

Ano VIII

N.º 4

Abril 1931



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA DA PALMA, 240 - 2

LISBOA

Sala 9

Est. 9

Tab. 1

N.º 100

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso considerável, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidêz permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade. E' absolutamente insensível ás marcas de fricção

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos:

Películas radiográficas rápidas.

Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

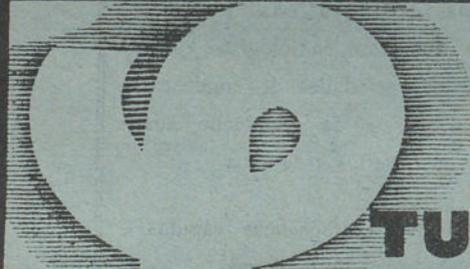
OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

N.º 1748
3 Julho 1932

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA



A BASE BIOLÓGICA
DA RESISTÊNCIA ÀS

TUBERCULOSES

Biocholine

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

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

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

PREPARAÇÃO FEITA SOB A VIGILANCIA FISIOLÓGICA E CLÍNICA DOS AUTORES

Laboratórios ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (15^e)

A FREGATE, PARIS

Agente em Portugal: A. G. ALVAN — R. da Madalena, 66, 2.^o — LISBOA

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROT

Capsulas contendo a totalidade
dos principios activos
extrahidos

do **BUGCHU**

**ANTISEPTICO URINARIO
ANALGESICO — DIURETICO**

Novo Remedio receitado
pelas autoridades medicas.

Experimentado com o maior exito em
Paris nos celebres
Hospitales Saint-Louis e Saint-Lazare.

Esgotta o *corrimento* dentro de
alguns dias.

Faz desaparecer em poucas horas
as *dóres agudas da micção*.

Aclara as urinas.

*Blennorrhagia, Uretrite chronica, Cystite,
Prostatite, Rheumatismo blennorrhagico.*

Efficacissima contra as Colicas nephriticas.

DÓSE : 9 capsulas por dia.

Laboratorios Doutor H. FERRE.

Doutor em Medicina, Pharmaceuticos de 1ª classe.
6, Rue Dombasle, Paris.

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

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

a 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

○ preferido por todos
que o conhecem.

Sempre fiel, não admittendo erros na marcação dos graus de febre.

Precisão absoluta.

São fabricados com o melhor cristal inglês na fábrica de Barnsbury, de Londres, sob a fiscalização científica dos seus proprietários

Negretti & Zambra

Vendem todas as farmácias do País

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



Em
 ENDOMETRITES
 VULVITES
 CISTITES
 OVARITES



Antiphlogistino

É DE UMA UTILIDADE ESPECIAL, PORQUE COM AS SUAS NOTÁVEIS PROPRIEDADES HIDROSCÓPICAS OCASIONA UMA TRANSUDAÇÃO ABUNDANTE E SEROSA

A ANTIPHLOGISTINA que uma descongestão rápida é de capital importância.

A ANTIPHLOGISTINA é antiseptica, não irrita e em virtude do seu poder termognico póde ser considerada como o melhor preparado similar que produz e mantém o maximo do calor durante mais tempo.

SERÃO ENVIADOS A TODOS OS MÉDICOS QUE O DESEJAREM OS NOSSOS FOLHETOS "GRAVIDEZ — SEUS SINAES E COMPLICAÇÕES".

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

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S. Cais do Sodrê, 8

LISBOA

Salvitae

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalisação.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.



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

Agentes em Portugal:

Simenez - Salinas & C.ª

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Magnésio-Perhydrol

Merck

Antiácido, Antifermentativo, Laxante suave.

Ha muitos anos o remédio soberano contra a hipercloridria, fermentações gástro-entéricas e obstipação crônica: segundo as teorias do Prof. Delbet, de Paris, — desdobramento prolongado de cloreto de magnésio no suco gástrico — é um preventivo de valor contra as úlceras gástro-entéricas e cancros

Magnésio-Perhydrol a 25% — substância

Embalagens de 25, 50, 100 e 250 gr

Magnésio-Perhydrol em comprimidos a 0,5 gr

Tubos de 20, frascos de 5 e 100 comprimidos

Carvão granulado

"Merck"

O valioso absorvente gástro-intestinal.

Indispensável na clínica e farmácias caseiras para as

Intoxicações gástro-entéricas

(por alimentos — carne, conservas, peixe, etc. — ou venenos químicos)

e

Diarreias em adultos e crianças.

O Carvão granulado "Merck" é absolutamente inócuo e pode ser dado, sem qualquer receio não só a crianças pequenas, como inclusivamente a lactantes.

Carvão medicinal "Merck" em pó

Caixas de 25, 50 e 100 gr

Carvão granulado "Merck"

Caixas de 25 e 100 gr

E. MERCK DARMSTADT



Pecam amostras e literatura a
E. MERCK-DARMSTADT
Secção Científica Lisboa
Rua dos Douradores, 7 LISBOA

Representantes:
ESTABELECIMENTOS HEROLD Lda.
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

ANEMIA PERNICIOSA
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA
 ANEMIA LÜETICA
 ANEMIA GRAVIDICA
 ANEMIA DAS CREAMÇAS

Eficaz na
 DOENÇA DE BANTI e na
 CAQUEXIA CANCEROSA

A. B. ASTRA

SÖDERTÄLJE
 Suécia.

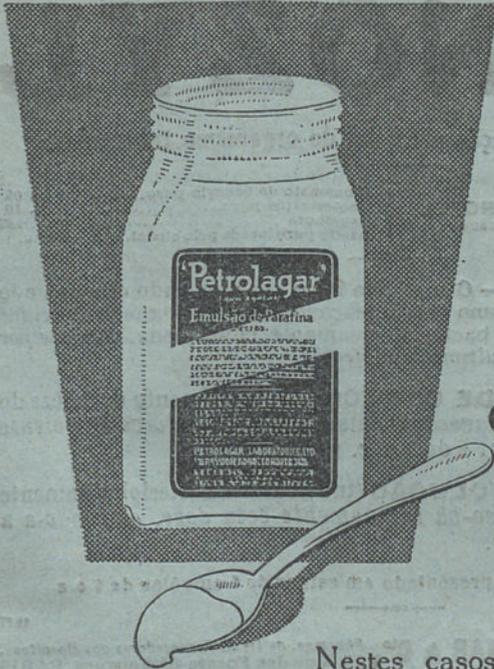
PREPARAÇÃO de EXTRACTO de
 FIGADO

VINHO: 1 colher das sopa = 50 gr.
 de Fígado cru.

COMPRIMIDOS: — concentrados —
 assucarados: 1 comprimido = 25 gr.
 de Fígado cru.

EXTRACTO: 1 colher das de chá = 50
 gr. de Fígado cru.

HEPATOTAL



**PARA A
PRISÃO
DE VENTRE
ESPASMÓDICA
OU ATÓNICA**

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

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

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

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

Escreva ao Representante em Portugal.

RAUL GAMA,
Rua dos Douradores, 31.
LISBOA.

