenção se elevou. Ambos os doentes deixaram a enfermaria poucos dias depois, completamente curados da icterícia.

Todos os autores obtiveram retenções elevadas nos casos de icterícia, mas nós só em 2 casos podemos confirmar esses resultados.

Com 3 doentes de colecistite com icterícia (2 com icterícia franca e 1 com subicterícia), obtivemos nos 2 primeiros retenções de 4 a 10 mgr. e no último não havia corante no sangue. Numa

doente com carcinoma na vesícula, dando icterícia muito acentuada, o resultado foi de 7,2.

Em 2 casos de quisto hidático as retenções obtidas foram muito elevadas (14,4 e 15,2), facto que não vimos referido por qualquer autor e cuja interpretação nos escapa.

Por último, num doente com provável sífilis do fígado, com icterícia ligeira, o corante tinha desaparecido completamente do sangue.

Os nossos resultados com a prova da fenoltetraclorofaleína foram os seguintes, não falando, bem entendido, nos casos em que houve manifesta discordância das duas amostras.

Na cirrose só obtivemos retenção anormal em 4 casos (obs. 1-6-710). Em todos os outros, repetimos, os resultados foram normais ou discordantes.

E apenas em dois casos houve retenção simultânea dos dois corantes.

Nas icterícias catarrais obtivemos uma única vez (obs. 7), retenção ligeira.

Nos casos de colecistite crónica verificámos num doente uma retenção alta (25 % nas duas amostras).

No doente com carcinoma da vesícula o resultado foi ligeiramente elevado.

No caso de suposta sífilis hepática houve retenção anormal.

Analisando os nossos resultados em globo, podemos concluir que se a prova de rosa bengala nos casos de lesão não hepática foi sempre concordante, nos outros casos os resultados foram infieis e mesmo disparatados.

O mesmo podemos dizer da fenoltetraclorofaleína, com a agravante de na grande maioria dos casos não nos ter sido possível interpretar os resultados, pois não é admissível, a não ser por reabsorção do corante ao nível do intestino, que na 2.^a amostra a quantidade de corante seja superior à da primeira, o que de resto foi constatado por diversos investigadores.

Alguns autores consideram os resultados da prova como indicadores da existência de insuficiência hepática, correspondendo mesmo os seus valores ao grau desta insuficiência, de acôrdo com as observações clínicas e com os resultados de outras provas.

Tal opinião, em face dos resultados obtidos, não pode ser perfilhada por nós, sendo obrigados a reconhecer que ambas as

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex^a. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar

Urotropina - Schering.

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

SCHERING-KAHLBAUM — A. G.

Pedir AMOSTRAS e LITERATURA ao representante:

SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Cordon, 7, LISBOA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACÉUTICO MODERNO
— TORINO —

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIII.^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

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

provas são de inteira inutilidade, pelo menos sob o ponto de vista clínico.

E dado o número e a complexidade das funções hepáticas, uma prova còrante parece-nos *a priori* incapaz de nos elucidar sôbre a insuficiência hepática.

Como diz Fiessinger: «Faudra-t-il les interroger toutes, ces «fonctions», si l'on veut connaître le «fonctionnement» du foie? Ou sinon, aux-quelles faudra-t-il s'adresser? Une seule suffira-t-elle, et laquelle?»

A despeito das numerosas investigações sôbre o assunto, as respostas a estas perguntas ficam suspensas, considerando tôdas as provas até hoje praticadas como imperfeitas, sem nos poderem elucidar sôbre o estado das funções hepáticas, quer em conjunto, quer isoladamente.

QUADRO GERAL

N.º da Obs.	Doença	Rosa Bengala	Fenoltetracloro- nftaleína
1	Cirrose atrófica do figado....	2,8 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -10 ⁰ / ₁₀
2	» » » »	3 mgr. ⁰ / ₁₀₀	5 ⁰ / ₁₀ -8 ⁰ / ₁₀
3	» » » »	2,14 mgr. ⁰ / ₁₀₀	2 ⁰ / ₁₀ -2 ⁰ / ₁₀
4	» » » »	1,6 mgr. ⁰ / ₁₀₀	5 ⁰ / ₁₀ -2 ⁰ / ₁₀
5	» » » »	1,8 mgr. ⁰ / ₁₀₀	5 ⁰ / ₁₀ -2 ⁰ / ₁₀
6	» » » »	2,72 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -20 ⁰ / ₁₀
7	» » » »	4,74 mgr. ⁰ / ₁₀₀	15 ⁰ / ₁₀ -10 ⁰ / ₁₀
8	» » » »	vest. ⁰ -1,8 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
9	» » » »	vestígi-os-vestígi-os	5 ⁰ / ₁₀ -3 ⁰ / ₁₀
10	Cirrose hipertrófica biliar....	4,5 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -10 ⁰ / ₁₀
11	Abcesso amibiano do figado..	o	7 ⁰ / ₁₀ -4 ⁰ / ₁₀
12	Quisto hidático do figado....	14,4 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
13	» » » »	15,2 mgr. ⁰ / ₁₀₀	4 ⁰ / ₁₀ -4 ⁰ / ₁₀
14	Icterícia catarral.....	3mg. ⁰ / ₁₀₀ -2,8mg. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -40 ⁰ / ₁₀
15	» »	25 mgr. ⁰ / ₁₀₀	15 ⁰ / ₁₀ -20 ⁰ / ₁₀
16	» »	11,2 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -15 ⁰ / ₁₀
17	» »	3,08 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -10 ⁰ / ₁₀
18	Colecistite crónica.....	4,74 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -20 ⁰ / ₁₀
19	» »	10,5 mgr. ⁰ / ₁₀₀	25 ⁰ / ₁₀ -25 ⁰ / ₁₀
20	» »	o	—
21	Carcinoma da vesícula.....	7,2 mgr. ⁰ / ₁₀₀	10 ⁰ / ₁₀ -7 ⁰ / ₁₀
22	Sífilis hepática?	o	10 ⁰ / ₁₀ -8 ⁰ / ₁₀
23	Reumatismo crónico.....	vestígi-os	—
24	Arterioesclerose.....	1,1 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—

N.º da Obs.	Doença	Rosa Bengala	Fenoltetraclo- noftaleína
25	Peritonite tuberculosa	2,8 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
26	Tuberculose pulmonar	1,6 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
27	Enfisema pulmonar	vestigios	—
28	Diabetes	vestigios	—
29	Úlcera duodenal	vestigios	—
30	Nevralgia intercostal	vestigios	—
31	Úlcera duodenal	o	—
32	Rectite cronica	o	—
33	Sífilis secundária	vestigios	—
34	Tuberculose pulmonar	o	—
35	Paludismo com esplenomegalia	o	—
36	Disenteria amibiana	vestigios	—
37	Doença de Banti	2,7 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
38	Glomérulo-nefrite	1,6 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
39	Urémia	o	—
40	Esclerose renal	vestigios	—
41	Glomérulo-nefrite	o	—
42	Esclerose renal	2,14 mgr. ⁰ / ₁₀₀	—
43	Doença aórtica	vestigios	—
44	Apêrto mitral	vestigios	—
45	Doença mitro-aórtica	vestigios	—
46	Insuficiência mitral	vestigios	—
47	Apêrto mitral	o	—

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA (1)

- 1 — AARON, BECK e SCHNEIDER. — The Phenoltetrachlorphthalein test for liver function. Jour. A. M. A. 1921. N.º 21.
- 2 — BAUER (RICHARD). — Zur Chromodiagnostik der Leberfunktion. Wiene kl. Wochen. 1926. N.º 16.
- 3 — BAUER e STRASSER. — Über die Funktionsprüfung der Leber mit Phenoltetrachlorphthalein. Medizinische Klinik. 1928. N.º 16.
- 4 — DELPRAT. — Studies on liver function Rose bengal elimination from the blood as influenced by liver injury. Arch. of internal Med. 1923. N.º 3.
- 5 — DELPRAT, EPSTEIN e KERR. — A new liver function test of elimination of rose bengal when injected into the circulation of human subjects. Arch. of internal Med. 1924. N.º 4.
- 6 — EPSTEIN, DELPRAT e KERR. — The rose bengal test for liver function. Jour. A. M. A. 1927. N.º 21.

(1) A bibliografia completa do assunto encontra-se na tese de Willemín (Paris, 1927)

- FIESSINGER (NOEL) e WALTER (HENRY). — L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique. Paris. 1925.
- 8 — FIESSINGER (NOEL) e WALTER (HENRY). — L'exploration fonctionnelle du foie par le rose bengale. Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate. 1926. N.º 3.
- 9 — FIESSINGER (NOEL) e LOUGHAMPT. — La méthode de S. M. Rosenthal pour l'exploration fonctionnelle du foie. Presse Médicale. 1925. N.º 52.
- 10 — FIESSINGER (NOEL), WALTER (HENRY) e OLIVIER. — Les rétentions colorantes comparées au cours des maladies du foie. Presse Médicale. 1927. N.º 18.
- 11 — KUNFI. — Beiträge zur Leberfunktionsprüfung mit intravenöser Injektion von Phenoltetrachlorphtalein. Klinische Wochen. 1924. N.º 39.
- 12 — LEPEHNE. — Neuere Methoden zur Prüfung der Leberfunktion. Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. IV, Teil 6.
- 13 — MAURER e GATEWOOD. — Phenoltetrachlorphtalein liver function test. Jour. A. M. A. 1925. N.º 13.
- 14 — MERKLEN, WOLF e ARNOVJEVITECK. — Note sur l'exploration fonctionnelle du foie par la méthode de Rosenthal. Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux. 1925. N.º 32.
- 15 — MOGENA. — L'élimination par la bile des matières colorantes comme épreuve fonctionnelle du foie. Arch. Malad. App. digestif. 1925. N.º 1.
- 16 — OTTENBERG e ABRAMSON. — Production of liver necrosis by tetrachlorphtalein and tetrabromphtalein. Jour. A. M. A. 1926. N.º 11.
- 17 — PIERSAL e BOCKUS. — Comparative studies in liver function by some of the later methods. Jour. A. M. A. 1924. N.º 14.
- 18 — ROSENTHAL (S. M.) — The phenoltetrachlorphtalein test for hepatic function. Jour. A. M. A. 1924. N.º 14.
- 19 — ROSENTHAL (S. M.) e WHITE. — Clinical application of the bromsulphalein test for hepatic function. Jour. A. M. A. 1925. N.º 15.
- 20 — ROSENTHAL (S. M.) e BOURNE. — The effect of anesthetics on hepatic function. Jour. A. M. A. 1928. N.º 5.
- 21 — SNAPPER e SPOOR — Le dosage spectroscopique du rose bengale dans le sang. Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux. 1927. N.º 11.
- 22 — TILGREN, CASSERMAN e BLOMSTROM. — Diagnostic par les tests colorants de la valeur fonctionnelle du foie et ses déductions. Revue Médico-Chirurgicale des maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate. 1926. N.º 3.
- 23 — WILLEMIN. — L'exploration fonctionnelle du foie par le rose bengale. Paris. 1927.

Serviço do Banco do Hospital de S. José
(Director: Prof. José Gentil)

PERFURAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR EM PERITÓNEO LIVRE

POR

MANUEL DE VASCONCELOS
Cirurgião dos Hospitais

Tendo tido ocasião de tratar um caso de perfuração aguda da vesícula, ou perfuração em peritóneo livre, pareceu-nos interessante relatá-lo, não só por se tratar de uma lesão grave e raramente diagnosticada, regra que aqui não sofreu excepção, mas também pela terapêutica aplicada.

Observação n.º 5306 do Arquivo do Banco do Hospital de S. José.

J. G., senhora de 82 anos, deu entrada no Banco pelas 20 horas do dia 18 de Novembro de 1927, queixando-se de dores intensas no ventre, vômitos e soluços, ausência de gases e de fezes. As dores tiveram um início brusco, às 10 horas do dia da entrada, com o máximo de intensidade na região epigástrica, generalizando-se depois a todo o ventre. Não tinham irradiação e não eram contínuas: ora muito brandas, ora intensas, fizeram-nos logo pensar na dor «em onda» das obstruções. Há dias que não evacuava, e um clister feito em casa, já depois deste sofrimento, provocou apenas a saída de «água suja», no dizer da doente. Micções normais. A seguir às dores apareceram logo vômitos biliosos e depois soluços que teem continuado.

Um rápido exame aos seus antecedentes patológicos nada acusa de importante, a não ser uma obstipação crónica, cedendo geralmente aos clisteres. Não acusa crises dolorosas do ventre anteriores à actual.

A observação mostra-nos uma senhora de panículo adiposo reduzido, respondendo com bastante lucidez ao nosso interrogatório. *Fácies* não característico, acusando intenso sofrimento. Temperatura, 36,2. Pulso a 100, aritmico, pouco tenso, 50 respirações. Língua sêca e saburrosa. Ventre ovóide, muito distendido, com som timpânico em todos os quadrantes. Há diastase dos rectos e uma defeza, não muito acentuada, do direito. A palpa-

ção é dolorosa na região epigástrica e fossa iliaca direita; não se sentem ansas intestinais contraídas.

Toques rectal e vaginal: Negativos.

Aparelho respiratório: Alguns fervores de estase nas bases.

Aparelho circulatório: Areas cardíacas normais. Tons ensurdecidos, aritmia.

Operada às 22 horas com o diagnóstico provisório de obstrução intestinal, depois de se ter feito no Banco uma enterocolise sem resultado.

Anestesia geral pelo éter (anestesiador: Dr. F. Seixas Serra; operador: M. Vasconcelos; ajudante: Dr. A. Vasconcelos Dias).

Estado durante a anestesia: mau.

Estimulantes: Hexetona (2^{cc} intra-muscular), esparteína (1^{cc}), cafeína (1^{cc}). Laparotomia mediana infra-umbilical. A abertura do ventre vêm-se as ansas intestinais muito congestionadas e distendidas, saindo em grande quantidade um líquido com as características da biliar. Prolonga-se a incisão para cima do umbigo, para exploração da vesícula. Encontramo-la enorme, congestionada, sem aderências aos órgãos visinhos e, palpando-a, sentimos cálculos. Dado o grau de distensão do colecisto e a ausência da perfuração observada no rápido exame feito, pensamos numa peritonite biliar sem perfuração, entidade mórbida de patogénia ainda obscura mas que parece ter a sua explicação numa permeabilidade anormal das paredes da vesícula (1).

Protegida bem a cavidade peritoneal com compressas, punciona-se o fundo da vesícula e retiram-se uns 100 cm³ de biliar muito escura e turva. Observado novamente o colecisto depois de parcialmente esvasiado, o que facilita o exame, vemos aparecer algumas gotas de biliar junto ao colo, que aumentam quando se exerce pressão sobre o órgão. Descobre-se finalmente no colo da vesícula, muito próximo do cístico e do lado externo, uma minúscula perfuração, de diâmetro inferior a 1^{mm}. Dada a ausência de aderências faz-se com facilidade a colecistectomia directa. Encostado ao tampo do cístico deixou-se um tubo de borracha onde se introduziram os fios de *cat-gut* com que se laqueou esse canal. Na fossa cística, que não conseguimos peritonizar, julgamos prudente deixar um tampão constituído por gase envolvida em *rubber-dam*. Sutura do ventre em 3 planos, deixando apenas o espaço indispensável para a passagem do tubo e do tampão.