'Petrolagar'
(Marca Registada)

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada:

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES.— O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl é de 5 c. c. (uma empôla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculosas bacteriologicamente confirmadas) dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

1877

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o Pharmas. de 1^o cl. Fornecedoros dos Hospitais,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

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.

acçãopurezainalterabilidade absolutas

eis as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA**para a DIABETES**

registada

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

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

Representantes exclusivos d'este produto:

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

Agente no PORTO

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

allenburysalimentos de confiança para o bebé tomare para o médico receitarVITAMINADOSAFAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOSGARANTIDOS

n.º 1 — recém-nascidos
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses
n.º 3 — depois dos 6 e adultos
BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES:

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

Tele | F. 2 1476
G. DELTA

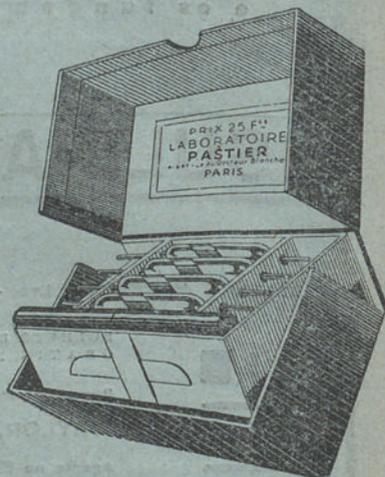
2 novidades em vacinoterapia

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

colitique

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

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



1) Outras formas: Injectavel e filtrado para applicações locais

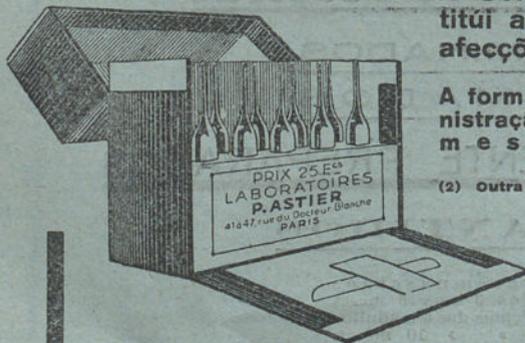
stalysine

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

A STALYSINE injectavel constitui a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - R. da Palma, 240-246 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Épidémies nautiques de malaria à forme typhoïdique, pouvant faire suspecter la fièvre jaune</i> , par Ricardo Jorge.....	pág.	173
<i>Quistos hidáticos, equinococose hidática, hidatidose</i> , por Prof. Custódio Cabeça e Dr. Bernardo Vilar.....	»	185
<i>Síndromas pluri-glandulares</i> , por Mário Rosa e Diogo Furtado....	»	212
Notas clínicas		
<i>A influência do sistema vegetativo sobre a pressão sanguínea e a patologia da hipertensão</i> , pelo Dr. E. Leschke.....	»	222
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	229
<i>Notícias & Informações</i>	»	XXIII

ÉPIDÉMIES NAUTIQUES DE MALARIA À FORME TYPHOÏDIQUE, POUVANT FAIRE SUSPECTER LA FIÈVRE JAUNE

(NOTE COMMUNIQUÉE A L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE)

PAR

RICARDO JORGE

De véritables épidémies navales de paludisme, atteignant parfois plus de la moitié de l'équipage, ont été décelées dernièrement (septembre à novembre 1930) dans la rade de Lisbonne, sur des cargoboats provenant des ports de la côte occidentale africaine (Sénégal, Gambie, Guinée). La répétition si frappante de ces faits prouve d'abord que ces ports africains sont des foyers malariques où peuvent s'infecter les équipages qui les abordent, déclanchant chez eux des épidémies plus ou moins intenses. Ces poussées redoublent d'importance à cause de la forme anormale et atypique que l'épidémie nautique peut revêtir, voilant sa véritable nature paludéenne et soulevant des difficultés et des mécomptes quant à son diagnostic.

La forme typhoïdique est une de ces modalités, parfois si accusée qu'au simple examen clinique à l'arrivée le diagnostic de fièvre typhoïde ou paratyphoïde s'est imposé. Mais l'aspect nosographique peut se compliquer jusqu'à éveiller la suspicion de fièvre jaune, suggérée par la provenance de régions amarilliques et par l'existence de cas graves rapidement mortels avec de l'ictère généralisé et des lésions viscérales constatées à l'autopsie.

Soit au point de vue de l'épidémiologie comparée, soit au



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

point de vue de la prophylaxie internationale, il nous semble s'attacher un intérêt réel à l'enregistrement de cette actualité de la chronique sanitaire navale.

I — L'ÉPIDÉMIE DU VAPEUR «ERNST BROCKELMANN»

Le cargo-boat allemand *Ernst Brockelmann* arrive le 27 septembre 1930 à Lisbonne. Le médecin sanitaire du port, qui fait la visite à 8 heures du matin, trouve à bord pas moins de 10 malades : le 2^{ème} pilote, le 3^{ème} machiniste, 3 chauffeurs et 5 matelots, presque la moitié de l'équipage, qui compte 21 hommes.

Le bateau revient du Sénégal, où il a touché à trois ports — Dakar, Rufisque et Kaolak — séjournant dans le premier 1 jour, dans le deuxième 5 et dans le troisième 4. À Dakar et à Rufisque le bateau mouilla au large et aucun marin n'est débarqué, tandis qu'à Kaolak il accosta et l'équipage eut le loisir de se promener à terre. Voici les dates de cet itinéraire : arrivée à Dakar le 7, départ le 8 ; arrivée à Kaolak le 8, départ le 13 ; arrivée à Rufisque le 14, départ le 18, en direction du nord de l'Europe.

Au 4^{ème} jour de voyage, le 22, deux hommes tombent malades ; le 23 quatre autres ; le 24 trois ; le 25 un : en tout une dizaine. L'invasion a les mêmes caractères chez tous les atteints. Début un peu brusque avec céphalalgie violente et fièvre élevée, montant presque d'emblée à 40°. Quelques uns des malades ont eu de la diarrhée, des douleurs abdominales, et l'un une épistaxis abondante.

A l'arrivée, ils offrent en bloc la symptomatologie suivante : fièvre, céphalalgie, langue saburrale, ventre douloureux à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite ; bradycardie par rapport à la température ; point de taches rosées ; prostration accentuée. Trois au moins sont dans un état grave — langue sèche, ventre rétracté, délire.

Les dix malades ont été débarqués le jour même, le 27 septembre, et internés à l'hôpital d'isolement. Le 1^{er} octobre, l'un d'eux décède ; deux suivent le 2, et un quatrième le 3. Les autres s'améliorèrent et sortirent guéris le 14 octobre.

Le bateau poursuit sa route le 27 même, mais de nouveaux cas se déclarant à bord, il a dû encore débarquer un malade à

Dunkerque le 30 octobre et deux ensuite à Amsterdam; tous les trois se sont rétablis (1).

Donc, sur un équipage de 21 hommes, 13 ont été atteints — une morbidité (*attack-rate*) de 62 0/0. Quatre décèdent, c'est-à-dire, une léthalité (*death-rate*) de 30 0/0.

Quelle est la nature de cette épidémie si diffuse et si grave? Voici les étapes des diagnostics portés successivement et leurs caractéristiques différentielles.

A) — *Fièvre typhoïde ou paratyphoïde.*

Ce fut l'étiquette posée cliniquement par le médecin sanitaire du port (Dr. Maia Saturnino). En effet, en groupant les symptômes constatés, il obtenait ce syndrome: fièvre haute, céphalalgie, épistaxis, langue saburrale, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, gargouillement dans la fosse iliaque droite, pouls lent, état typhique. Ce tableau était saisissant, tellement qu'à Amsterdam, à première vue, chez les deux malades qui y sont débarqués souffrant de fièvre, vomissements et diarrhée, on a soupçonné aussi la fièvre typhoïde (2).

Pour trancher s'il s'agissait du vrai typhus abdominal ou d'un paratyphus, les simples moyens cliniques ne sont pas suffisants. On a songé cependant au paratyphus B, invoquant l'étiologie *ab ingesta* — une infection possible d'origine alimentaire à bord.

Les recherches bactériologiques n'ont pas confirmé l'hypothèse d'une infection éberthienne ou para-éberthienne. Les essais de séro-agglutination avec les bacilles typhique et paratyphique B, à des dilutions de 1 : 100, 1 : 200 et 1 : 400 (méthode de Dreyer), ont donné des résultats négatifs (Dr. Luís Figueira).

(1) Les deux cas de Amsterdam ont été reconnus de nature malarique. A Dunkerque, d'après les renseignements officiels obtenus par l'Office International d'Hygiène, il semble que l'hypothèse du paludisme n'ait pas été envisagée. Néanmoins pour des raisons épidémiologiques et à cause de l'apparence typhoïdique primitive, je suis enclin à inclure le cas dans la série. On avait pensé aussi à la dysenterie, que le laboratoire n'a pas confirmée. La maladie a trainé longtemps, prenant une allure obscure, et l'on a porté le diagnostic «Abeès péritonéal probable, ouvert dans l'intestin et situé dans le voisinage du rectum».

(2) De même à Dunkerque où le médecin de l'hôpital a émis d'abord le diagnostic de «typhoïde probable».

Par conséquent, nous sommes devant une maladie qui, sans être aucunement de nature typhoïdique, prend les apparences du typhus abdominal, simulant par un singulier mimétisme son faciès nosographique si connu et si commun. Laquelle ?

B) — *Fièvre jaune.*

La présomption de la fièvre jaune prit corps, lorsque les quatre décès survinrent coup sur coup. L'un des décédés est devenu ictérique avant de mourir. On procède aux autopsies, dont le protocole est identique : aspect stéatosique du foie, des reins et du myocarde ; hypertrophie de la rate avec diffluence de la pulpe ; congestion méningo-encéphalique ; congestion et œdème pulmonaire ; gastrite et entérite folliculaire. À ajouter, l'ictère généralisé d'un des cadavres.

Dans cet ensemble lésionnel, l'apparence macroscopique de la polystéatose viscérale a fortement suscité au premier moment la suspicion de la fièvre jaune. C'était le diagnostic le plus grave, épidémiologiquement et prophylactiquement. En effet, ce bateau chargé de jaunes aurait apporté la preuve de la contamination d'un au moins des ports de provenance — dans le cas présent, Kaolak — et mis en danger d'infection le port de Lisbonne, puisque quelques malades à l'arrivée auraient encore été dans la période contagionnante. Ce n'était pas la première fois que la côte africaine nous aurait exporté des amarilliques ; en 1911 encore, un jauneux, infecté à Bolama (Guinée), venait décéder au lazaret de Lisbonne.

En recevant de la Direction Générale de la Santé la communication de l'apparition de ces cas suspects, au cours de la session d'octobre 1930 du Comité, je l'ai transmise immédiatement, comme il était dû, à nos collègues le Médecin-Général Inspecteur, le Dr. Boyé et l'Inspecteur Général du Service de Santé des Colonies, le Dr. Lasnet. Or, après le combat acharné dirigé par M. Lasnet, l'épidémie de Dakar était depuis longtemps éteinte ; l'état sanitaire de Dakar inspirait pleine confiance à M. Lasnet, mais pas au même degré celui des zones éloignées, telles que celle de Kaolak. Cependant, aucun cas de fièvre jaune n'avait été relevé au Sénégal, et la réponse immédiate à une dépêche envoyée d'urgence par l'Inspection du Service de Santé des Colonies a confirmé cet état indemne.

Contre le diagnostic d'infection amarillique plaidait le silence épidémique constaté au Sénégal et aussi l'atypie du syndrome, où la jaunisse n'était apparue que dans un seul cas. Mais nous savons aujourd'hui, d'une part, que l'assaut jaillit souvent de zones où l'infection, latente, se blottit, et, d'autre part, que la fièvre jaune

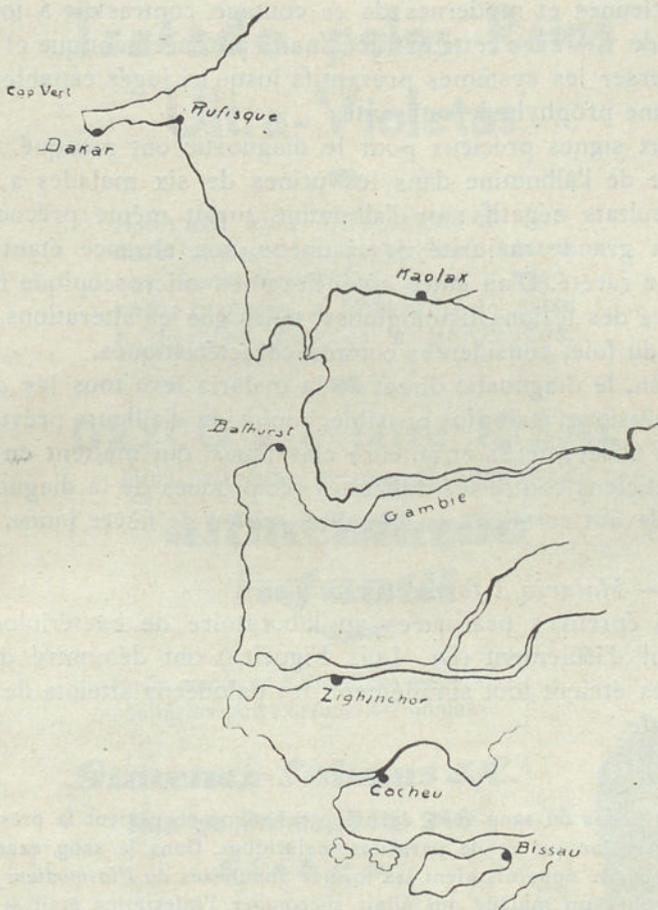


Fig. 1

se dissimule sous des apparences les plus trompeuses, cachant tous les traits qui pourraient servir d'indices pour la dépister. La suspicion donc, quoique invraisemblable, paraissait à la rigueur admissible. Cette possibilité était tout de même très étrange,

et au moment de rendre compte d'une telle hypothèse au Comité de l'Office (session d'octobre 1930), j'ai affirmé que les cas de l'*Ernst Brockelmann*, si ce diagnostic se confirmait, apporteraient un fait nouveau à l'épidémiologie amarillique et une page surajoutée à celles où s'inscrit l'histoire du fléau africo-américain. Tout ce que je connaissais — j'ai insisté sur ce point — des annales anciennes et modernes de ce contagé contrastait à tous les points de vue avec cette extraordinaire poussée nautique et venait bouleverser les systèmes preventifs jusqu'ici jugés capables d'assurer une prophylaxie suffisante.