Exame anátomo-patológico macroscópico da vesícula: Lesões inflamatórias das paredes vesiculares; a mucosa muito congestionada apresenta no colo uma zona em via de necrose, no centro da qual há uma solução de continuidade, interessando tôdas as camadas da parede e do diâmetro inferior a 1^{mm}. A vesícula continha uns 20^{cc} de biliar muito escura e turva; encontraram-se também uns 20 cálculos, um dos quais do tamanho de uma castanha, 11 facetados, de volume menor, e os restantes muito menos volumosos.

A intervenção durou 35 minutos, após a qual a doente estava com um pulso a 112, aritmico, com pequena recorrência.

O decurso post-operatório não teve incidentes de maior: a doente teve

(1) Bruns'Beitrag zur Klinischen Chirurgie. — Tomo CXL, n.º 1. 1927.

alguns vômitos post-anestésicos, e, na manhã do dia seguinte ao da intervenção, deixou de ter vômitos e soluços. As dores abrandaram. O pulso á 90, com boa tensão. Temperatura 37,2 de manhã.

O ventre menos distendido, acusava apenas algumas dores á palpação nos quadrantes inferiores. Houve emissão de fezes.

Em 21 acentuaram-se as melhoras: pulso á 84, acompanhando a melhora do estado geral. Penso menos sujo do que na véspera; mudaram-se novamente as compressas. Evacuou bastante com o clister. Ventre depressível, quasi indolor.

Ao 4.º dia tira-se a mecha de *rubber-dam*. O penso vem menos sujo de bilis. No dia seguinte tira-se o tubo de borracha. Ao 7.º dia tiram-se os agra-fés e no dia seguinte os 2 pontos de linha-união, excepto no ponto de drenagem por onde continuou a sair alguma bilis, cada vez em menos quantidade. Em 1 de Janeiro fechou finalmente a pequena fistula existente e a doente saiu do Hospital em 20, com a cicatrização completa.

O diagnóstico das perfurações agudas da vesícula, ou perfurações em peritónio livre, é raramente feito antes da intervenção (em 12,5 0/0 casos, segundo Emory Alexander, de Philadelphia). Quando a perfuração se faz no decurso de uma febre tifóide, o diagnóstico mais usual é o de perfuração intestinal. Nos restantes casos não traumáticos, pensa-se geralmente numa peritonite de origem apendicular ou numa úlcera gastro-jejunal perfurada.

No caso presente, a doente aparece-nos com uma peritonite biliar no estado de ileus paralítico. A defesa pouco acentuada, a ausência de fezes e de gases, a temperatura normal, a não existência de crises abdominais anteriores, as dores «em onda» (cóm intervalos quasi indolores), etc. fazem-nos inclinar para o diagnóstico de obstrução intestinal. Contra êste diagnóstico tínhamos apenas dois elementos: o início brusco da crise e a persistência dos vômitos, logo de início biliosos, elemento que é apontado como um sinal de lesão das vias biliares.

Por circunstâncias independentes da nossa vontade não foi feita fórmula leucocitória, que poderia dar algumas indicações.

Explicado assim o êrro de diagnóstico, não queremos deixar de fazer alguns comentários á nossa conduta terapêutica. Em casos tais faz-se a colecistectomia ou a colecistostomia (não falando na sutura da perfuração, operação sempre aleatória e que, de resto, no caso presente era difficilissima de executar). A primeira, considerada a operação ideal, só deve ser feita em doentes de

idade não muito avançada, em condições de resistência regulares, e operados com poucas horas de perfuração. Mesmo nas condições mais favoráveis — operação precoce, bom estado geral, etc. — a colecistostomia dá uma menor mortalidade que anda, contudo, à roda dos 50 0/0, nos casos agudos como este. Na nossa doente, apesar dos seus 82 anos e do mau estado do seu aparelho cardíaco-vascular, julgamos indicada a colecistectomia porque a perfuração se fez no colo da vesícula, muito próxima do cístico, em região portanto difícil de isolar da grande cavidade, uma vez estabelecida a drenagem. Por outro lado a não existência de aderências tornou a intervenção — ectomia — relativamente simples.

Nos casos sub-agudos, isto é, naqueles em que a perfuração foi limitada por aderências ou pelo epiploon, a percentagem de curas é maior. Não se tratando então de uma intervenção de urgência, o doente pode ser convenientemente estudado e preparado para estar nas melhores condições de resistência.

Nestes casos, a ectomia está indicada sempre que a possamos fazer sem perigo de contaminar a grande cavidade, isto é, sempre que a vesícula, o cístico e o colédoco possam ser facilmente isoláveis. Quando, pelo contrário, a vesícula estiver rodeada de aderências difíceis de destruir, quando o cístico e o colédoco não sejam reconhecíveis, devemos, então, fazer a simples drenagem — a colecistostomia. Numa segunda intervenção, se o estado do doente a isso nos obrigar, podemos então fazer com muito menos risco a colecistectomia.

Nas perfurações crônicas, isto é, naquelas em que, por virtude de um processo de pericolecistite, a vesícula aderiu a um segmento do *tractus* digestivo — geralmente o duodeno, mais raramente o cólon ou o estômago — e secundariamente se perfurou, formando uma fistula, a intervenção é sempre difícil e necessita muito método da parte do cirurgião. Este começará por isolar o intestino aderente, fará a sutura da perfuração nêle existente, depois executará, segundo os casos, a colecistectomia ou a colecistostomia, em harmonia com os considerandos feitos a propósito das perfurações sub-agudas.

NOTAS CLÍNICAS

AS RECTITES CRÓNICAS E O SEU TRATAMENTO

Começamos por recordar as queixas dominantes de uma rectite no seu período de estado, mencionando a defecação penosa, por vezes muito difícil, acompanhando-se de tenesmo; a constipação ou falsa diarreia, mais raramente diarreia verdadeira, com fetidez das fezes; a emissão de muco, pú e sangue, isoladamente ou à mistura com as fezes, podendo mesmo haver um corrimento contínuo, que obriga o doente a munir-se com um pano.

A afecção não é muito dolorosa, salvo os casos que se acompanham de nevralgias no território do plexo lombo-sagrado. As queixas ano-rectais persistem e a breve trecho o estado geral do doente portador de uma rectite crónica modifica-se, sofrendo a repercussão desta supuração contínua, extremamente rebelde a todo e qualquer tratamento, a ponto de fazer desesperar o doente e o médico.

Na verdade, o doente perde o apetite e as forças, emmagrecendo progressivamente, ao mesmo tempo que perde também as côres e se torna febril, tomando assim o aspecto de um doente infectado.

Chamamos a atenção para esta alteração do estado geral, visto que em face dela muitos clínicos teimam em não admitir a existência de simples inflamação, pensando exclusivamente na neoplasia.

As duas complicações a reccer na evolução duma rectite crónica são o abcesso e a estenose. Os abcessos podem ser anais, perirectais, isquiorectais e abdominais, podendo dar lugar à formação de fistulas, que por vezes se eternizam.

A estenose é talvez a mais grave das complicações.

Para efeito do tratamento, devemos considerar as três formas de rectite crónica: 1) hemorrágica e purulenta, a que poderíamos chamar simples; 2) proliferante; 3) proliferante e estenosante.

A rectite crónica hemorrágica e purulenta ou melhor a recto-colite, pois que as lesões são raramente localizadas ao recto, pode permanecer como um catarro hemo-purulento ou então dar lugar à formação de proliferações em volta do ânus, no canal anal ou na parte inferior da ampola rectal, tratando-se de vegetações pouco volumosas, compactas, mas não duras, não friáveis e não pediculadas.

Temos assim a rectite proliferante, também chamada hipertrófica.

Ao lado destas proliferações pode resultar também a formação de uma estenose, constituindo-se a rectite estenosante — o chamado apêto inflamatório do recto. Êste apresenta graus diversos, tornando-se por vezes quasi punctiforme.

Além dos sintomas descritos acima, há a acrescentar a dificuldade da defecação, que vai aumentando e exigindo o uso constante de laxativos, obrigando por fim o doente a esforços consideráveis e colocando-o na ameaça duma oclusão.

Como dissemos, o tratamento desta afecção é deveras rebelde, não podendo, com segurança, falar-se da cura completa.

Ele é muito longo, demorando meses e anos, sujeito à descrença do doente e do médico.

MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico

Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

Indicado especialmente em todos os casos que não permitem
a injeção intravenosa do Neosalvarsan

.....

Aprovado pelo Instituto Nacional de Terapêutica
experimental em Frankfort a. M. (Alemanha)

....

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

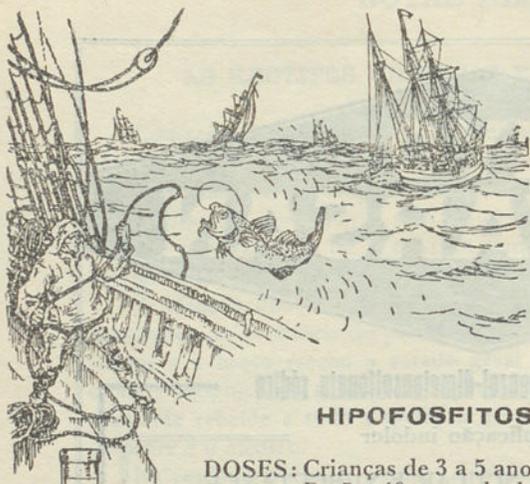


Pharmazeutische Abteilung "*Bayer-Meister-Lucius*"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, .º — LISBOA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibldabo, 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

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

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L. da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

PULMOSERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

**CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHE E DO SARAMPO.**

MODO DE USAL-O Uma colher das de café de manhã e de noite.

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

Os doentes melhoram com um novo remédio, para voltarem brevemente ao estado anterior, e assim vão perdendo as esperanças de uma cura completa.

Como os doentes se apresentam em geral astênicos e anemiados, devemos aconselhar-lhes uma vida regrada e higiênica, fortificando-os e permitindo-lhes uma dieta substancial. Na verdade, o médico e o doente reduzem a alimentação, entrando-se num regime apertado.

É um erro e bem prejudicial. Evitemos apenas os alimentos flatulogêneos e os de resíduos abundantes.

Outro objectivo importante é o proporcionar uma defecação fácil, de fezes moles, empregando para isso os óleos, o de parafina em especial, ou as mucilagens. Entre estas, nós usamos de preferência o psyllium (sementes) por nos ter dado sempre os melhores resultados.

Eis as três indicações do tratamento geral da rectite, passando agora ao tratamento local.

Os clisteres medicamentosos são clisteres de retenção e por isso devem ser administrados ao deitar, para aproveitarmos um longo período de repouso.

Os solutos conservam uma temperatura que seja agradável para o doente, devendo o líquido entrar com uma pressão mínima. Estas ligeiras precauções tem no fundo uma grande importância, visto que da sua não observância resulta muitas vezes o abandono do tratamento.

Os medicamentos propostos são numerosos e variados.

Nós falamos apenas dos que geralmente entram na nossa prática.

Se a rectite se apresenta numa fase intensa de inflamação, começamos por administrar somente clisteres emolientes, recorrendo à alteia, às malvas ou às sementes de linho ou de psyllium, no volume de 300-500 c. c. e só depois de passada esta fase aguda é que entramos propriamente no tratamento. Empregamos então a acriflavina, o azul de metilena e o licor de Labarraque. E com êstes três medicamentos, utilizando-os alternadamente, se necessário, procuramos obter as melhoras, para não falarmos na cura.

Como regra geral, a concentração do soluto e o volume a administrar vão aumentando progressivamente, conforme a mucosa se vai tornando menos sensível e assim capaz de tolerar o clister.

As concentrações médias são as seguintes:

Acriflavina, 0,25:1000.

Azul de metilena, 0,50:1000.

Licor de Labarraque, 5:1000.

Segundo a nossa prática, a acriflavina e o azul de metilena são os mais eficazes, e dêstes dois medicamentos parece-nos menos infiel a acriflavina, sem contudo querer atribuir-lhe a acção curativa infalível, que tão alardeada foi pelos autores americanos.

Depois do emprêgo dos clisteres antisépticos, torna-se necessário a aplicação de substâncias protectoras, fazendo o chamado penso rectal. Como veículo para êste penso utilizamos uma mucilagem (sementes de linho ou de psyllium, raízes de alteia, gomas ou outras mucilagens de preparação especial), obtendo um soluto de consistência mais ou menos xaroposa.

Os tópicos mais empregados são o dermatol, o caolino, o óxido de zinco

e a cré preparada. Podemos prescrever, por exemplo, papéis com a seguinte fórmula:

Dermatol,	três gramas	
Óxido de zinco	}	ãã dez gramas
Cré preparada		

incorporando o pó de cada papel na quantidade de líquido a injectar, cêrca de 100-200 gramas. Ou então utilizaremos os produtos do mercado, seja o *Recto-plasme*, de grande voga em França, ou o *Rectoderma*, produto simililar, lançado ultimamente no nosso mercado por uma casa portuguesa. Teem por base a parafina líquida, o dermatol, o caolino e uma mucilagem.

Com êste penso pretendemos, é claro, cobrir a mucosa de uma camada protectora, isolando-a das fezes e secreções e favorecendo assim a cicatrização de quaisquer ulcerações.

O soluto deve geralmente retêr-se durante algumas horas e para isso administra-se de preferênciã ao deitar, guardando uma temperatura têpida, de maneira a não impressionar o doente. Por vezes há dificuldade ou mesmo impossibilidade de conservar o líquido; então juntam-se umas gotas de laudano.

Uma substância foi preconizada por Strauss, considerando-a a melhor para os pensos rectais. Trata-se do alumínio, que devemos empregar muito bem porfirizado.

Eis a fórmula :

Alumínio metálico porfirizado, 1 grama

Decocto de salepo, 100 gramas ou qualquer outra mucilagem.

Quanto ao tratamento etiológico das rectites crônicas, pouco ou nada de verdadeiramente eficaz se pode fazer.

Bem entendido, na sífilis far-se há o tratamento antisifilítico, no parasitismo procuraremos eliminar os parasitas causadores; na gonocócica empregaremos a vacina antigonocócica, etc. Mas, repetimos, esta terapêutica de ordem etiológica resulta quasi sempre inefficaz.

Vejamos agora o tratamento da rectite crônica hipertrófica e estenosante, quere dizer, da estenose inflamatória do recto, englobando no mesmo capitulo a rectite hipertrófica, sem estenose, visto que elas representam dois estados na evolução da mesma forma.

Dada a inefficácia, mais ou menos absoluta, do tratamento médico, tentou-se a intervenção cirúrgica como cura definitiva. Duas operações se podem levar a effeito: o ânus iliaco e a amputação do recto. A primeira é simples, fácil, livre de perigos, operação ideal para colocar o recto em repouso ou de urgência no caso de oclusão, mas evidentemente pouco convidativa para condenar o doente por tôda a vida.

A amputação faz-se com conservação do esfincter e abaixamento do tópo cólico superior. É uma operação não aconselhável, pois que é gravíssima, de técnica muito difficil, em virtude da intensa perirectite que acompanha sempre esta forma de rectite e que torna extremamente difficil o abaixamento do intestino. De resto, as complicações sépticas são freqüentes, pois trabalha-se em tecidos rígidos, friáveis e infectados. As estatísticas de alguns autores condenam tal operação. A recidiva é a regra, e quantas fistulas permanentes e esfincters incontinentes!

E assim continuaram a fazer-se as dilatações progressivas com as sondas metálicas de Hegar ou com as sondas moles, em séries repetidas, tratamentos dolorosos e de resultados passageiros, até que a aplicação da diatérmia nos veio trazer esperanças no tratamento de afecção tão rebelde.

Foi Bensaúde que, em França, introduziu o método das dilatações diatérmicas, mostrando ao cabo de alguns meses de experiência as vantagens deste método sobre o das dilatações puramente mecânicas. As dilatações diatérmicas são, regra geral, indolores e de resultados persistentes.

Sobre a técnica aconselhada nada diremos, visto que ela foi descrita numa *nota clínica* do nosso colega Dr. Formigal Luzes.

Sempre que a observação nos revela a existência de proliferações e sobretudo que a parede rectal começa a tornar-se dura, como cartão, não espere-mos para aconselhar as aplicações diatérmicas, que serão feitas em séries, cujo número de sessões e intervalos a guardar serão fixados conforme os resultados obtidos.

A diatérmia não exerce acção modificadora sobre a rectite em si e por isso não devemos esquecer o seu tratamento próprio.

Mas, questão importante, o método não dá insucessos?

Ainda que raramente apontados, casos há em que curas diatérmicas prolongadas resultam ineficazes, persistindo a estenose. Nestes casos, como último recurso, teremos de ir para a intervenção cirúrgica.

Por último, vejamos a questão do tratamento específico, em especial no que diz respeito à sífilis.

Hoje em dia não é lícito admitir a sífilis como causa única do apêrto do recto, ainda que numa grande percentagem, mais de 50% em tôdas as estatísticas, seja ela incriminada. Mas o tratamento antisifilítico, seja êle qual fôr, não tem influência alguma sobre a evolução da estenose, tendo-se assistido mesmo à sua formação, verificada por rectoscopias repetidas, a-pesar-de tratamentos intensivos. Devemos fazê-lo porque o doente é um sífilítico, mas não com a esperança de modificar as lesões rectais.

No nosso meio ainda predomina a idéa de que o tratamento antisifilítico, e só êle, há de curar a afecção, não nos sendo raro observar doentes que tem feito as mais intensivas curas, sem o menor tratamento local.

Isto representa um grave êrro, para o qual nos permitimos chamar a atenção dos colegas.

Enfim, tem sido descritos casos em que a etiologia é a tuberculose, a bilharziose, uma micose, o gonococo, o bacilo de Ducrey, mas são raros e muitas vezes duvidosos. Nêstes casos tem-se ensaiado, sem êxito definitivo, uma terapêutica específica.

Sem dúvida, temos de admitir a complexidade dos factores etiológicos no chamado apêrto inflamatório do recto. Mas quer a sífilis seja uma causa mais predisponente que eficiente, quer seja realmente eficiente, o seu papel na etiologia desta afecção continua, a despeito das afirmações em contrário de vários autores, a ser considerado como predominante, longe contudo de ser exclusivo.

É uma questão ainda aberta entre os proctologistas.

Revista dos Jornais de Medicina

A terapêutica das intoxicações agudas na prática médica, etc. (*Die Therapie des akuten Vergiftungen in der ärztlichen Praxis auf dem Lande und Antidota in der Hausapotheke*), por L. KOELER. — *Die Ärztliche Praxis*. N.º 6. 1928.

As medidas terapêuticas empregadas no tratamento das intoxicações agudas constituem vários grupos. Com uma série de cuidados procuramos evitar ou retardar a absorção da droga tóxica e acelerar a sua saída do organismo. A êste grupo pertencem as lavagens de estômago, os eméticos, os purgantes, os medicamentos absorventes e precipitantes, os diuréticos e diaforéticos. Um outro grupo de medicamentos, os antidotos, servem para evitar a acção fisiológica da droga tóxica. Finalmente com um terceiro grupo de fármacos combatemos os sintomas mais perigosos determinados pela substância tóxica.

O A. depois de se referir dum modo geral a cada um destes grupos de medicamentos aconselha os seguintes cuidados para as diferentes intoxicações:

Aconitina — Lavagens gástricas, excitantes, cuidados com a respiração.
Adonis vernalis — Veja *Digitalis*.

Eter — Cuidados com a respiração (*Lobelina*, *cardiazol*, etc.), ar fresco, injeções de cânfora e estriçnina.

Aethusa cynapium — Veja *Conium maculatum*.

Agrostemma Githago — veja saponina.

Potassa, soda cáusticas e outros alcalis — Lavagens de estômago feitas com tôdas as precauções e apenas nos casos recentes em virtude do perigo de perfuração. Administração de água acidulada com ácido acético, cítrico, etc. Narcóticos quando há dores fortes. Tratamento sintomático do colapso se êste existe.

Alcool — Lavagens gástricas na intoxicação aguda. Banhos com jacto frio e depois quente. Cuidados com a respiração (*lobelina*). Fazer o doente cheirar amoníaco e outros excitantes. Cafeína subcutânea e quando possível ingestão de café quente e forte.

Amanita muscária e Amanita phalloides. — Veja intoxicação por cogumelos.

Amoníaco — Veja alcalis.

Nitrato de prata — Solução de cloreto de sódio a 1 %, muita albumina e leite, lavagens do estômago.

Arsénico — (Ácido arsenioso, Licor de Fowler, etc.). Nos casos agudos: lavagens gástricas, vomitórios, carvão, mucilagens, diaforéticos. Injeção intravenosa de hiposulfito de sódio 0,45 a 0,9 gr. em 5 a 10 c. c. de água.

Atropina — (Intoxicações pelo alcalóide, pela *Atropa beladonna*, *Hyocajamus niger* e *Datura stramonium*) — Lavagens do estômago, eméticos, carvão, purgantes, clisteres, morfina até 0,03 e pilocarpina subcutânea (R.e.: Cloridrato de pilocarpina 0.1. Aqu. dest. ad 10.0; injectar de quarto em quarto de hora meio centímetro cúbico até desaparecer a secreta da bôca.

BIOPLASTINA SERONO

Lecitina da gema de ovo e luteínas em sôro fisiológico

RECONSTITUINTE EXCELENTE
NÃO DÁ DÓR NEM REACÇÃO
 Injecções diárias de 1 1/2 cc. a 10 cc. (2 ampolas de 5 cc. de uma só vez).



NENHUMA INTOLERANCIA
EFEITOS MUITO RAPIDOS
 Caixas de 6 ampolas de 5 cc. e de 10 ampolas de 1 1/2 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 - LISBOA

Productos SERONO (Roma)

do Istituto Nazionale Medico Farmacologico Sersono

Metranodina Sersono — Hidrastis, canadensis, vibornum prunifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

Ipotenina Sersono — Á base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

Virosan Sersono — Oleato duplo de mercurio, colestrina e albotanina em pilulas para os casos em que não seja possível a aplicação de medicações similares por via hipodermica.

CARDIOLO SERONO — ALUMNOSE SERONO — UROLITINA SERONO

OPOTERAPICOS SERONO

Extractos 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 á dose conveniente, diluidos, de preferencia, com sôro fisiologico, para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO (Fracos)

EPATASI SERONO (Fracos)

BILEASI SERONO (Pilulas)

OVARASI SERONO (Fracos e caixas)

ORCHITASI SERONO (Fracos e caixas)

SURRENASI SERONO (Fracos e caixas)

TIROIDASI SERONO (Fracos e caixas)

RENASI SERONO (Fracos e caixas)

IPOFISASI SERONO (Fracos e caixas)

LIENASI SERONO (Fracos e caixas)

MASTASI SERONO (Fracos e caixas)

EUGOZIMASE SERONO — TIPO MASCULINO (1 frasco Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

EUGOZIMASE SERONO — TIPO FEMININO (1 frasco Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

Sais de bário (cloreto, carbonato e sulfato) — Lavagens do estômago com sulfato de sódio ou sulfato de magnésio (lc. de sopa para um litro de água). Injecção intravenosa de pequenas porções dum soluto de sulfato de sódio a 2 ou 3 % no total de 20 a 30 c. c.

Beladonna — veja atropina.

Meimendro — veja atropina e escopolamina.

Amêndoas amargas — veja ácido cianídrico.

Ácido cianídrico — Eméticos, carvão, respiração artificial, injecção subcutânea dum soluto de hipossulfito de sódio a 5 % até 100 c. c. Se há grande hipotensão, injecção intramuscular de 0,5 mgs. de adrenalina (0,5 c. c. do soluto a 1:1000).

Chumbo — Nos casos agudos: eméticos, lavagem do estômago, laxantes (sulfato de sódio ou magnésio). Em caso de necessidade, leite e albumina.

Botulismo — veja intoxicação pela carne.

Cantáridas — Lavagem de estômago, eméticos, mucilaginosos, lavagem da bexiga. Evitar gorduras óleos e leite em virtude da solubilidade da cantaridina.

Cloro — Ar fresco, respirar vapor de água quente ou amoníaco. Versprayan com soluto de bicarbonato de sódio a 10 %. Combater o edema pulmonar com injecção intravenosa de cloreto de cálcio a 10 %.

Clorofórmio — Respiração artificial, lobelina, cânfora, estriçnina, estimulantes.

Ácido crômico — Lavagens do estômago, magnésia calcinada em água, mucilaginosos.

Cicuta virosa — Lavagens do estômago, purgantes e eméticos; contra as convulsões empregar brometo de sódio e hidrato de cloral ou injecção subcutânea de 50 a 100 c. c. dum soluto de sulfato de magnésio a 5 %.

Cocaína — Nos casos agudos: cuidados com a respiração, estimulantes, cafeína, cânfora, injecção intravenosa, lenta, de 5 a 10 c. c. dum soluto de cloreto de potássio a 10 %. Se a intoxicação se deu *per os* empregar lavagens do estômago, eméticos, purgantes e carvão.

Colchicum autumnale — Lavagens de estômago, clisteres, tanino. Evitar os purgantes. Leite e mucilaginosos. Tratamento sintomático do colapso.

Conium maculatum — Lavagens do estômago, carvão, cuidados com a respiração, estimulantes; contra as convulsões hidrato cloral.

Convalaria majalis — veja digitalis.

Cytisus Laburnum — (mais freqüente nas creanças que comem as flores ou sementes), lavagens do estômago, eméticos, purgantes, estimulante, cuidados com a respiração.

Datura Stramonium — veja atropina e escopolamina.

Digitalis purpurea — lavagens do estômago com soluto de tanino a meio por cento, se há insuficiência cardíaca injecção subcutânea de cânfora e cateína ou café forte internamente; cataplasmas.

Intoxicações pelo peixe e carne — Lavagem do estômago, carvão, purgantes salinos, antitoxina botúlica, cuidados eventuais com a respiração.

Iodo — Nos casos agudos cosimentos de amido, água albuminosa, leite, bicarbonato de sódio, natrium Subsulfurosum.

Clorato de potássio — Lavagem do estômago, purgantes, águas minerais, manter a diurese com águas minerais, infusão de sôro fisiológico, tonicar-díacos.

Ácido fénico — Lavagens do estômago com água de cal, leite, albuminas, calcária saccharata, carvão, purgantes salinos, estimulantes.

Oxido de carbono, gás de iluminação — Ar fresco, respiração artificial, oxigénio, lobelina, estrotanfina (intravenosa), cardiazol, aplicações frias na cabeça. sangria com injeção consecutiva de sôro fisiológico.

Picrotoxina — Lavagens do estômago, eméticos, hidrato de cloral e restante medicação sintomática.

Compostos de cobre — Lavagens do estômago, carvão e magnésia calcinada, ferrocianeto de potássio a 1 % uma c. de sopa de quarto em quarto de hora. Nada de gorduras.

Lysol — Cuidadosas lavagens de estômago, leite, água albuminosa, carvão, purgantes salinos, eventualmente estimulantes, cânfora, cafeína.

Alcool metílico — Lavagens do estômago, clisteres, estimulantes, respirar ar contendo ácido carbónico ou oxigénio. Se há grande dispnéia fazer sangria, seguida ou não de injeção de sôro fisiológico ou soluto de Ringer. Estricnina nas perturbações visuais.

Morfina — Casos agudos: lavagens do estômago com soluto de permanganato de potássio a 1:1000 ou 1:2000 (egualmente nos casos em que a morfina foi introduzida por via hipodérmica, visto que uma das vias de eliminação é o estômago), carvão, purgantes, cânfora, cafeína ou injeção de digitalina, café forte, sangria e injeção intravenosa de sôro fisiológico. Cuidados com a respiração (lobelina, cardiazol, etc.). Atrofina em inj. sub-cutânea na dose de 1 a 2 mmgs. todos os 10 a 30 minutos. Tratar os espasmos brônquicos com adrenalina na dose de 0,5 a 0,75 c. c. do soluto a 1.1000.

Nicotina. — Se introduzida por via gástrica, fazer lavagens do estômago com soluto de tanino a 1 % ou iodo (XL gotas de tintura de iodo para um litro de água), estimulantes, café.

Nitrobenzol — Lavagens do estômago, eméticos, clisteres, purgantes salinos. Cuidados com a respiração (lobelina), sangria e injeção sub-cutânea de sôro fisiológico. Também se emprega a transfusão.

Ácido oxálico — Administração de compostos de cálcio: água de cal (100 a 250 c. c), calcária saccharata, carbonato de cálcio. Injeção intravenosa de solução de cloreto de cálcio a 1,5 %. Preparados de cânfora, cafeína.

Fósforo — Sulfato de cobre como emético, cuidadosas lavagens do estômago com soluto de permanganato de potássio a 1:1000 e 1:2000. Terebentina velha xx a xxx gôtas, carvão, purgantes salinos. Evitar gorduras e leite porque dissolvem o fósforo.

Inoxicação por cogumelos — Lavagens ao estômago, eméticos, purgantes, carvão; restante medicação sintomática. Como na intoxicação pela amanita faloides os sintomas só aparecem 10 ou mais horas depois da ingestão, não é possível expulsar o veneno. Nestes casos é aconselhável: injeção de 125 gr. de glucose em 500 c. c. de soluto de Ringer; repetir a injeção com 50, 30 gr. de glucose em 400 a 300. c. c. de solução de Ringer. Combater a insuficiência circulatória com injeções intravenosas de nitrato de estriçnina

0,002 até 3 vezes ao dia. Contra a dor usar a morfina 0,01 subcutânea. Abstinência de alimentos. Humedecer a boca e os lábios com sumo de limão. Se a diarreia não abrandar usar o cloreto de cálcio a 10 % em injeção intravenosa de 10 c. c., ou internamente: calcium chloraceticum, calcium lacticum, 1:10:200 três vezes ao dia uma c. de sopa.

Sais de mercúrio. (sublimado): Cuidadosa lavagem do estômago, eméticos e depois leite, água albuminosa, magnésia calcinada, (1 c. de sopa em água), carvão, narcóticos. Injeção intravenosa de natrium subsulfurosum. Tratamento da nefrite e estomatite.