Deux signes précieux pour le diagnostic ont manqué. La recherche de l'albumine dans les urines de six malades a donné des résultats négatifs; or l'albumine surgit même précocement chez la grande majorité des jaunes, son absence étant d'une extrême rareté. D'un autre côté, l'examen microscopique n'a pas retrouvé des lésions histologiques, telles que les altérations nécrotiques du foie, considérées comme caractéristiques.

Enfin, le diagnostic direct de la malaria leva tous les doutes. La confusion n'était plus possible, confusion d'ailleurs prévue déjà par les observateurs et auteurs classiques, qui mettent en garde les praticiens contre les difficultés réciproques de la diagnose clinique devant certains cas de paludisme ou de fièvre jaune.

C) — *Malaria à forme typhoïdique.*

Les épreuves pratiquées au laboratoire de bactériologie de l'hôpital d'isolement (Dr. Luís Figueira) ont démontré que les malades étaient tout simplement des paludéens atteints de *fièvre tropicale*.

Les frottis du sang et de la pulpe splénique accusaient la présence de pigment mélanique et de parasites malariques. Dans le sang examiné en goutte épaisse apparaissaient les formes annulaires du *Plasmodium falciparum* et, chez un malade qui allait succomber, l'infestation était si intense qu'à peu près 60 % des hématies étaient farcies d'hématozoaires, quelques unes avec des inclusions multiples. Dans les coupes du cerveau, du foie et du rein, on observait des capillaires engorgés de parasites et des masses pigmentaires. Chez les malades qui se sont rétablis, on trouvait de même dans les frottis ou dans les gouttes de sang épaisses les parasites de l'espèce *falciparum*. À Amsterdam le diagnostic du laboratoire a confirmé aussi la fièvre tropicale.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL
Especialmente preparado para a
alimentação
infantil

Pedir amostras e literatura aos -
positários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



TERAPEUTICA DA SIFILIS

OTRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SF
COM O



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA,,

Marques POULENC Frères
& Usines du RHONE
86, rue Vieille du Temple-PARIS (3.º)

C. FARINHA
Agente Geral para Portugal
Rua São Julião 61-2.º-LISBONNE

À l'Institut d'Anatomie Pathologique (Prof. Parreira) on a examiné les coupes du cerveau, du foie, de la rate et des reins :

Cerveau. — Dans les capillaires, la plupart des globules rouges sont parasités par le *falciparum* à divers stades d'évolution. Grande quantité de pigment. Foyers d'hémorragie punctiforme; prolifération névroglie autour des vaisseaux.

Foie. — Capillaires intralobulaires dilatés, cellules de Kupter tuméfiées, fortement chargées de pigment noir. Parasites de malaria. Cellules hépatiques tuméfiées, quelques unes avec des vacuoles, occupées par des gouttelettes de graisse, et granules de pigment brun, les uns de hémossidérine, les autres de lipofuchsine (Fig. 5).

Rate. — Dans les sinus et vaisseaux de la pulpe rouge, beaucoup de globules parasités de *falciparum*, grande quantité de pigment dans les cellules du tissu réticulo-endothélial. Hémorragies interstitielles diffuses.

Reins. — Glomérules de Malpighi sans lésions appréciables. Épithélium des canalicules en dégénérescence graisseuse et avec des granulations d'hémossidérine.

On était donc en face d'une véritable épidémie de paludisme. Les épidémiés avaient été contagionnés en masse, révélant une grande receptivité pour l'infection. Mais ce qui est le plus extraordinaire, c'est la forme trompeuse que la maladie avait revêtue. Dans la série des 13 malades, pas un n'étalait les traits saillants de la symptomatologie apparente et vulgaire de l'invasion palustre. Il est bien connu, depuis les auteurs classiques du 17^{ème} siècle, que la malaria est dotée au plus haut degré de la polymorphie; elle imite une série indéfinie d'espèces et variétés nosographiques. Tous ceux qui pratiquent dans les régions palustres ont fait la dure expérience des aberrations du grand Protée de la pathologie, s'étant vu forcés de ne pas se fier aux apparences et de rectifier leurs jugements. Ici cependant, les treize malades défilent avec la livrée extravagante de la fièvre typhoïde. Fait anormal et étrange, on se demande si des cas pareils ont été enregistrés.

Sir Aldo Castellani a appelé tout récemment l'attention sur cette simulation par la malaria de diverses et nombreuses maladies, et même de certaines affections chirurgicales (*Journal of Trop. Med.*, 1-XII-30). Dans cet intéressant cortège, les syndromes les plus hétéroclites se coudoient, bien étonnés de se trouver réunis — appendicite, péritonite, abcès du foie, dysenteries, choléra, troubles des systèmes nerveux, circulatoire et respiratoire, infections du sang, des reins, de la peau, etc. Dans le

groupe des maladies spécifiques, mention est faite du tétanos, de la rage, de la fièvre ondulante, de la maladie du sommeil, de l'ictère spirochétosique, et de deux autres affections qui nous intéressent particulièrement ici, la *fièvre jaune* et la *fièvre typhoïde*.

Le cas amarillique est celui d'un officier serbe en service dans la Macédoine pendant la guerre, dont la maladie dans son syndrome et son évolution est tout-à-fait calquée sur le type de la plus franche fièvre jaune: première phase avec fièvre élevée, face rouge, algies sévères, albuminurie, chute de température et amélioration au bout de trois jours, suivie de la deuxième phase avec hyperpyrexie, bradycardie, vomissements noirs, ictère, état grave

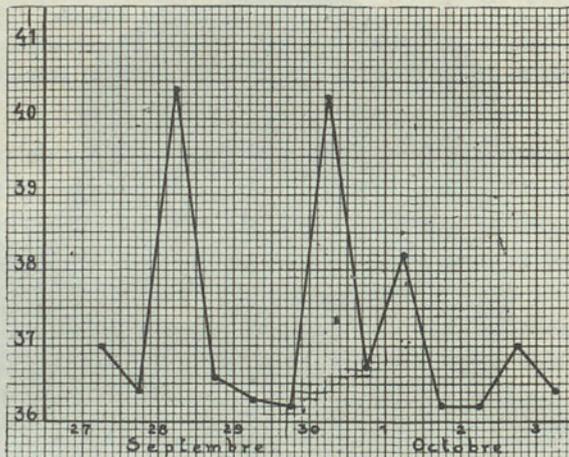


Fig. 2

qui ne cède pas à la quinzisation énergique, la mort survenant au 6^{ème} jour. Et les parasites infestaient le sang.

Le *type simili-typhoïde* était loin d'être rare dans la Serbie et la Macédoine en 1915. Une épidémie de typhoïde a éclaté à Geugheli au mois de septembre. «Strong, Jackson et Castellani l'étudièrent, et ont trouvé que plus de 90% des cas considérés de nature éberthienne n'étaient en réalité que la *malaria subtercea à forme typhoïdique*». De même dans l'armée française occupant la vallée du Vardar le paludisme, dit de première invasion, a souvent revêtu l'allure typhoïdique (A. Delille, *Journ. Med. Fr.*, 1917).