Ácidos (principalmente do ácido sulfúrico, clorídrico, azótico e acético). A lavagem do estômago é perigosa (perfuração). Nos casos recentes neutralizar o ácido. O melhor é dar magnésia calcinada, várias c. de chá em água, cascas de ovo pulverizadas, cálcio raspado das paredes e depois grandes quantidades de leite, bebidas com mucilagens, alimentação cuidadosa com líquidos, leite, caldos de arroz. Depois tratar as conseqüências e em especial os apêtos.

Saponina. — Internamento só em grandes doses e tóxica. No caso do doente não ter vomitado, fazer lavagem do estômago, carvão, purgantes.

Veneno de cobra. — Excisão ou cauterização da ferida, injeção de soluto de permanganato de potássio a 1 % ou de calcium hypochlorosum 0,25 em 15 c. c. de água. Administração de álcool.

Escapolamina. — Lavagem do estômago, injeções de pilocarpina como na intoxicação pela atropina. Injeção de adrenalina ou efedrina.

Secale cornutum. — Lavagens do estômago, purgantes e eméticos, medicação sintomática.

Solanina. — Lavagens do estômago, purgantes e eméticos, carvão, medicação sintomática.

Estricnina. — Lavagem do estômago, imediatamente depois da intoxicação. Eméticos, soluto de tanino, hidrato de cloral, paraldeído, narcose clorofórmica.

Tartarus stibiatus (e outros compostos de antimônio). — Lavagem do estômago soluto de tanino a 1 %, marcilagosos, leite.

Taxus baccata. — Lavagem do estômago, eméticos e purgantes, excitantes, cuidados com a respiração.

Veratrina. — Lavagem do estômago, tanino, carvão, restante medicação sintomática.

Veronal (e restantes hipnóticos). — Lavagem do estômago, clisteres de 200 a 400 c. c. de água morna, carvão, cafeína, café, cuidado com a respiração.

F. FONSECA.

A classificação de Ranke e a tuberculose miliar. (*Rankesche Stadieneinteilung und miliar tuberculose*), pelo Prof. P. HUEBSCHMANN. — *Klin. Woch.* N.º 11. 1928. Pág. 486.

Admitem muitos clínicos que os três períodos em que Ranke divide a evolução do processo tuberculoso constituem uma divisão perfeita e ao abrigo de toda a crítica.

Devemos notar, entretanto, que as noções em que se funda a separação do segundo e do terceiro períodos são indeterminadas. Os trabalhos que se ocupam destas noções carecem de uma definição exacta do que os autores designam por primeiro período e segundo período, na evolução da tuberculose. Admite-se que os focos tuberculosos recentes que surgem em qualquer órgão, quiçá por via sangüínea, são focos secundários, ao passo que, por outro lado, se consideram como terciários apenas os que evoluem isoladamente num órgão, mas que apresentam um carácter progressivo e, em geral, um mau prognóstico. É a inconsistência d'êste critério que leva o A. a rever a classificação de Ranke. Em primeiro lugar, a divisão em períodos parte de um facto puramente externo e representa um critério de classificação no tempo.

Neste sentido, o complexo primário é evidentemente a primeira fase. Entretanto, o A. aponta a existência de grande número de casos que evoluem sem qualquer complexo primário.

O segundo período de Ranke sucede ao complexo primário, e consiste na difusão de bacilos tuberculosos pelo organismo com produção de múltiplos focos tuberculosos por efeito desta expansão bacilar. Mais tarde, a terceira fase é caracterizada pelo quadro da tuberculose visceral isolada.

Segundo Ranke, êste período sucede, no tempo, ao segundo; mas Ranke nunca precisou as relações exactas entre estas duas fases. O segundo princípio fundamental de Ranke consiste em admitir que os diversos períodos são caracterizados por diversas fases da trans formação alérgica do organismo, e individualiza três formas diversas de alérgia. Assim, por exemplo, a alérgia primária consiste em que o foco primário pulmonar, de natureza exsudativo-caseosa, se transforma mais tarde num nódulo cheio de células epitelióides, cercado-se finalmente de uma cápsula fibrosa. Ranke atribui êste fenómeno a uma mutação do organismo.

A segunda forma alérgica consistiria em que, em tôdas as regiões atingidas pelo bacilo tuberculoso, se produziriam focos desta natureza. Esta segunda fase de alérgia, que corresponderia a um período de hipersensibilidade, é também admitida por Ranke ao nível do foco primário com a sua zona inflamatória perifocal, que excede por vezes em intensidade o próprio nódulo primário. Em geral, esta inflamação em roda do foco desempenha um certo papel na produção dos chamados focos secundários. A terceira fase alérgica manifestar-se hia por uma certa inocuidade relativa de todo o organismo que impede a produção de metástases, consentindo apenas no desenvolvimento progressivo da tuberculose num único órgão, de tal modo que se constitui, então, o quadro da tuberculose visceral isolada.

A evolução da tuberculose não pode classificar-se rigidamente em períodos, como se se tratasse da sífilis. Contra estas classificações da tuberculose se dirigem as objecções recentemente formuladas por Benda. Objecta êste autor que, para a sífilis, a evolução da doença se realiza por períodos nitidamente separados no tempo e bem individualizados sob o ponto de vista anatómico, tratando-se sempre de uma única infecção. Não é êste o caso da tuberculose, prescindindo mesmo do significado das reinfeções exógenas. Partindo d'êstes factos, propuzeram-se Aschoff e Nicol, e ultimamente Beitzke, aceitar para a tuberculose unicamente um período de infecção primária e uma fase de reinfeção.

Vacina NEOSAN Antitífica

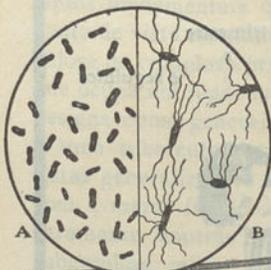
VACINA ANTITÍFICA PREVENTIVA » » CURATIVA

(Via Bucal)

Preparadas pelo Professor Dr. Salvat Navarro, Catedrático de Higiene da Faculdade de Medicina de BARCELONA e adoptadas oficialmente em HES-PANHA pela INSPECÇÃO GERAL DE SAUDE.

SÉRIE INJECTAVEL

Antitífica preventiva. Antitífica curativa. Antigonococica. Antiestafilococica. Antimelitococica. Anticatarral. Antigripal.



Pedir amostras e literatura ao:
Concessionario para Portugal: A. SERRA, R. Almeida e Sousa, 2 — LISBOA

LABORATORIOS PASTEURIANOS
Director: Professor Salvat Navarro
BARCELONA



EXTRACTO — DE — MALTA

“EUMALT”

Acceptado por R.O. del 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE
CON HIPOFOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPSINA Y PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE HIG. BACALAO
CON ACEITE HIG. BACALAO É HIP^{OS}



DIPLOMA DE MÉRITO
2º Congreso de médicos de la L.C.
— Julio 1917 —

Gran Premio en la Exposición de Medicina e Higiene
— 2º Congreso de C. M. — Sevilla 1904

ESPLUGAS (BARCELONA)

Dr. P. Andreu Lloberes

Muitas complica- ções que se consi- deram como um fracasso do medico

EVITAR-SE IAM mantendo as forças do doente, permitindo assim que actuassem as defesas naturais.

Alimente um doente com extrato de Malte “EUMALT” e proporcionará ao organismo em luta o vigor fisico necessário para combater vitoriosamente a doença.

É propriamente um alimento concentrado e um poderoso digestivo, imprescindível na dieta lactea, tornando o leite muito mais nutritivo e facilmente digerível, tendendo a evitar as prisões de ventre provocadas pelo repouso prolongado e a alimentação exclusiva de leite.

Produtos de Malte “EUMALT”

DR. P. ANDREU LLOBERES — Esplugas (Barcelona)

Amostras e Literatura: A. SERRA — Rua Almeida e Sousa, 2 — LISBOA

Diectética infantil "MAX"

Lactação artificial pelo

LEITE MATERNISADO { N.º 1—1.º trimestre
N.º 2—2.º »
(Leite em pó, semelhante ao materno) { N.º 3—3.º » e seguintes

Albulactol

(Leite albuminoso, original
do Dr. Finkelstein-
GASTROENTERITES)

Dextromax

(Alimento malteado-
ENTEROCOLITES)

Pedidos de literatura e amostras
ao concessionário:

ANTÓNIO SERRA
Rua Almeida e Sousa, 2
LISBOA Telef. N. 3253



Medicação opoterápica

OS

ÉXTRACTOS TOTAES CHOAY

De orgaos recolhidos esmeradamente
dissecados rapidamente no vacuo a 0°

SYNCRINAS CHOAY

Extractos de orgaos associados em formulas
que sao utilisaveis nos principais sindromas

RECEITAR : COMPRIMIDOS OU AMPOLAS



Laboratoire CHOAY

48, Rue Théophile Gauze, PARIS

Amostras e Literatura : A. SERRA

Rua Almeida e Sousa, 2, LISBOA

O problema limita-se, portanto, a saber se, à parte o período de infecção primária, é permitida uma classificação dos quadros clínicos em formas secundárias e terciárias. Para o resolver o A. serve-se dos mesmos princípios fundamentais que serviam a Ranke para a sua classificação. Sob o ponto de vista anatómico não há nada a objectar à individualização na tuberculose do complexo primário. A êste pode suceder uma fase de generalização que ocupa um lugar na classificação de Ranke. Trata-se de casos que êste A. designa como generalizações precoces e que anatómicamente correspondem a uma tuberculose generalizada de grandes focos com ou sem meningite. Estas generalizações sucedem aos complexos primários graves. Produzem-se com a maior freqüência nas creanças de peito, durante a primeira infância, raramente noutras idades. Podem apresentar-se com o quadro de uma tuberculose miliar generalizada. São, enfim, afecções mortais, das quais nunca pode surgir qualquer período ulterior evolutivo.

Na maioria dos casos, não existe uma generalização precoce manifesta; o complexo primário cura-se sem estadios consecutivos.

A evolução da infecção depende do comportamento do foco primário e da produção ulterior de reinfecções exógenas. Êste estado constitui o que se designa como período de reinfecção, no qual parece que interveem tanto as infecções endógenas como as exógenas. Os focos que se produzem de novo aparecem, então, a maioria das vezes, nos pulmões, mas raras vezes nos outros órgãos, curando-se, umas vezes, aumentando, outras, e constituindo a tuberculose visceral isolada, que progride mais ou menos isoladamente.

Em suma, depois do complexo primário, ou aparece uma tuberculose visceral isolada que começa com pequenos focos imperceptíveis, ou uma combinação multiforme de focos, para cada um dos quais se pode dizer o mesmo que da forma anterior. Não existe, pois, possibilidade de separar, entre si, uma tuberculose secundária e uma tuberculose terciária.

Não devemos esquecer o lugar que pode corresponder à tuberculose miliar generalizada típica com as suas formas de transição, por um lado para as variedades abortivas, por outro lado para a generalização precoce. Estas formas não cabem no período secundário da classificação de Ranke, embora existam muitos casos que se desenvolvem depois de terem aparecido os focos terciários, exactamente como são aceites pelo próprio Ranke.

O A. designa a tuberculose miliar generalizada como generalização tardia, se bem que a sua forma típica apareça ordinariamente depois do complexo primário e depois de se terem desenvolvido as tuberculososes viscerais.

Sob o ponto de vista puramente histológico não é também possível determinar caracteres diferenciais tão nítidos que permitam uma separação da tuberculose em períodos primário, secundário e terciário. Isto não diz respeito somente às relações entre os componentes exsudativo e produtivo, mas também à extensão e aos caracteres da inflamação perifocal. Estas relações dependem intimamente do estado alérgico que em cada momento domina no organismo. Mas é preciso saber se a concepção de Ranke sobre as suas diferentes variedades de alergia pode, na realidade, conciliar-se com os períodos em que divide a evolução da infecção tuberculosa.

A primeira fase de alergia de Ranke é admitida para o facto de que no

foco primário do pulmão as formações exsudativas vão seguidas das produtivas, mas não podem considerar-se como um fenómeno de alérgia. A segunda fase dêste processo é constituída pela difusão da tuberculose (generalização precoce), e pela reacção histológica acompanhada de graves inflamações perifocais; porém, êste facto não é exclusivo do período secundário de Ranke, podendo aparecer também localmente na evolução de tãda a espécie de tuberculose visceral.

Por outro lado, carece de lógica a idéa sustentada por Ranke, segundo a qual a sua segunda fase alérgica pode aparecer também para o complexo primário, precisamente naqueles casos em que sobrevem uma afecção violenta dos glânglios linfáticos regionais. Relativamente à alérgia, que consisten uma imunidade relativa e se manifesta sobretudo no facto de, ao lado da lesão visceral isolada já não surgem simultâneamente metástases linfógenas ou hematógenas, ela representa na realidade o ponto mais importante da doutrina de Ranke; mas por si só não justifica a divisão da afecção tuberculosa em três períodos. Pode, de facto, faltar em absoluto a alérgia secundária, e esta, por outro lado, nas suas manifestações locais ou gerais, pode succeder à alérgia terciária. Resulta, portanto, que, admitindo o critério de uma classificação no tempo, só podemos falar actualmente de um período de afecção primária ou de um período de reinfeccção. O foco primário constitui um sinal característico da tuberculose, e como fenómenos ulteriores a êste é preciso mencionar, em primeiro lugar, as formas de generalização (generalização precoce e generalização târdia ou tuberculose miliar generalizada), e as tuberculosas viscerais isoladas do tipo crônico. Devemos observar que, entre estas duas últimas formas, existe uma série de casos abortados e a mais variada gama de formas combinadas.

À parte a bacilémia, são necessários para o aparecimento da tuberculose miliar outros factores que dependem da disposição do doente e do seu estado de alérgia.

A acção dos factores de disposição especifica na tuberculose miliar generalizada deduz-se já da incompatibilidade entre esta forma e a tuberculose visceral crônica. Pode aceitar-se que as tuberculosas viscerais evolutivas produzem um estado alérgico para o resto do organismo muito semelhante ou idêntico a uma verdadeira imunidade.

Sustentando a noção de que para que surja uma tuberculose miliar generalizada é preciso que se realizem certas condições prévias, pode admitir-se também que uma bacilémia especialmente grave anula os factores alérgicos favoráveis ao organismo. Por outro lado, não é possível considerar tãda a tuberculose miliar generalizada como uma reacção de hipersensibilidade, embora haja também casos de evolução muito prolongada que só conduzem à morte num período de 10, 12 ou mais semanas, durante o qual uma fase exsudativa atenuada é seguida de uma reacção produtiva discreta. Êste facto constitui também outra prova de que a tuberculose miliar generalizada não é catalogada no esquema de Ranke.

A transcendência da obra de Ranke não reside evidentemente numa classificação de etapas de carácter mais ou menos superficial, mas precisamente no facto de ter sido o primeiro a introduzir idéas que, pertencendo à dou-

trina da alérgia, não só se referem a pontos de vista clínicos mas ainda ao processo anatómopatológico.

E. COELHO.

O tratamento da anemia perniciosa por um regime rico em figado ou por um extracto de figado. (*Le traitement de l'anémie pernicieuse par un régime riche en foie ou par un extrait en foi*), por R. MINOT, P. MURPHY e COHN. — *Annales de Med.* N.º 4. 1928.

A anemia perniciosa é uma doença idiopática que progride lentamente, embora com remissões, para a morte, podendo ser, como mostraram as observações dos AA., favoravelmente modificada no seu prognóstico por uma dieta do figado dos mamíferos ou por um produto de extracção do figado.

Muitos tratamentos teem sido preconizados contra a anemia perniciosa. Mas nenhum deles permitiu, ainda, aumentar regular e rapidamente o número de glóbulos rubros até 4 milhões e mais por milímetro cúbico na quasi totalidade dos casos tratados, a não ser o que foi preconizado por Whipple.

As observações dos AA., incidindo sobre 150 casos, mostram, que por ingestão quotidiana de grandes doses de figado de mamífero (125-225 gr.), ou por alguns gramas de um extracto activo de figado, associado de um regime alimentar conveniente e bem equilibrado, se pode obter esse resultado.

Dos 150 doentes, 125 seguiam um regime rico em figado durante 3 meses a 3 anos e meio. No decurso dos últimos 6 meses os AA. isolaram do figado do boi um extracto que contém o princípio activo da glândula e que foi administrado a 25 doentes.

A natureza da substância activa do figado foi determinada, estudando a influência dos diversos extractos; a presença ou ausência de reacção dos reticulócitos diz-nos do valor da substância administrada. Os AA. submetem, dessa sorte, o figado a uma dissecação química, da qual resultou que os constituintes proteínicos, lipóidicos e carbo-hidratados foram eliminados sem diminuir a actividade do princípio activo.

Um extracto menos puro do que o que serviu para as investigações experimentais pode ser facilmente preparado e representa 1,5 % de figado.

Posto que as investigações actualmente em curso não tenham permitido isolar este princípio, algumas das suas características foram já determinadas. É facilmente solúvel na água, precipitado pelo álcool e pela acetona, e insolúvel no éter. Embora desprovido de proteínas, o mais puro dos extractos fabricados até hoje é extremamente rico em azoto. Mas não contém hidratos de carbónio, nem lipóides, nem ferro. Nêle se encontra a vitamina B. A sua eficácia, não é, entretanto, devida a uma vitamina conhecida, mas antes a um políptido ou a uma base azotada.

Alguns gramas de um extracto muito puro, em solução aquosa, tomado quotidianamente *per os*, aumentam rapidamente os reticulócitos, embora por um tempo limitado. Aumentam igualmente o número dos glóbulos rubros e parece que actuam especificamente sobre a saúde dos indivíduos com anemia perniciosa. Foi este o resultado nos primeiros doentes tratados com este

extracto activo, exactamente sobreponível ao dos doentes tratados com o figado natural.

O emprêgo de um extracto de figado simplifica o tratamento, sobretudo nos doentes graves.

Em resumo: foram 125 os doentes tratados com figado natural (à roda de 180 gr. por dia), e 25 com extracto de figado muito activo (alguns gramas por dia). Os resultados terapêuticos são idênticos.

Em todos os casos os doentes devem seguir um regime apropriado e bem equilibrado.

E. GOELHO.

O que faria se tivesse uma úlcera? (*What would you do if you had a ulcer?*), por REGINALD FITZ. — *The New. Eng. Jour. of Med.* 3 de Maio 1928.

São muito difíceis de precisar os princípios a que se subordina o tratamento das úlceras do estômago ou do duodeno; a literatura, sendo como é exaustiva, é confusa nas conclusões a-pesar da sua abundância, e o estudioso que afastado das querelas médicas e cirúrgicas queira assentar idéas vê-se em sérias dificuldades. Cada um apresenta os seus métodos e justifica os seus conceitos, mas, em boa verdade, reina sôbre o assunto uma atmosfera de agitação que se traduz muitas vezes no próprio tom em que se fazem determinadas afirmações.

O A. estudou 33 casos, na sua maioria pertencentes ao grupo das úlceras duodenais e estudou-os através da sua história clínica e de determinadas características sintomáticas, da sua evolução e do seu tratamento, seguindo com a maior atenção o decurso dêstes casos por longos períodos e observando-os repetidamente.

Dêstes 33 casos 18 foram tratados medicamente e 15 tratados por diversos métodos operatórios.

Faz as seguintes afirmações, em conclusão :

A úlcera péptica é uma afecção notavelmente arrastada, com tendência para a remissão espontânea; os resultados imediatos de qualquer forma de tratamento não servem para indicar a sua eficácia e um tratamento só é activo quando é capaz de influir na marcha da doença de modo a trazer uma remissão demorada dos sintomas.

A atitude mental do doente, a confiança no tratamento a que vai sujeitar-se, uma vida sosegada e metódica são tudo factores importantes, agindo no mesmo sentido e concorrendo para o bom êxito da terapêutica que se adopte.

O tratamento médico pode ter amplas variações, tanto nos seus processos como no seu rigôr; é digno de nota o facto de que o maior número de casos melhora em relação com as prescrições médicas mais simples, coadjuvadas com o repouso mental e fisico.

A incapacidade do tratamento médico para debelar os sintomas clínicos justifica a intervenção operatória.

O tratamento cirúrgico tem consigo um grave risco; alguns doentes mor-



rem em consequência dos processos operatórios, mesmo quando estes pertencem à categoria dos tratamentos operatórios mais simples.

Os efeitos imediatos da intervenção cirúrgica são, por via da regra, extremamente consoladores: desaparecem os sintomas subjectivos, aumentam as forças e o pêso dos doentes e em pouco tempo estes estão aptos a retomar a sua vida habitual. Os resultados à distância, porém, nem sempre condizem com estes benefícios iniciais.

Além dos perigos que se prendem com o acto cirúrgico existem complicações graves post-operatórias que ofuscam um tanto o brilho das intervenções operatórias.

Os dentes, as amígdalas e, de uma maneira geral, todo o fóco séptico, devem ser convenientemente removidos antes de empreender um tratamento da úlcera.

Algumas formas de úlcera complicada carecem de hospitalização temporária. Se a medicina, com as medidas mais simples, não provoca as melhorias que se pretendem, deve colocar-se o caso clínico sob a alçada da cirurgia.

MORAIS DAVID.

Alguns aspectos das pancreatites. (*Some aspects of pancreatitis*), por BOWLER e BRISAY. (Reunião da New Hampshire Medical Society). — (*The New Eng. Jour. of Med.* 3 maio 1928.

Com a apresentação de dois casos de pancreatite de forma agudo, um seguido de cura com intervenção cirúrgica precoce e outro de morte com larga destruição do parênquima pancreático, o A. descreve o quadro clínico da doença, com seus sintomas subjectivos e objectivos, fazendo também referências às várias teorias patogénicas. O artigo fecha com uma discussão sobre o assunto, de que damos também um rápida idéa.

As pancreatites de feição benígna são mais frequentes do que se supõe e quanto ao diagnóstico são, da mesma maneira que as pancreatites agudas, bastante difíceis de reconhecer.

A etiologia das pancreatites não está ainda suficientemente esclarecida.

Algumas vezes elas dependem da regurgitação da bilis infectada no parênquima pancreático, e a este propósito é frisante a coincidência frequente de sintomas de pancreatite e de sinais de inflamação das vias biliares.

Mais raramente as manifestações inflamatórias do pâncreas representam uma localização hematogénea de um determinado agente séptico. Os calcos pancreáticos, as perfurações de úlcera, a alteração dos vasos pancreáticos podem também ser causa de pancreatites.

A fácil transmissão do processo inflamatório das vias biliares até ao pâncreas deriva da íntima relação linfática que existe entre si. Em 79 casos de pancreatite crónica, 91 % apresentaram simultaneamente infecção dos ductos biliares, segundo Deaver.

Os sintomas clínicos são de um particular relêvo nas formas de pancreatite aguda. Contudo, não existe na história clínica, no exame objectivo ou

nas averiguações laboratoriais um sinal patognomónico, que determine o diagnóstico com segurança.

A pancreatite aguda hemorrágica, pode confundir-se clinicamente com as afecções das vias biliares, com a perfuração de úlcera péptica, com a obstrução intestinal posto que a violência da dor seja muito maior na pancreatite do que em qualquer das outras doenças apontadas.

O estado *shock* é bastante precoce. A dor localiza-se em certos casos no epigastro, mas noutros a dor é mais difusa e de uma difícil limitação.

O exame físico mostra uma ligeira distensão do ventre com uma maior ou menor defesa muscular. A defesa pode abranger os dois quadrantes superiores do abdómen e até mesmo os ângulos costovertebrais, principalmente o do lado esquerdo.

A fórmula hemo-leucocitária não sofre alterações especiais. A urina pode revelar a existência de açúcar.

Nas formas de pancreatite crónica o exame do conteúdo duodenal tem uma certa importância porque pode mostrar a ausência da tripsina.

O tratamento cirúrgico precoce é a única intervenção que permite as maiores probabilidades na salvação dos doentes.

A observação das urinas e da glicémia é indispensável no decurso dos casos em tratamento.

A extirpação de vesículas biliares inflamadas pode ter um certo valor profiláctico e a drenagem das vias biliares pode também impedir a continuação de um processo inflamatório do pâncreas.

Discussão: DR. G. WILKINS (Manchester). Pancreatite aguda hemorrágica, gangrenosa, supurada, apopléxia pancreática, catarral sub-aguda, crónica etc. são termos empregados por vários autores para designar fases diversas de uma determinada afecção.

Como na apendicite, podem considerar-se duas formas principais: a forma aguda e a crónica.

Na forma aguda há necrose e hemorragia; segundo os estudos mais recentes a necrose precede a inflamação e a hemorragia.

A pancreatite é sempre secundária a um irritante químico ou bacteriano — tripsina ou agentes sépticos-vindos com a bilis ou partidos do duodeno ou de outra região ligada ao pâncreas, pela circulação linfática.

A infecção mais grave é a que depende de bacilo coli.

Está demonstrada experimentalmente a impossibilidade da bilis regurgitar dos ductos biliares para o pâncreas por um simples aumento de pressão dentro dos colectores biliares. Esta regurgitação dá-se com aumentos de pressão até 1000 mm. de Hg. e êste número só se obtém em condições experimentais bastante particulares.

A lavagem do estômago exerce uma acção bastante apreciável no tratamento; o A. prefere à lavagem o cateterismo duodenal por via nasal.

DR. FHUND (Boston). Antes dos trabalhos de Opie sabia-se de pancreatites apenas a sua fisionomia clínica, a gravidade dos seus sintomas, o seu comêço súbito, a sua alta mortalidade e que a operação precoce, com drenagem da zona mortificada conduzia aos melhores resultados terapêuticos.

Depois de Opie verificou-se que a injeção intra-pancreática de bilis

infectada determina pancreatites. As mesmas alterações se demonstram pela injeção de certas substâncias químicas. Demonstros-se também, por via experimental, que o fermento pancreático — a pancreatina — só manifesta os efeitos mortificantes depois de activado por uma hormona, no intestino.

A drenagem do canal de Wirsung para a cavidade peritoneal é tolerada com uma larga sobrevivência ao passo que a implantação do tecido pancreático na cavidade abdominal origina a eclosão de todos os sintomas que se observam na pancreatite aguda.

O tecido pancreático necrosado desempenha as funções de activador dos seus fermentos.

Qualquer processo anátomo-patológico capaz de produzir necrose do pâncreas é também suficiente para determinar o quadro clínico da pancreatite. A inflamação representa um factor etiológico da maior importância. O pâncreas infecta-se secundariamente por intermédio da circulação linfática.

DR. J. JAMESON (Concord). Os três sintomas usualmente presentes na pancreatite aguda, são :

Dór excruciante na porção superior do abdómen, quasi sempre no epigastro, com irradiação para as costas e acompanhada de *colapso*.

Defesa muscular pronunciada da parede abdominal.

MORAIS DAVID.

Tratamento de diabetes complicada de tuberculose. (*Traitement du diabète compliqué de tuberculose*), por LABBÉ, SÉLLIGMANN e DREYFUS. — *Bul. Ac. Med.* 26 Junho 1928.

A tuberculose pulmonar avulta na diabetes como uma das complicações fatais mais frequentes.

A estatística de Joslin (1923), indica uma percentagem entre os doentes da sua clínica de 6%.

Desde que a insulina entrou em uso no tratamento da diabetes, os casos de tuberculose são mais numerosos entre os diabéticos.

Isto explica-se pelo facto de que um grande número destes doentes fogem á morte em acidose por meio da insulina para virem depois a morrer de outras complicações, entre elas a tuberculose.

A tuberculose afecta uma marcha grave nos diabéticos. A percentagem de curas é muito reduzida. De todas as manifestações tuberculosas a localização mais vulgar é a pulmonar e pode tomar os aspectos mais variados. De uma maneira geral, qualquer que seja a razão, quer seja por anergia do organismo diabético, por fragilidade dos tecidos em dependência da hiperglicemia etc., a evolução da tuberculose faz-se com grande rapidez.

Antes de se empregar a insulina, o diabético tirava os melhores resultados dos regimes dietéticos severos, com uma percentagem de açúcar no sangue vizinha do normal. A insulina permite hoje alargar o regime alimentar destes doentes, consentindo-lhes uma alimentação relativamente abundante e

variada e ao mesmo tempo mantendo-os a dentro dos valores de glicémia normais.

O regime alimentar do diabético tuberculoso é acima de tudo o regime da sua diabetes.

Uma ampla experiência clínica leva a asseverar que a insulina favorece o tratamento do diabético tuberculoso, como favorece também o tratamento de certos diabéticos não tuberculosos. Não há sintomas reaccionais que possam atribuir-se à insulina e que a contra-indiquem em presença de uma complicação tão séria como é a tuberculose.

MORAIS DAVID.

Tumor cerebral e traumatismo. (*Hirntumor und Trauma*) por H. G. CREUTZFELDT. — *Zentralbl. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie*. Vol. XLVIII. N.ºs 11 e 12. Págs. 735-736.

O A. discute o problema da possível influência dos traumatismos cranianos na formação dos gliomas.

Neuburger e Benecke, o primeiro em dois casos, o segundo em 10, julgam poder atribuir a lesões cerebrais traumáticas e mesmo a irritações devidas a perturbações circulatórias a etiologia do glioma.

É o problema da maior importância, não só para o estudo da teoria da formação dos tumores, como ainda para a questão dos acidentes de trabalho, mas, segundo o A., de difícil solução, pois é necessário o maior cuidado e prudência na apreciação dos casos, sendo indispensável sobretudo poder excluir com segurança a existência do glioma antes do traumatismo.

A apreciação destes factos é particularmente difícil no glioma que lentamente se propaga nos elementos nervosos sem que até certa data dê sintomas objectivos.

Não conseguiu o A. convencer-se da leitura dos trabalhos de Neuburger e Benecke que pudesse haver nos casos referidos relação de casualidade entre o traumatismo e a formação do glioma. Não está, além disso, provado, por dados estatísticos, que em determinadas profissões, que mais expõem a traumatismos cranianos, se contem em mais larga escala casos de glioma.

Refere dois casos clínicos para refutar as doutrinas de Neuburger e Benecke.