Sir A. Castellani, qui avait vu des cas semblables sous les tropiques, en fait la description globale suivante, déjà présentée dans son *Manual of Tropical Medicine* (1919): invasion parfois lente, apathie et céphalée, langue saburrale, fièvre continue ou sub-continue, abdomen un peu volumineux, rate palpable, état typhique; dans le sang, nombreuses formes annulaires, réactions d'agglutination eberthienne et para-eberthiennes négatives. Et cependant la quinine n'a pas le plus souvent sur la fièvre et les parasites une influence aussi rapide et efficace que dans la malaria ordinaire.

La série de l'*Ernst Brockelmann*, si elle s'apparente sympto-

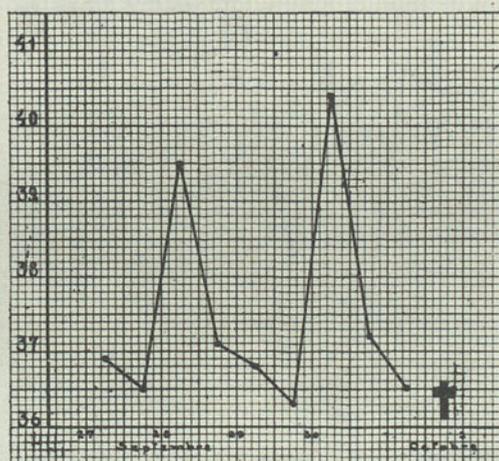


Fig. 3

matiquement à la typhoïde, n'a toute fois ni son allure ni son évolution, et son type thermique est différent. Dans les tracés publiés par Sir A. Castellani, la fièvre est nettement sub-continue ou à faible rémittence, tandis que dans notre série la fièvre est du type franchement rémittent ou même ouvertement intermittent. Les graphiques ci-joints (Dr. Carlos Prazeres) montrent de véritables accès survenant chaque jour ou un jour sur deux, c'est-à-dire, le type quotidien ou tierce de la fièvre tropicale. La quinine a agi plus ou moins promptement. À Amsterdam cette médication a coupé court à la maladie.

Les traités classiques sur la malaria, tels que ceux de Manna-

berg (*Encycl. de Nothnagel*), de Ascoli, de Marchiafava, etc., consacrent toujours un chapitre spécial à la forme typhoïdique, reproduisant généralement la première description de l'illustre Bacelli qui, en 1875, en a tracé le cadre d'une façon magistrale: anorexie, vomissements, distension et sensibilité de l'épigastre, diarrhée ou constipation, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite, stupeur. Il a établi le tableau comparatif des deux infections, parce que le diagnostic différentiel lui semblait parfois si difficile qu'il dit: «*le cause de errori sono molte e gravi*. Aujourd'hui le contrôle du laboratoire supplée aux insuffisan-

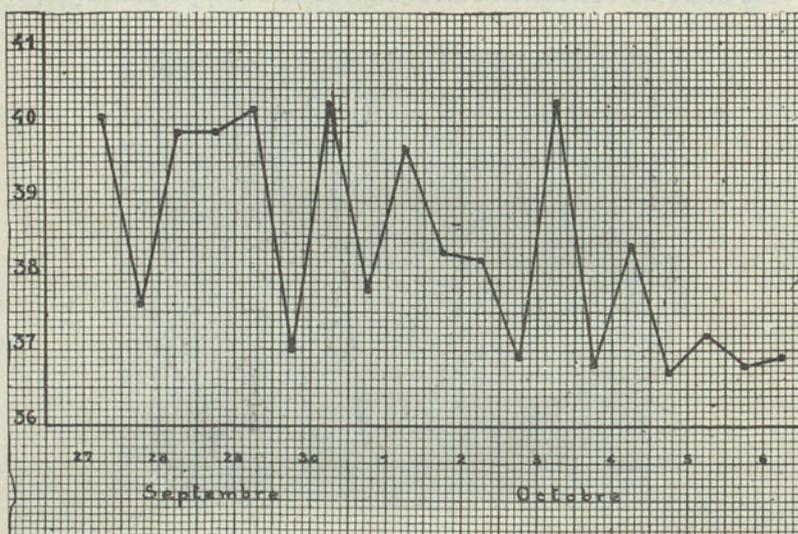


Fig. 4

ces de la simple observation clinique et épidémiologique. À retenir que Bacelli constate déjà que ce type aberrant peut sévir épidémiquement; la série *Ernst Brockelmann* en est un exemple.

La *subcontinua typhoidea* du maître italien est appelée par Laveran *continue palustre avec état typhoïdique*, par Kelsch et Kiener *rémittente typhoïdique* et par Billet *paludisme à forme typhoïde*. Les traités font entrer parfois dans le cadre des *pernicieuses*, ce qui est doublement défectueux: la notion de la perniciosité n'est qu'un reliquat d'idées surannées remontant au temps où l'on pensait que il s'agissait d'une qualité surajoutée; le type

LISBOA MÉDICA

Para regularizar
o ciclo menstrual

SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano
biologicamente titulado

Dismenorréa,
menorragias,
menopausa natural
e provocada,
esterilidade etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128,
LISBOA,

unico representante
dos Productos "Ciba" no Portugal.



Senhor Doutor:

Nos casos em que falhem os iódicos comuns, mesmo quando ministrados em doses altas,

experimente o

Iodazone "Zambeletti"

Em injeções e comprimidos

Iodo orgânico sintético de composição química constante, essencialmente ideado para a terapia iódica activa e intensiva.

Na cura das artrites, pleurisias, poliserosite das glândulas, adenites, linfatismo grave, sífilis (em tratamento combinado com os remedios específicos), bronquites, asma bronquial, auto-intoxicações, etc., etc.

Cada comprimido ou cc. contem 2,54 de iodo activo

Quando V. Ex.^a tiver ocasião de prescrever um

Reconstituente geral e completo

ensaie o

Ferrarzone "Zambeletti"

Tomado ás colheres

Preparado farmaco-dinâmico, eutrófico, tónico alimentar do sistema nervoso, do sangue e dos tecidos.

Contém ferro, fósforo, arsénico, em combinação organo-mineral-coloide-alimentar, com formiatos alcalinos, kola, coca, substâncias eupepticas (condurango, quina, etc.), estricnina e brucina.

Optimo para creanças, sem estricnina

AMOSTRAS Á DISPOSIÇÃO DOS SRS. MÉDICOS

similtyphoïde est loin d'être toujours malin. Dans la série actuelle, la plupart des cas ont été bénins; quatre seulement se révélèrent pernicieux.

Colin, d'après les doctrines qui régnaient de son temps, s'imaginait que le paludisme se transformait en fièvre typhoïde. Nous connaissons aujourd'hui le radical spécifique et immuable de chaque infection. Si l'une peut prendre le visage de l'autre, il est certain aussi, quoique très rare, qu'elles peuvent coexister. Rien n'empêche que le malarique devienne un typhique par infection additionnelle — véritable typho-malaria — tout comme la fièvre jaune qui peut faire incidence chez un paludéen ayant des hématozoaires dans le sang. (Casanove, Beewkes, *in Conf. sur la fièvre jaune* à Dakar, 1928).