Num dêles o doente, numa queda por acidente, sofreu um traumatismo craniano, vindo a ter, passado algum tempo, cefaleias, turpor e a seguir hemiplegia esquerda. Na trepanação, realizada dois meses e meio após o acidente, verificou-se pelo exame histológico tratar-se de glioma, sem que todavia o quadro histopatológico mostrasse sinais de rápido crescimento. Era de todo o ponto inverosímil, tanto pela história clínica como pelo estudo anatómico, que neste caso um tal tumor se tivesse desenvolvido em tão curto espaço de tempo, sendo mais para admitir que o acidente tivesse já sido causado pela pre-existência do glioma.

No outro caso, um doente de temperamento estranho, passou a sofrer de crises epilépticas e, por último, de perturbações da fala. Foi feito diagnóstico



Opothérapie Hemática *Total*

Xarope e Vinho de DESCHIENS

de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^a, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“**eregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^a—MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^a
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauro (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electro-selenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

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-Cholesterolina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r 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^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urlico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.
Syncaine pura em sal.— Soluções adranesthetics.
Tubos esterilizados para todas as anesthasias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

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

VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

VINHO E XAROPE NOURRY

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

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

de compressão e operado, nada se tendo encontrado que justificasse os sintomas. Na autópsia encontrou-se um coágulo contendo uma massa esponjosa, no corno anterior do ventrículo lateral esquerdo. Essa massa era constituída por numerosas células nervosas pequenas, glóbulos sangüíneos, alguns ainda com a sua estrutura conservada, outros já bastante alterados e ainda vestígios de fibras nervosas alteradas. Em torno, no tecido nervoso, uma pronunciada proliferação nevróglia. O epêndimo alterado também. Tratava-se pois de reacção nevróglia a uma antiga hemorragia sem que todavia se mostrasse o quadro típico do glioma.

A. ALMEIDA DIAS.

Os perigos da punção cisternal. (*Die Gefahren der Zisternenpunktion*), por HANS DIELMANN. — *Der Nervenarzt*. Ano I. N.º 7. Págs. 401-408.

O A. refere os accidentes que verificou num total de 300 punções cisternais. Relata algumas histórias clínicas e resume como segue o seu trabalho:

I—Sintomas transitórios de irritação—Parestesias nos membros, provocadas pela picada das vias sensitivas, como consequência de errada técnica da punção. (4 casos, em nenhum dêles perturbações persistentes).

II—Perda transitória dos sentidos (bem como parestesias nos membros inferiores) por lesão do bulbo, provocada por movimento súbito da cabeça no momento da penetração da agulha na cisterna sub-occipital. (Um caso. As perturbações não foram duradouras).

III—Apneia transitória provavelmente devida ao efeito dos anestésicos administrados antes da punção se tornar mais intensa após a extracção de pequena quantidade de *liquor*. (Um caso sem consequência persistente).

IV—Perturbações transitórias do centro respiratório em doentes com tumores cerebrais inoperáveis. (Três casos, dois dos quais morreram e foram autopsiados, tendo o terceiro falecido fóra da clínica, sem que fôsse possível fazer a autópsia).

O A. cita casos semelhantes colhidos na bibliografia, dando indicações sobre a maneira de evitar o mais possível tais accidentes. Compila os casos de morte em consequência da punção cisternal até agora conhecidos, ocupando-se da importância e do valor da punção sub-occipital, estabelecendo a comparação com a punção lombar.

O número de casos de punção cisternal referidos de perturbações graves é todavia relativamente diminuto em relação ao grande número de doentes puncionados que não experimentaram perturbações algumas.

Refere a opinião de Nonne, que considera a punção cisternal, em casos de tumor cerebral, menos perigosa que a lombar. Pensa, porém, que a punção cisternal se bem que tenha um alto valor não poderá substituir a punção lombar, que poderá praticar-se com a segurança de não ferir qualquer órgão essencial à vida o que pode ocorrer na punção cisternal, ainda que, quando esta é praticada com todos os cuidados de técnica, raros são os casos perigosos.

A. ALMEIDA DIAS.

Paralisias dos nervos periféricos após injeções. (*Lähmungen peripherischer Nerven nach Injektionen*), por O. SITTING.—*Klin-Wochenschrift*. Ano VII. N.º 8. Pág. 555. In *Der Nervenarzt*. Ano I. N.º 7. Págs. 441-442.

O A. observou em 3 casos após injeções sub-cutâneas no antebraço, paralisias parciais, tanto do radial como do cubital, que desapareceram passado algum tempo sem qualquer tratamento especial. Uma injeção intramuscular de sublimado na região glútea causou uma paralisia do nervo tibial com perturbações de sensibilidade e abolição do reflexo aquiliano. Em dois casos paralisia do mediano após injeção intravenosa na veia cubital, mostrando o exame eléctrico que o nervo era mais excitável no braço do que no lugar presumível da lesão, o que levava a pensar não em uma completa solução de continuidade, mas sim apenas num bloqueamento do nervo.

A. ALMEIDA DIAS.

Sobre a etiologia da esclerose em placas. (*Zur Aetiologie der multiplen Sklerose*), por O. KAUFFMANN.—*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh.* Vol. 82. N.º 4. Pág. 576. In *Der Nervenarzt*. Págs. 437-438.

O problema etiológico da esclerose em placas é do maior interêsse e actualidade.

Pode dizer-se perfeitamente estabelecida a sua natureza toxi-infecciosa, mas, pelo que respeita à transmissibilidade da doença e ao seu agente etiológico, são discordantes as opiniões.

O A. injectou sangue de um doente numa crise aguda de esclerose em placas a 5 cobaias e L. R. C. a outros 5 por via intra-peritoneal.

Decorridas 3 a 6 semanas sintomas de doença em 9 cobaias. Diminuição de pêso, abalos tónicos e clónicos. As pesquisas anatómo-patológicas nada mostraram de anormal, mostrando apenas um dos animais de experiência ligeiros sinais de irritação meníngea, (hiperémia, infiltrações perivasculares e no cérebro alguns focos com células aglomeradas, sem que todavia houvesse alteração da estrutura celular. Numa outra série de experiências feitas com material de outro doente, adoeceu um dos animais, mostrando paralisia espástica das extremidades posteriores, revelando o exame anatómico alterações das células nervosas dos cornos anteriores da medula, como na poliomielite que Creutzfeldt descreveu nas cobaias nas experiências de Pikard.

Parece pois demonstrado que a inoculação na cobaia de sangue de doentes com esclerose em placas pode provocar num grande número de casos lesões do sistema nervoso nesses animais, sem que todavia seja permitido afirmar que essas lesões sejam perfeitamente específicas.

A pretendida existência de espiroquêtas no L. R. C. e sangue dos doentes de esclerose em placas não está provada, pensando a maioria dos neurologistas, bem como o A., que se trata de precipitados que aparecem nessa preparação e que erradamente foram considerados como agentes patológicos.

A. ALMEIDA DIAS.

Poder antiraquítico da colessterina e do ergosterol irradiados. (*The anti, etc.*), por A. F. HESS (New-York). — *Journal of the Amer. Medical Association*. 1 de Agosto de 1927. Pág. 168.

Em seguida ao trabalho dum autor inglês, Hume (1922), fôram encetadas pesquisas das quais se concluiu que a irradiação ultra-violeta é capaz de conferir a certos corpos, alimentos ou medicamentos, propriedades tais que a sua ingestão produza o mesmo efeito terapêutico que a própria irradiação. Para adquirirem êste poder, é necessário que esses corpos não sejam expostos aos raios ultra-violetas mais de duas ou três horas; acima de isso perdem gradualmente a sua propriedade e tornam-se inactivos. Tentou-se tratar raquíticos com um pó de leite irradiado que conserva a sua propriedade durante seis meses. No primeiro dia faz-se tomar uma única refeição com o leite; no segundo dia, duas refeições, e assim por diante até que a tôdas as refeições se dê êsse produto. Continua-se assim durante quatro a oito semanas, segundo a gravidade do caso. A-pesar do seu gôsto desagradável a óleo de fígados de bacalhau, as crianças tomam êste pó sem repugnância.

No decurso das experiências viu-se que só os corpos em cuja composição entram colessterinas animais ou vegetais (fitoesterinas) são capazes de ser sensibilizados pelos raios ultra-violetas.

É portanto neste grupo de corpos que se encontra o princípio que se torna activo pela irradiação.

Porisso se tentou tratar o raquitismo pela colessterina irradiada. Mas como a colessterina rigorosamente pura não pode ser tornada activa, procurou-se se esta propriedade não pertencerá a uma substância vizinha e que lhe está vulgarmente associada. Foi-se assim levado a ver que os lipóides susceptíveis de se tornarem activos pelas irradiações são as esterinas possuindo várias funções etilénicas (Windaus, Hess); são esterinas que se comportam como provitaminas transformando-se em vitaminas por irradiação. Existem por exemplo na cravagem de centeio e na levadura de cerveja. Uma delas, a ergosterina, foi isolada. Submetida à irradiação adquiria propriedades antiraquíticas poderosas.

Administrada às crianças na dose de 1 a 4 miligramas por dia, tem uma acção sôbre o raquitismo como a aplicação externa dos raios ultra-violetas.

Não se pode, no entanto, ajuizar por enquanto do valor desta medicação.

Segundo o A. e outros, a irradiação dumã mãe que esteja amamentando comunicaria ao seu leite propriedades antiraquíticas.

MENESES.

Cegueira fulminante nas crianças. (*De la cécité foudroyante chez les enfants*), por V. MORAX e KERBRAT. — *Annales d'Oculistique*. T. CLXIV. N.º 9. Junho de 1927. — in *Le Nourrisson*. 1928. N.º 3.

Trata-se dumã criança de 2 anos, cuja visão baixou muito rapidamente para chegar em algumas horas, à cegueira.

O exame mostra os glóbulos e a musculatura extrínseca normais; uma forte midriase, com ligeira constrição da pupila à luz; importantes lesões da

retina: côr cinzenta amarelada de tôda a retina, sem placas nem massas exsudativas, região macular mais descórada ainda com a fovea vermelho cereja; papila de côr normal, de bordos nítidos, com vasos (artérias e veias) envolvidos por um duplo liserado branco; não há hemorragia da retina. As lesões eram bilaterais, absolutamente simétricas.

O tratamento instituído consistiu em injeccões sub-cutâneas de novarse-nobenzol cocaïnado. Ao fim de alguns dias, diminuição do edema da retina, aparição de pequenas hemorragias.

Ao 10.º dia de tratamento, não subsistiam mais do que puras lesões equimóticas e manchas esbranquiçadas. Regresso progressivo da visão: um exame praticado seis anos depois não mostra anomalia alguma além duma côr acinzentada da mácula; agudeza OD $\frac{5}{20}$ e OE $\frac{5}{10}$. Os AA. referem que um mês depois do princípio da doença, a criança teve fenómenos infecciosos com febre e formação de 7 abscessos sucessivos cujo pús não foi examinado.

A heredo-sifilis parece dever ser incriminada nesta doença.

MENESES.

Talalgia dupla por reumatismo articular sem esporão do calcâneo.

(*Talalgie double par rhumatisme articulaire sans épine calcanéenne*), por CONSTANTINI e SABADINI—Soc. de Chirurgie de Alger. 17 de Março de 1927. — nos *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Ano XXX. N.º 3 Março de 1928. Págs. 252-254.

Ha quem hoje atribua menos importância que outrora aos esporões sub-calcâneos que as radiografias mostravam nastalalgias. De facto, não é o esporão o que importa, pois que existe em indivíduos normais que nunca sofreram nem sofrem com isso; o mais importante é a bursite sub calcânea e essa bolsa serosa inflamada determina vivas dores enquanto o esqueleto fica intacto. Não é corrente todavia encontrar na origem duma bursite sub-calcânea um reumatismo agudo simples. É o caso dos AA., em que não foi possível encontrar traços de blenorragia, antes a história articular que o doente conta é a do reumatismo articular agudo clássico.

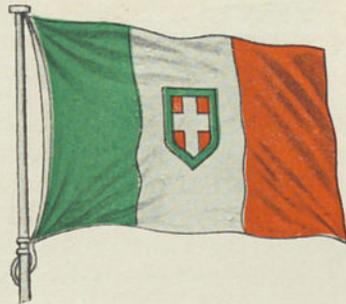
Sintomas habituais localizados à articulação tibio társica esquerda, e mais tarde à direita, punho, etc. Passado de dores poliarticulares. Bom estado geral. Temp. 38°. Sôpro sistólico de insuficiência mitral orgânica. Salicilato, extrato tiroideo.

Quatro meses antes apareceram ao nível da região plantar esquerda, primeiro uma impressão de mal-estar local, depois dores, não permitindo o andar mais do que por momentos, ou a posição de pé prolongada; as dores não são violentas, e quasi desaparecem com o repouso; são nitidamente localizadas nas regiões sub-calcâneas. O tratamento salicilato não dá resultado. Nada à inspecção. A palpação não revela nada ao nível das bolsas serosas peri-calcâneas, mas existe uma dor nítida ao nível do calcanhar. A radiografia não revela alguma lesão óssea, nem exostose.

A-pesar da ausência de antecedente blenorragico, a-pesar da integridade

Productos
ZAMBELETTI
(Milano)

dos Estabelecimentos Dr. L.^o Zambelletti



Iodarsone Zambelletti

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

Tónico -Depurativo de acção
trófica mineralisante e eupeptica.

Arseno-bromo-tonicas Zambelletti

Injecções Sedativas e reconstituintes

Histerismo. — Neurastenia. — Neuropatias. — Insomnias.

Arseniato de Ferro Soluvel Zambelletti

Apresenta os caracteres de tolerância; assimilação e eficacia do

FERRO FISIOLÓGICO ALIMENTAR

Gotas — injecções de 3 graus — com ou sem estricnina.

OUTROS PRODUCTOS ZAMBELETTI:

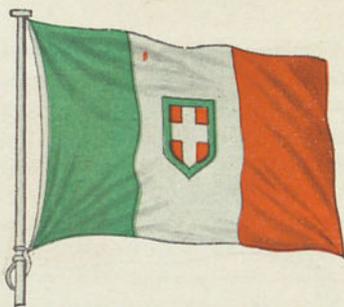
IODOSAN — TEOBROMINA COMPOSTA — SÔRO IODADO COM GAIACOL
INJECCÃO ANTIASMÁTICA — BISMARSOL

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MÉDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA



Productos
BRUSCHETTINI
(Genova)

do Laboratorio di Terapia Sperimentale
Dott. Prof. A. Bruschetti

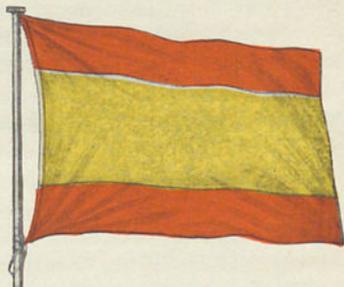
Vacina antiptogénica polivalente Bruschetti — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacilos perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. — Metodo Prof. Bruschetti.

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

Antituberculares Bruschetti — SÔRO VACINA — VACINA CURATIVA — VC-AC VACINA CURATIVA II GRAU.

Productos IBYS
(Madrid)

do Instituto de Biologia Y Sueroterapia



Atosferin Ibys (I e II Série) — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Vacina contra a tosse convulsa Ibys — Emulsão do bacilo de Bordet Gêngou e seus associados, na tosse convulsa. Contém 250 milhões de germens por centimetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc. — *Como curativa e preventiva.*

Bronconeumoserum Ibys — Sôro pneumo-diférico optoquinado. Ampolas de 10 cc.

Adrenoserum Ibys — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

do esqueleto decide-se intervir por causa da intensidade dos fenómenos dolorosos que não permitiam ao doente trabalho algum.

Incisão interna do bôrdô inferior do calcâneo. Pode-se facilmente abordar a face inferior dêste ôsso e chegar às partes moles correspondendo à bôlsa serosa sub-calcânea. Arrancam-se com a goiva, martelo e escopro as partes moles assim como uma lamela óssea correspondente à bôlsa serosa. Nota-se à direita um espessamento ligamentar com uma superfície comparável à face interna duma sinovial; êsses espessamentos são naturalmente ressecados.

As seqüências operatórias são normais e o doente tem alta três semanas depois, andando perfeitamente, sem algum fenómeno doloroso.

MENESES.

Pionefrose calculosa direita. Nefrectomia por via paraperitoneal lateral. (*Pyonéphrose calculeuse droite. Néphrectomie par vie parapéritoneale latérale*), por COCHEZ. — Soc. Chir. de Alger. — 17 de Março de 1927, nos *Archives Franco-Belges de Chirurgie* — Ano XXX. N.º 3. Março de 1927. Págs. 258-260.

Patel e a sua escola preconizaram recentemente a incisão paraperitoneal lateral na cirurgia renal. O A. apresenta a observação dum doente em que empregou essa técnica com sucesso. Diagnóstico de pionefrose calculosa.

Intervenção: incisão paraperitoneal lateral, partindo da 10.^a costela direita e chegando em baixo a um polegar de travez adiante da espinha ilíaca anterior direita. Recurva-se para dentro alguns centímetros em cima e em baixo, em forma de parentesis. O doente está deitado de costas, sôbre o suporte de Pillet. Raquicoatnização de 0,06 c.

Secção dos oblíquos: a incisão do transverso é delicada por causa da sua aderência com o peritôneo, favorecida pela perinefrite intensa. O peritôneo e o seu conteúdo são então empurrados para dentro e mantidos por uma grande valva: o rim apresenta-se volumoso, bem iluminado por uma lâmpada scialática. A descortição é bastante fácil salvo em cima, na vizinhança do fígado onde a-pesar-de tôdas as precauções, o peritôneo é atingido e levado numa superfície da largura duma mão pequena. O hilo do rim é perfeitamente visível; a laqueação do uretere faz-se tão baixa quanto se quer, os vasos são facilmente laqueados; o rim é extraído. Produzindo-se uma perda de sangue grande, faz-se uma laqueação complementar. Drenagem com compressa sob o fígado e com um grande dreno para o meio da incisão: reposição dos órgãos por desmontagem da valva; sutura em três planos.

Seqüências operatórias perfeitas: o dreno supura bastante abundantemente; não há elevação de temperatura; a cura está próxima. Nêste doente, operado cinco vezes, os cálculos do rim que datam seguramente de há muito tempo, são desconhecidos durante bastante tempo.

Sob o ponto de vista operatório, notou o A. o seguinte: 1.º, as vantagens da posição deitada normal sôbre o dorso; 2.º, a luz considerável sôbre o rim que, particularmente volumoso, teria ficado pela intervenção corrente,

escondido entre a costela e a crista ilíaca e difficilmente extraído; 3.º, a facilidade das laqueações. A laqueação suplementar que foi obrigado a fazer, e que seria difficílissima com a incisão de Guyon, não foi aqui mais do que um pequeno geito; 4.º, a facilidade da drenagem e dos pensos consecutivos.

Sem querer generalizar à *outrance* esta técnica, pensa o A., como Patel, que nos casos de rins volumosos e baixos, a via paraperitoniaal lateral é indicada acima de tôdas pela sua comodidade e segurança.

MENESES.

Rutura do tendão do quadricípede ao nível da parte superior da rótula. (*Rupture*, etc.), por DELCHEF (Bruxelas). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Ano XXX. N.º 3. Março de 1928.

Em consequência de uma vertigem de Ménière o doente do A. deu uma queda, da qual não se pôde levantar. O diagnóstico da rutura do tendão do quadricípede junto ao bôrdo superior da rótula foi feito imediatamente. O diagnóstico foi baseado na existência duma depressão em machadada e na supressão da extensão da perna. Quando no dia seguinte o A. foi chamado para ver o doente, a machadada desaparecera em parte, preenchida pela exsudação e era possível um movimento de extensão, o que fêz julgar que a rutura do tendão não tinha sido completa. A extensão, porém, não foi mais possível ou porque o doente no momento desta observação do A. rasgou as últimas fibras ou porque num esforço mais enérgico poude levar a perna com o auxílio das azas rotulianas.

Operação. Descoberta do tendão do quadricípede por uma incisão de concavidade superior. O tendão estava completamente dividido assim como a expansão quadricipital prerotuliana. Um pequeno fragmento da rótula, do tamanho dum grão de cevada, adere ao lábio superior do tendão. A sutura foi feita com cutgut grosso sôbre o tendão e a expansão e segundo a técnica de Truka. Além disso faz-se uma sutura contínua superficial sôbre a aponevrose da bôlsa prerotuliana; sutura da pele sem drenagem e imobilização num gêsso.

Alguns dias depois, uma ligeira reacção térmica e a dor local obrigam a abrir uma janela no gêsso. Exsudado articular, líquido citrino evacuado por punção. Ligeira infiltração da pele e um pouco de vermelhidão, devida a infecção dum ponto de cutgut.

Drenagem do espaço sub-cutâneo por molhos de crinas, depois por um dreno, e desapareição da reacção inflamatória. Imobilização durante seis semanas; permissão então de andar, joelho mantido por tala de cartão. Um tempo depois, pela parte média da ferida, ainda não obturada, eliminam-se dois fragmentos de tendão ou de expansão quadricipital, e um sequestróito, do que se tinha visto na ocasião da operação.

A-pesar duma notável amiotrofia, a extensão ficou possível e a imobilização, a-pesar da idade do doente (70), não tornou a articulação rígida. A flexão não atinge, porém, o ângulo recto. A sêde da rutura é extremamente rara. Habitualmente, com efeito, são a rótula ou o ligamento rotuliano quem

cede, e pessoalmente, nunca o A. observou nem viu descrito o rasgamento da inserção quadricipital na rótula. Isto justifica a apresentação do caso.

MENESES.

Um alimento substituindo o «babeurre» no tratamento das perturbações digestivas da infância, por KENNETH H. SALLERMANN. — *Arch. of Diseases in Childhood*. Vol. II. N.º 9. Junho de 1927. Págs. 160-165.

No tratamento das perturbações digestivas da infância, especialmente nas gastro-enterites agudas, os leites ácidos teem sido empregados com successo; o «babeurre», por exemplo, é usado em tôda a parte. Actualmente, porém, as misturas de «babeurre» e de proteína, o leite albuminoso de Finckelstein, tornaram-se de uso quasi constante.

Não se sabe bem a razão dos bons efeitos obtidos. O A. supõe que se deva ligar uma grande importância à percentagem da mistura e propõe o uso dum leite coagulado, sêco e acidificado.

Junta ácido láctico na proporção de 0,7 por 100 à água que vai servir para dissolver o pó de leite. Põe a ferver, e depois é que mistura directamente com o pó de leite. Agita a mistura. Há uns pequenos coágulos que passam facilmente no orifício da tetina. A composição e percentagem desta mistura diferem pouco da do «babeurre» e convém ao tratamento das perturbações digestivas.

É recomendável em todos os casos em que o «babeurre» está indicado.

MENESES.

Distrofias máxilo-faciais. (*Les dystrophies*, etc.), por G. MEYER e NICOLLE. — *Revue Française de Pédiatrie*. Julho de 1927.

Esta classe de distrofias produz, segundo os AA., uma atrepsia maxilar com véu do paladar ogival e deformidades do rebôrdo alveolar com má implantação dentária. Determinam por vezes perturbações das funções faríngeas, sendo a mais notável a estenose respiratória alta por obstrução nasal que as vegetações adenóides completam. Estas distrofias podem apresentar-se isoladas ou acompanhar-se de raquitismo ósseo ou de deformidades múltiplas.

As distrofias máxilo-faciais são aparentes desde o terceiro ano.

A patogenia das distrofias é obscura.

Não se atribue um papel primordial às circunstâncias extrínsecas, tais como a oclusão adenóide do nariz, etc., o raquitismo é quasi sempre a causa e é a predominante.

A única etiologia que se encontra com certa freqüência na história destes indivíduos é a sífilis, que se pode verificar em três quintos dos casos. O tratamento é complexo.

É preciso occuparmos-nos dos distróficos, não só pelas alterações que, debaixo do ponto de vista estético, as deformidades provocam, como também

pelas perturbações respiratórias e gerais que podem determinar e a que os doentes não se acomodam. Precisam de intervenções sobre a cavidade bucal, as vegetações adenóides, cornetos, etc.

Tratar-se há o raquitismo com as suas perturbações glandulares, e nunca se esquecerá o tratamento antisifilítico.

MENESES.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas :

International Radiotherapie. Vol. II — 1926-1927. Fundado e publicado por DR. J. WETTERER. Edição de L. C. WITTICH, Darmstadt.

No nosso número de Abril do ano passado fizemos referência ao vol. I desta grande obra publicada pelo ilustre radiologista de Mannheim, Dr. Wetterer, e nêle indicámos a vantagem da sua aquisição, não só para os clínicos que se especializaram em electro, roentgen, curie ou helioterápia, mas para todos os médicos em geral. Com efeito, nessa obra encontram os médicos, com grande desenvolvimento, tudo quanto respeita às indicações, à técnica e aos resultados da terapêutica pelos agentes físicos. Organizada com um método admirável, a sua consulta é facilitada por meio de índices dispostos com inteligência. A coleção de todos os volumes da *Internationale Radiotherapie* permitirá constituir uma biblioteca completa, em que estão resumidos todos os trabalhos mundiais, dispersos por centenas de jornais e revistas de todos países, sobre êste ramo cada vez mais importante da terapêutica.

É com grande prazer, portanto, que registamos hoje a publicação do Vol. II, melhorado, mais completo, com uma esplêndida documentação baseada sobre resumos mais minuciosos, a maior parte dos quais tão completos que dispensam a leitura do original.

Êstes resumos constituem a 1.^a parte do volume e estão distribuídos em 12 grandes capítulos, que preenchem mais de dois terços do livro (758 páginas). Nêles se exgota tudo quanto se publicou de 1926-1927 sobre a acção terapêutica dos agentes físicos em todos os ramos da medicina; neles pode encontrar o clínico geral e o especialista tudo quanto se refere à actinoterápia, à electroterápia, à hidroterápia applicadas à ginecologia, dermatologia, cancerologia, medicina interna, estomatologia, oto-rino-laringologia, oftalmologia.

Na 2.^a parte reuniu o Dr. Wetterer 22 artigos originaes, escritos a seu

convite e expressamente para êste volume, pelos seus colaboradores de todos os países. A citação dos seus títulos é suficiente para se poder avaliar da importância científica do Vol. II da *Internationale Radiotherapie*, devendo notar-se que alguns dos trabalhos são assinados pelos melhores radioterapeutas mundiais, de todos bem conhecidos :

- 1.º — Os aparelhos de Roentgen na radioterapia internacional dos anos 1924-1927, por BREZINGER, Francforte s/n.
- 2.º — A medição da dose de Roentgen na América nos anos 1926-1927, por ERSKINE, Cedar Rapids.
- 3.º — A questão da unidade de doseamento de Roentgen «R» em terapia, por JAGER, Berlim.
- 4.º — Progressos realizados na concepção e no emprêgo dos aparelhos de aferição, por KUESTUER, Gottingen.
- 5.º — Estudo comparativo entre a unidade R francesa e a unidade R alemã, por SOLOMON, Paris.
- 6.º — História do desenvolvimento da curieterapia desde o seu início até junho de 1927, por DEGRAIS, Paris.
- 7.º — O desenvolvimento da roentgen e curieterapia em França nos anos de 1924 até 1927 inclusivé, por COLIEZ, Paris.
- 8.º — O desenvolvimento do método de Ghilarducci nos últimos anos, por ATTILJ, Roma.
- 9.º — A roentgenterapia dos câncros ulcerados da pele pelo método de Ghilarducci, por GUARINI, Nápoles.
- 10.º — Regulamentação e fiscalização da radioterapia do câncro, por PERUSIA, Milão.
- 11.º — Contribuição para a biologia da roentgenterapia, por Kovács, Széged.
- 12.º — Estado actual da roentgenterapia profilática do câncro do seio, por BÉNAUD GUEDES, Lisboa.
- 13.º — A roentgenterapia dos neoplasmas intracranianos, por ALBERTI, Belgrado.
- 14.º — Novos conhecimentos sôbre a radioterapia nas doenças da circulação, por WEISS, Berlim.
- 15.º — Sôbre a roentgenterapia das doenças leucémicas, por BARDACHZI, Aussig.
- 16.º — Exploração física do funcionamento das cápsulas supra-renais e da tiroideia, por FRANCO, Nápoles.
- 17.º — A roentgenterapia em urologia, por WETTERER, Mannheim.
- 18.º — A radioterapia em oftalmologia, por HOFFMANN, Königsberg.
- 19.º — A helioterapia em ginecologia, por GUTHMANN, Francforte.
- 20.º — O tratamento do carcinoma da laringe, por LEDOUX e SLUYS, Bruxelas.
- 21.º — As radionecroses, por LACHAPÉLE, Bordéus.
- 22.º — O desenvolvimento da roentgenterapia desde o início da era de Roentgen até à fundação da «Internationale Radiotherapie», por WETTERER, Mannheim.

A 3.ª parte é preenchida por W. Laham, que trata com grande desenvolvimento de «A radioterapia em ginecologia». Em mais de 50 páginas de texto,

Laham refere, resumidamente, mas de um modo claro e sistemático, tudo quanto diz respeito à radioterapia superficial e profunda das doenças ginecológicas e cita, a propósito de cada lesão, o modo de acção das radiações, a técnica e os resultados.

B. G.

Arquivo de Patologia. Publicado por F. GENTIL. — Vol II Fascículo I. Lisboa, 1928.

Esta importante colectânea de trabalhos do serviço da Cadeira de Patologia e Terapêutica cirúrgicas, da Faculdade de Medicina de Lisboa, reúne os seguintes artigos:

- 1.º — Ressecção da tibia e enxerto pediculado do peróneo. Observação vinte anos depois da intervenção, por FRANCISCO GENTIL.
- 2.º — O valor da biopsia e do exame histológico no diagnóstico das neoplasias, por HENRIQUE PARREIRA.
- 3.º — O cancro experimental e as modernas idéas sobre a etiologia e a patogénia das neoplasias malignas, par LUÍS SIMÕES RAPOSO.
- 4.º — Sobre roentgenterapia do cancro da mama. Técnica; resultados, por FRANCISCO GENTIL e BÉNARD GUEDES.
- 5.º — A amputação da mama por carcinoma, técnica operatória, por FRANCISCO GENTIL.
- 6.º — Cancro do ovário direito do tipo «seminoma» numa mulher com infantilismo dos órgãos genitais, por H. PARREIRA e MÁRIO DA GRAÇA SILVA.
- 7.º — Sobre plastia dos lábios. Notas de técnica operatória (continuação), por ANTÓNIO MARTINS.