II — AUTRES ÉPIDÉMIES NAUTIQUES SEMBLABLES À CELLE DE L'«ERNST BROCKELMANN»

D'autres bateaux, avant et après l'*Ernst Brockelmann*, sont arrivés à Lisbonne avec des épidémies à bord, moins bruyantes, mais de même apparence ou de même nature, que le service du port a enregistré (Dr. Gonçalves Braga).

1) Le vapeur allemand *Anna Marquardt Petersen* est parti le 14 septembre 1930 de Bathurst où il avait séjourné six jours. Au 3^{ème} jour de voyage 4 hommes tombent malades, et le lendemain 5; en tout 9 sur 18. Cette épidémie, atteignant la moitié de son équipage, a forcé le bateau à faire relâche à Lisbonne. Chez tous les malades, les symptômes étaient les mêmes, variant à peine d'intensité: céphalalgie, fièvres, diarrhée, abdomen douloureux, langue saburrale, gargouillement dans la fosse iliaque droite, état général satisfaisant. Entrés à l'hôpital d'isolement, ils se remettent et sortent quatre jours après. Le diagnostic clinique a été celui de gastro-entérite, étiquette vague, qui n'a pas pu être précisée par les examens de laboratoire. Lorsque le 27-9 on observa les malades de l'*Ernst Brockelmann*, le médecin sanitaire (Dr. Maia Saturnino) rapprocha la symptomatologie des deux épidémies. C'est à présumer que la maladie de l'équipage de l'*Anna Marquardt Petersen* était la même — le paludisme à forme typhoïde, quoique très-léger.

2) Il est curieux que l'*Anna Marquardt Petersen* soit revenu

à Lisbonne le 20 novembre 1930, arrivant de la Guinée Portugaise avec 18 jours de voyage depuis Bissau et 10 jours depuis Cacheu. En route, une épidémie avait éclaté à bord, atteignant successivement jusqu'aux deux tiers de l'équipage, 12 hommes sur 18. Le premier malade datait du 4^{ème} jour de voyage à partir de Cacheu — fièvre, céphalalgie, langue saburrale, un peu de prostration. La symptomatologie a été la même pour les malades suivants, toujours fugace, puisqu'ils s'en tiraient avec deux ou trois jours de lit. Les deux derniers tombent malades l'avant-veille et la veille de l'arrivée à Lisbonne : frissons, fièvre, langue sale, pouls déprimé, abdomen douloureux dans la fosse iliaque droite. Les deux malades ont été internés à l'hôpital allemand à Lisbonne, où ils ont été reconnus paludéens. Le bateau avait changé d'équipage, les officiers restant les mêmes ; or, les officiers qui ont été malades cette fois-ci n'avaient rien souffert dans le voyage antérieur.

3) Le paquebot français *Belle-Isle*, de la ligne du Brésil, ayant fait escale à Dakar 7 jours auparavant, est entré à Lisbonne le 4 novembre 1930 ; le bateau avait recueilli à Dakar trois matelots anglais qui, ayant déserté d'un vapeur britannique, étaient restés pendant 15 jours à terre. En route, ils tombent malades — frisson initial violent, fièvre haute, céphalalgie et rachialgie, vomissements alimentaires et prison de ventre. Le médecin de bord, ayant une longue pratique dans le service colonial, diagnostique la paludisme, et d'autant plus que la quinine s'est montré efficace.

4) Enfin le vapeur allemand *Margaret Cordes*, arrivé à Lisbonne le 20 novembre 1930, était parti du port français de Ziguinchor le 10. Auparavant, il avait touché dans la Gambie britannique les ports de Georgetown, Kouston et Bathurst. D'après l'information du capitaine, l'équipage débarqua dans les ports anglais, mais avait été consigné à bord dans le port français. L'épidémie se développa à bord depuis le 4^{ème} jour de voyage — 8 atteints parmi un équipage de 24. Les cas étaient manifestement de paludisme et furent classés comme tels tout de suite.

Voilà donc une gamme variée d'atteintes de paludisme, franc ou déguisé, contractées par des équipages divers depuis septembre jusqu'à novembre, dans des bateaux provenant du Sénégal, de la Gambie et de la Guinée.

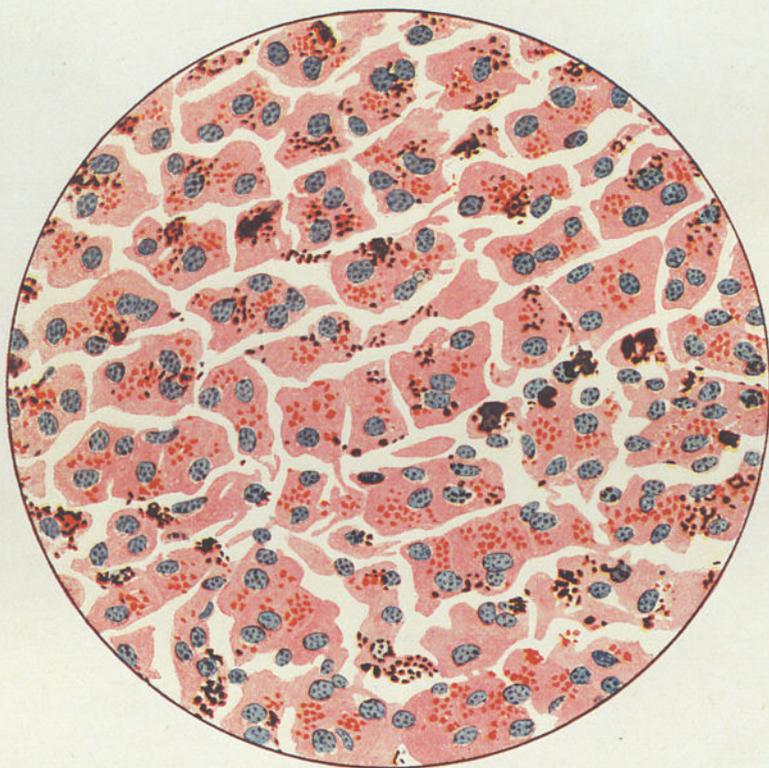


Fig. 5 — Coupe histologique du foie
Reich. oc. 2, obj. im. 1/2

QUISTOS HIDÁTICOS, EQUINOCOCOSE HIDÁTICA, HIDATIDOSE

POR

PROF. CUSTÓDIO CABEÇA e DR. BERNARDO VILAR

(Continuação do número anterior)

Não é fácil obter a história clínica da evolução dos quistos hidáticos em Portugal e dos tratamentos empregados para os curar. Faltam os boletins clínicos do Hospital de S. José anteriores a 1902 e ainda alguns posteriores a esta data. Em 1902 começou a publicar-se o *Boletim* onde vêm descritas todas as operações praticadas nos Hospitais Cíveis de Lisboa e entre elas as dos quistos hidáticos. Foi recorrendo ao citado *Boletim* e ao bom auxílio do colega Dr. Fragozo Tavares que eu pude fazer a estatística, digamos oficial, dos quistos hidáticos que dos vários distritos de Portugal, e ainda alguns de Espanha, vieram parar aos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Mas alguns casos clínicos faltam, como se vê, confrontando a estatística particular do Hospital Escolar de Santa Marta com aquela; essa falta é particularmente notável nos boletins dos quistos dos rins, quasi todos operados no meu serviço de C-2.