O título dos trabalhos e o nome das pessoas que os subscrevem garantem o seu valor.

Parabens ao organizador dêste Arquivo pela contribuição que, desta sorte, vem trazer à literatura médica nacional.

Recueil des travaux de clinique et de laboratoire. Publiés par LOPO DE CARVALHO, VASCO DE LACERDA et FERREIRA DE MIRA, Filho. Vol. I. Hospital de Santa Marta. Lisbonne.

Reünem-se neste volume 17 trabalhos, cujos títulos já foram publicados noutra secção do n.º 5 desta Revista, e que constituem as publicações feitas durante o ano lectivo de 1927-1928 na Cadeira de Clínica Propedêutica. da Universidade de Lisboa. Este volume, agora publicado, atesta o muito que se trabalha nesta clínica, sem dúvida das clínicas portuguesas que mais contribuem para o progresso da ciência médica.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A citoarquitectura cerebral de Lenine

Oscar Vogt, director do *Kayser Wilhelm Institut für Hirnforschung*, de Berlim, e uma das maiores autoridades na anatomia do encéfalo, começou a estudar a citoarquitectura do cérebro de Lenine. A carta cerebral de Lenine, agrupando as diferentes áreas que já hoje se conseguiram individualizar, demanda um trabalho aturado de alguns anos. Do seu cérebro executaram-se 31.000 cortes seriados.

Embora no começo da tarefa, Vogt tornou públicos, numa conferência realizada em Moscou, os primeiros resultados do seu estudo. O facto mais interessante refere-se ao tipo das células piramidais da terceira camada. No cérebro de Lenine estas células tem maior desenvolvimento do que no individuo normal e possuem prolongamentos superiores aos dos outros cérebros estudados.

Vogt dá um carácter provisório às suas primeiras conclusões, mas afirma, entretanto, que o grande desenvolvimento das células piramidais da terceira camada pode explicar *«uma maior intensidade da actividade geral dos diversos campos cerebrais, e portanto, uma grande riqueza da vida mental de Lenine»*.

A imaginação exuberante do politico dos Soviets, o seu excepcional poder criador, a sua alta capacidade de se orientar nos problemas os mais complexos e os mais variados, a extraordinária intuição, enfim, do revolucionário russo teriam a sua justificação na riqueza celular da terceira camada.

Estas conclusões são uma consequência do escopo central da doutrina de Vogt, segundo a qual o desenvolvimento do sistema nervoso segue na escala filogenética uma evolução progressiva que atinge o máximo no homem. As células piramidais aparecem mais desenvolvidas no homem do que nos outros mamíferos. As vias associativas que nelas se produzem explicariam *«a rapidez de conceber o pensamento»* de Lenine.

As conclusões de Vogt despertaram discussões violentas, mormente na Alemanha, entre os materialistas e os espiritualistas.

As palavras ditas pelo génio de Virchow, a despeito da autoridade anatómica e fisiológica de Vogt, devem ser recordadas desta feita: o mecanismo do pensamento não pode *sic et simpliciter* residir num simples extracto de elementos nervosos.

Todavia, o grande problema da determinação do *substractum* anatómico da vida psíquica aviva-se com o estudo do cérebro de Lenine. Procura-se determinar uma possível correlação entre os diferentes tipos da vida psíquica e as modificações anatómicas encontradas nos respectivos cérebros.

Sabe-se como resultaram desfeitos de valor os estudos da determinação



da capacidade intelectual pelo pêso do cérebro, primeiro, e mais tarde pelo exame meramente morfológico do encéfalo. O estudo da citoarquitettura cerebral promete, alfim, a *possibilidade* de destrinçar diferenças individuais entre o tipo anatómico e o psicológico, depois de ter estabelecido muitas relações anátomo-fisiológicas.

¿Será possível, pelo estudo da citoarquitettura do cérebro de Lenine e noutros cérebros de homens eminentes — principalmente nos que foram dotados de formas de inteligência unilaterais — determinar-se a fina localização anatómica da vida do espirito?

Seja como fôr, de mistura com o scepticismo que opõem a essas conclusões os mais altos espiritos da psicologia e da filosofia moderna, os estudos de Vogt no cérebro de Lenine despertaram entre os materialistas e os espiritua-tistas as mesmas discussões violentas que deram pasto aos últimos anos do século passado.

E esta é a notícia que desejamos dar, esperando os resultados finais de Vogt acerca do cérebro de Lenine.

EDUARDO COELHO.

Conferência internacional do Câncro

A 16 do mês passado foi inaugurada em Londres a Conferência Interna-cional do Câncro. Participaram mais de 300 delegados, representantes de 25 países. Portugal fêz-se representar pelo Prof. Athias.

A conferência dividiu-se em seis secções: Patologia, Medicina, Radiolo-gia, Diagnóstico, Cirurgia, Estatística e Higiene pública, presididas respec-tivamente pelo professor Lazarus Barlow, Sir W. H. Wite, professor Russ, Sir Thomas Horder, Sir Charles Gordon Wastson e Treemantle.

Duas comunicações relativas à etiologia do câncro produziram uma grande impressão em Londres: a de James B. Murphy, segundo a qual são os elementos químicos do organismo, e não os agentes vivos, que produzem os tumores; a de Borrel, para quem os parasitas são sempre a determinante das afecções cancerosas.

De uma maneira geral foi aceita a opinião de que os tumores malignos são devidos a agentes irriantes (raios X, produtos químicos, parasitas, trau-matismos, lesões mecânicas, etc.), cuja acção prolongada enfraquece a célula, dispondo-a para a cancerização. A divergência manteve-se quanto à natureza exacta do mecanismo cancerizante.

Congresso internacional de Fisiologia

Realizar-se há em Boston, na Escola de Medicina da Universidade de Harvard, durante os dias 19 a 23 de Agosto de 1929. Presidirá o Professor

W. H. Howell, da Universidade de John Hopkins, Baltimore. O *comité* organizador é formado pelos professores B. Cannon, Alexandre Forbes, E. J. Cohn e A. C. Redfield.

*
* *
*

Aumento de ordenado aos professores da Universidade do Yale

A titulo de curiosidade reproduzimos a noticia dos ordenados *mínimos* que o conselho administrativo da Universidade de Yale (New Haven) estipulou aos professores. Para os titulares tem de ter superiores a 6.000 dólares. Aos agregados e assistentes aumenta-lhes de 500 a cada.

*
* *
*

Faculdades de Medicina

De Lisboa

O Conselho escolar desta Faculdade propôs para o cargo de Director da sua Biblioteca o sr. professor Dr. Henrique Jardim de Vilhena, que havia sido votado por unanimidade.

— O mesmo Conselho propôs ao Conselho Superior de Instrução a conservação, no exercício do magistério, do sr. professor Ricardo Jorge, o qual por ter atingido o limite da idade devia ser presente à Junta Médica do Ministério das Finanças.

*
* *
*

Sociedade de Ciências Médicas

Sessão de 31 de Julho:

Pelo sr. professor Moreira Júnior foi apresentada uma proposta de alguns sócios para ser elevado à categoria de sócio benemérito o sr. dr. Augusto da Silva Carvalho; o sr. professor Sabino Coelho propôs que se consagrasse uma sessão à comemoração do tri-centenário de Harvey; o sr. professor Aires Kopke relatou os trabalhos da missão médica que chefiou, nos territórios da Companhia do Niassa, para estudar a doença do sono.

Foram eleitos:

Mesa: presidente, dr. Silva Carvalho; vice-presidente, dr. Adriano Pessa; 1.º secretário, dr. Freitas Simões; 2.º secretário, dr. Mário Carmona; vice-secretários, drs. D. Pedro da Cunha e Vítor Fontes; tesoureiro, dr. Henrique Parreira; bibliotecário, dr. Costa Sacadura.

Comissão de admissão: drs. Salazar de Sousa, Moreira e Costa Sacadura.



Comissão de redacção: drs. Celestino da Costa, Costa Sacadura, Henrique Parreira, Joaquim Fontes e Simões Raposo.

Comissão de Medicina Legal: drs. Bettencourt Raposo, Azevedo Neves e Cardoso Pereira.

Comissão de higiene: drs. Belo Morais, Nicolau Bettencourt e António Pina.

*
* *
*

Editais de concursos

Por decreto publicado pelo Ministério da Instrução, os editais de concurso para o provimento dos diferentes lugares universitários, devem ser feitos em separado, por categorias ou grupos, com as respectivas condições estabelecidas na lei, afixados em lugar bem visível nas reitorias e nos estabelecimentos de ensino a que pertencem, devendo a publicação no «Diário do Governo» ser feita por extracto do respectivo edital.

Quando o júri tiver que ser constituído com professores das outras Faculdades ou Escolas Universitárias congéneres, por não haver na mesma Universidade professores em número suficiente para servirem de argüentes, a proposta de constituição do júri deve ser feita em seguida à terminação do prazo indicado no edital do concurso, logo que tenham sido examinados os documentos dos candidatos.

*
* *
*

Concursos

Está aberto concurso para provimento do lugar de naturalista do Museu de Bocage, anexo à Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.

*
* *
*

Dr. Carlos França

Foi colocada uma lápide comemorativa da memória do falecido dr. Carlos França, na casa que foi sua residência em Colares.

*
* *
*

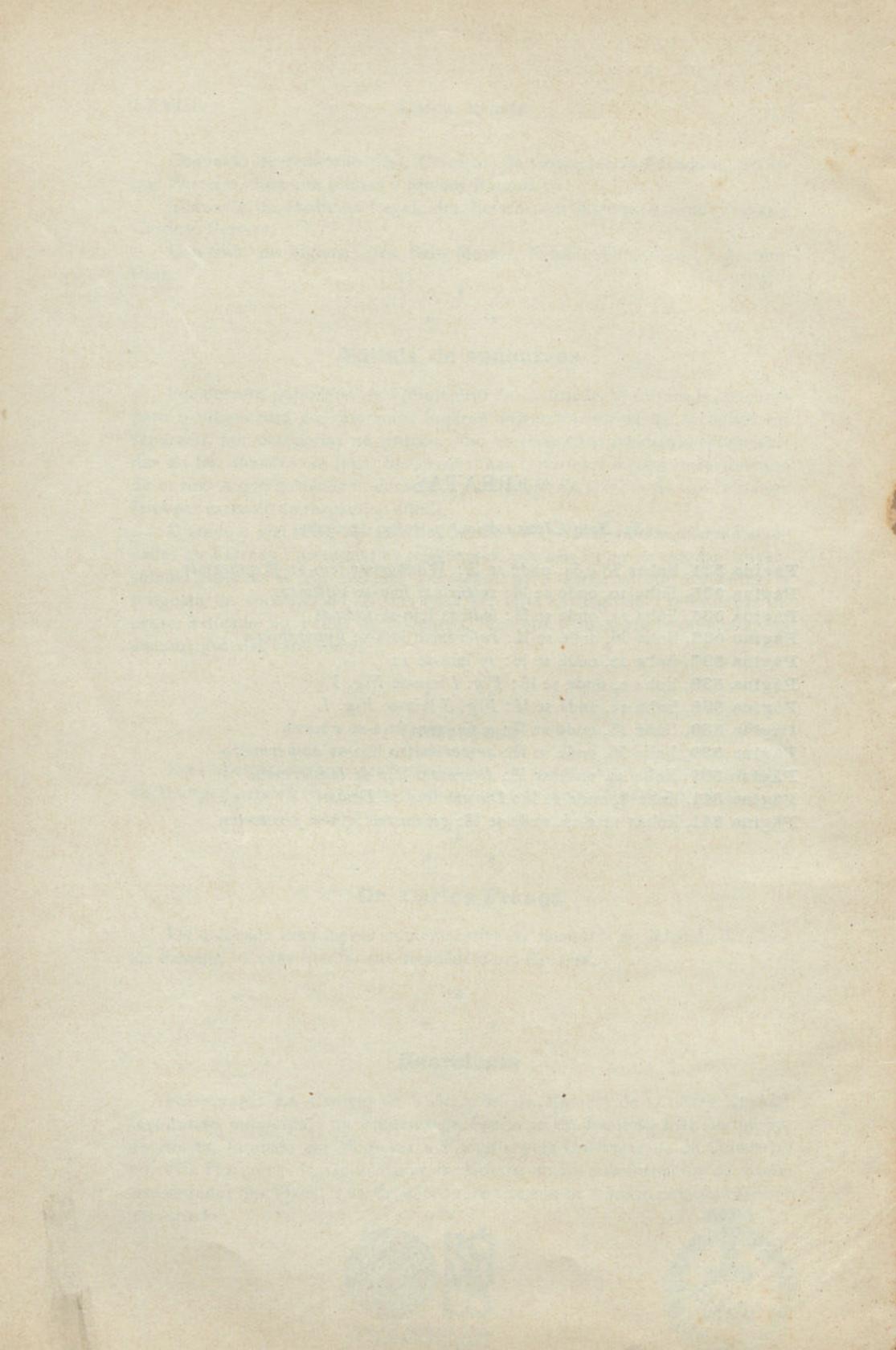
Necrologia

Faleceram: em Castelo de Vide, o sr. dr. Aniceto de Oliveira Xavier, facultativo municipal; na Figueira da Foz, o sr. dr. Joaquim José Cerqueira da Rocha, formado em Medicina e Filosofia pela Universidade de Coimbra; em Vila Flor, o sr. dr. Guilhermino de Morais, antigo sub-inspector de saúde aposentado; em Vizeu, o sr. dr. Alexandre Correia de Lemos, coronel-médico reformado.

ERRATAS

da *Nota Clínica* do n.º 7 (julho de 1928).

- Página 534, linhas 30 e 31, onde se lê: *Winthervitz* leia-se *Winthernitz*
Página 535, linha 10, onde se lê: *sulfúricas* leia-se *sulfúreas*
Página 535, linha 11, onde se lê: *iódicas* leia-se *sódicas*
Página 536, linha 36, onde se lê: *referência* leia-se *hyperémia*
Página 537, linha 22, onde se lê: 17 leia-se 12
Página 539, linha 2, onde se lê: *Fig. 1* leia-se *Fig. 3*
Página 539, linha 21, onde se lê: *Fig. 3* leia-se *Fig. 1*
Página 539, linha 33, onde se lê: *e do sacro* leia-se *e sacro*
Página 539, linha 36, onde se lê: *amperímetro* leia-se *ampémetro*
Página 539, linha 44, onde se lê: *diferentes* leia-se *indiferentes*
Página 541, linha 8, onde se lê: *Duware* leia-se *Dewar*
Página 541, linhas 12 e 15, onde se lê: *perímetro* leia-se *pirómetro*





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

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



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON — SINCOPEs CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



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

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves & C.^o*
(Irmãos) pelos productos "Wander".

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Vitor Ribeiro

A. Almeida D.

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.

ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas conseqüências;

CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.

MALTOSAN, sopa de malte
Keller;

NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^a (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala

Est.

Tab

N.^o