A minha estatística pessoal também aponta, ainda que raras, algumas faltas numa e outra das duas estatísticas já apontadas. Não quero dizer que, com as três estatísticas, eu tenha alcançado a perfeição que seria para desejar; é possível que faltem a outros alguns casos como faltaram a mim, mas, feita esta com a melhor vontade e desejo de acertar, outros que venham depois a completarem e aperfeiçoarem se puderem.

Também não abundam os escritos sobre quistos hidáticos e julgo azado o momento para exaltar o valor das teses que os

alunos no fim do curso médico eram obrigados a apresentar e tantas diatribes lhes mereceram. É pelas teses que ainda hoje podemos avaliar do que se passava na clínica escolar do tempo e que depois era trazido para a clínica particular.

A primeira tese de que tenho conhecimento é de 1864— Jacinto Júlio de Sousa — e nela se descreve um doente da clínica com quisto hidático do fígado. O candidato segue e aceita a opinião de Boinet, de Paris, que consistia em tratar os quistos por meio de punções capilares evacuadoras e repetidas até a cura; se o líquido se tornava purulento, introduzia-se um tubo de drenagem permanente até o final.

Em 1867, no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, o Dr. Filipe França, médico em Portel e tio do nosso chorado colega Carlos França, descreveu a cura dum quisto hidático do fígado, operado por êle e seguindo o processo de Recamier. O doente curou-se.

Em 1873, Fevereiro, *Correio Médico de Lisboa*, encontramos um artigo do Prof. Silva Amado, mostrando já o espírito de profundo observador que foi. Diz êle: o equinococo é muito freqüente em Lisboa; tenho visto quistos no fígado, pulmão, rim, grande epíploon, ligamentos largos do útero, na glândula mamária, na órbita, no cérebro e no tecido celular subcutâneo do pescoço. E uma observação de localização que não será fácil exceder.

Em 1874 a tese de António da Silva Oleiro cita já vários casos de quistos hidáticos passados pela clínica e com localizações várias. Refere-se aos diferentes tratamentos que os livros franceses apontavam, punções evacuadoras, processo de Recamier, e termina por indicar a electrólise, dizendo: a electrólise, de que os ingleses têm tirado tantas vantagens, é talvez o processo a que está destinado um futuro brilhante no tratamento dos quistos hidáticos. Os quatro doentes cujas observações descreve não foram tratados pela electrólise, foram operados pelo processo de Recamier e só um se curou com lavagens anti-sépticas de ácido fénico, então no início da sua carreira bactericida.

Em 1886, na *Medicina Contemporânea*, 19 de Agosto, o Dr. Manuel Bordalo Pinheiro descreve o primeiro quisto hidático operado em Portugal pelo processo de marsupialização e drenagem. Trata-se dum rapaz de 13 anos com quisto hidático do fígado a quem se fez: incisão da parede abdominal e do quisto,

que depois foi esvaziado; ressecção parcial da cápsula; sutura à parede abdominal; lavagem da cavidade com soluto de sublimado corrosivo a 1/1000 e drenagem. O doente estava curado em 5 de Dezembro de 1886.

Ainda em 1886, 1 de Dezembro, o Prof. Feijão operou uma mulher de 35 anos com quisto hidático do fígado e estado geral muito mau. O processo seguido foi exactamente o mesmo, mas a doente morreu em 3 de Dezembro.

Em 1887, 8 de Junho, o Dr. Bordalo Pinheiro operou um homem de 37 anos com quisto hidático do fígado, seguindo a mesma técnica, e o doente curou-se.

É neste ano de 1887 que Joaquim José Alegre defende a tese: «Hepatotomia e laparotomia nos quistos hidáticos do fígado». Depois de enumerar e descrever vários processos de tratamento, médicos e cirúrgicos, conclui: a laparotomia é o único processo pelo qual se pode explorar convenientemente e com segurança a cavidade abdominal; descobrir quistos vizinhos ou aderências do próprio que se opera e fazer o diagnóstico preciso da sede do quisto. Servem de apoio à tese as histórias clínicas dos três doentes já apontados, e que devem ter sido os primeiros operados em Lisboa e talvez em Portugal.

Em 1889, tese de Samuel dos Santos Pacheco, Pôrto: «Diagnóstico e tratamento dos quistos hidáticos». O candidato defende o processo da marsupialização e refere as operações feitas em Lisboa e uma no Pôrto.

Em 1899, tese de António da Silva: «Sobre tratamento dos quistos hidáticos abdominais». Depois de se referir aos diferentes processos cirúrgicos, em especial ao de Thornton, incisão e sutura do quisto sem drenagem; ao de Bobrow, esvaziamento do quisto e sutura da cápsula sem a ligar à parede abdominal, e ao de Delbet, esvaziamento e capitonage, conclui: o tratamento dos quistos hidáticos abdominais deve ser a incisão e sutura do quisto sem drenagem, pelo processo de Bobrow ou de Posadas, ou então pelo processo da marsupialização.

António da Silva tinha sido meu companheiro de trabalho e as conclusões da sua tese eram igualmente as minhas.

É possível que outras teses tenham ainda sido defendidas e outros escritos tenham sido publicados, mas não os citarei, ou porque os não conheço ou porque elles não vieram alterar os

conhecimentos que então tínhamos dos quistos hidáticos e diferentes formas do seu tratamento.

Os trabalhos mais recentes vão no fim indicados.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — C. CABEÇA. — 1897. *Medicina Contemporânea*. Quisto hidático do lóbulo direito do fígado, supuração, ruptura para o pulmão.
- 2 — J. MONJARDINO. — 1913 e 1914. *Medicina Contemporânea*. Sôbre quistos hidáticos. (Notas clínicas).
- 3 — C. BELO MORAIS. — 1918. *Medicina Contemporânea*. A propósito dum caso de quisto hidático do pulmão.
- 4 — Segundo Congresso Nacional de Medicina, Buenos Aires, Outubro, 1902. A bibliografia mais completa que existe sôbre quistos hidáticos, publicada em 1925 e contendo cêrca de sete mil.
- 5 — ADHEMAR FERREIRA DE MIRANDA. — 1901. Tese. Breves palavras sôbre quistos hidáticos do rim.

QUISTOS HIDÁTICOS OPERADOS

pelos

PROF. CABEÇA,

DR. SENA PEREIRA, 1.º assistente, DR. LUÍS ADÃO, 1.º assistente,
e 2.ºs assistentes da C-2.

1895

103 — Santa Quitéria. — Quisto hidático do fígado, face superior; ascite hemorrágica. Marsupialização e drenagem. 1-VI. Cura.

121 — S. José. — Quisto hidático sôbre o grande peitoral direito. 1 litro, monocular. Incisão, ressecção parcial da cápsula fibrosa, drenagem. 26-VII a 10-VIII. Cura.

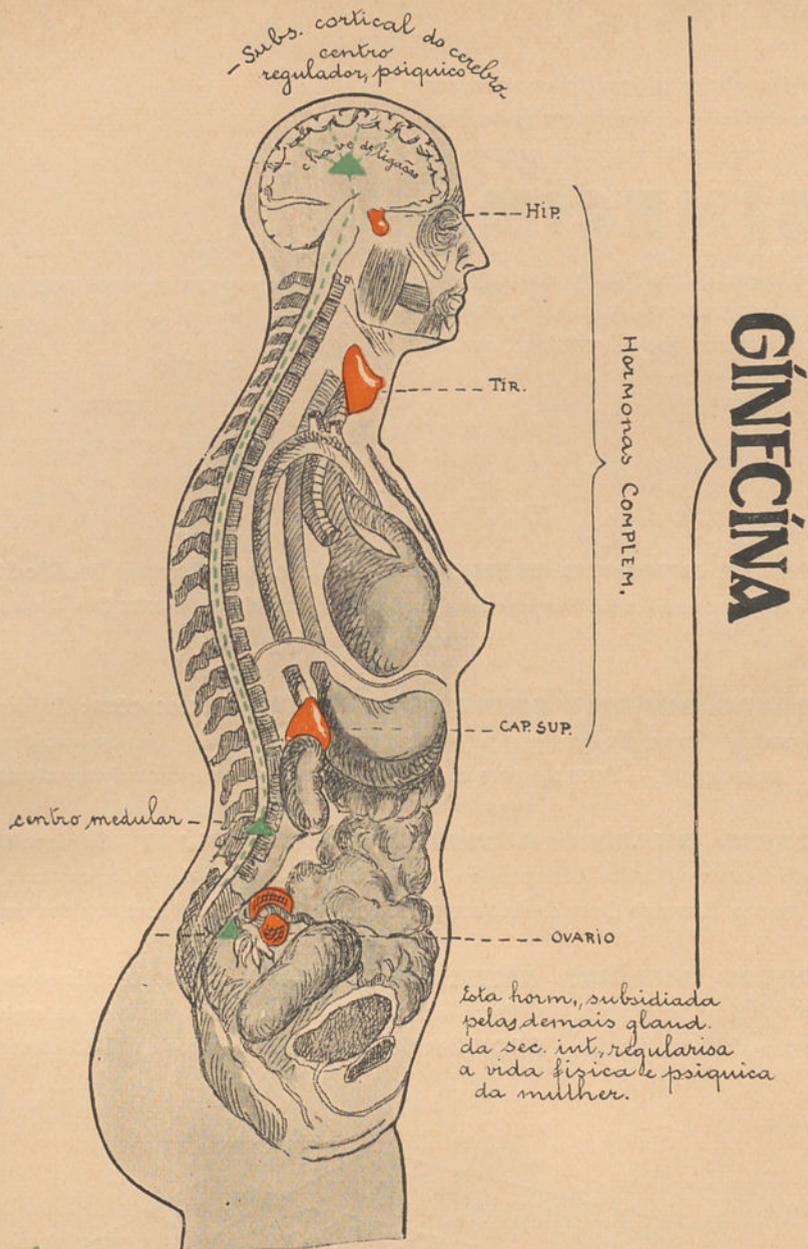
1896

172 — Santa Quitéria. — Quisto hidático do fígado, face superior. 1550 c. c. monocular. Marsupialização e drenagem. 29-IV a 29-IX. Cura.

211 — Santa Quitéria. — Quisto hidático do fígado, lobo direito, abeto e supurado no pulmão. Laparotomia transpleural e diafragmática, incisão e drenagem. 11-XII a 21-XII. Morte.

1897

237 — Santa Margarida. — Quisto hidático do corpo tiroideu, lobo esquerdo. Vol. laranja da Baía. Extirpação. 21-V a 31-V. Cura.



GÍNECINA, TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de

Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, accidentes consecutivos á ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antiamenorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

No histerismo, vomitos ocasionados pela gravidez, **Extracto Ovarico Completo.**

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiências 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 tem 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 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.



1898

306 - C. P. - Quisto hidático do músculo recto anterior da coxa direita. Vol. cabeça de feto. Extirpação. 30-VII a 9-VIII. Cura.

325 - Destêrro. - Quistos hidáticos do fígado. 1.ª) Marsupialização e drenagem. 9-XI a 20-XII. Cura. 3 quistos: 2 no lobo esquerdo face superior, 1 no lobo direito face inferior. 12 anos. O terceiro quisto operado pelo processo de Bobrow: cura em 10 dias.

1899

335 - Destêrro. - Quisto hidático do fígado. 2.ª) Marsupialização e drenagem. 5-I a 15-II. Cura. É o quisto do lobo direito do n.º 325.

351 - Destêrro. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Extirpação Bobrow. 21-III a 31-III. Cura. É o doente n.º 335.

370 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado. Extirpação Bobrow. 20-V a 5-VI. Cura. 450 c. c. de liquido, monolocular, central, lobo direito. 30 anos.

371 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, face superior. Extirpação Bobrow. 21-V a 10-VII. Cura. 300 c. c. monolocular. 9 anos.

376 - Q. P. - Quisto hidático do músculo recto externo do ôlho. Extirpação e exenteração. 17-VI a 20-VII. Cura. Vol. ôvo de galinha.

389 - Santa Quitéria. - Quisto hidático da região anterior da coxa esquerda. Extirpação. 15-VII a 4-VIII. Cura. Vol. laranja.

391 - S. Carlos. - Quisto hidático do fígado, face superior. Marsupialização e drenagem. 26-VII a 28-IX. Cura. 5,5 litros, unilocular.

430 - S. Carlos. - Quisto hidático do fígado, central. Marsupialização e drenagem. 9-XII. Cura. 2,5 litros, unilocular.

1900

514 - Destêrro. - Quisto hidático do grande epiploon. Laparotomia, extirpação. 29-II a 9-XII. Cura. 15 a 20 quistos como batatas, duros, irregulares.

520 - C. P. - Quisto hidático do fígado, face superior do lobo direito. Marsupialização e drenagem. 16-XII a 15-IV-1901. Cura. 3 a 4 litros, unilocular.

1901

537 - S. Carlos. - Quisto hidático do mesentério, supurado. Marsupialização e drenagem. 12-II a 20-III-1902. Cura. Centenas de vesículas de volumes vários.

543 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do rim direito. Extirpação e capitonage. 3-III a 13-III. Cura. Bilocular.

548 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 17-III a 20-V. Cura. 5 a 6 litros de pus verde, mal cheiroso.

582 - Q. P. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 9-V a 18-VII. Cura. 6 a 7 litros de liquido.

583 - S. Carlos. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 10-V a 18-VII. Cura. 2.400 c. c. de líquido.

594 - S. Carlos. - Quisto hidático do ventre, supurado. Laparotomia, incisão e drenagem. 6-VI a 20-VII. Cura. 5 a 6 litros de líquido purulento e muitas hidátides.

619 - Santa Quitéria. - Quistos hidáticos do mesentério. Laparotomia e extirpação. 30-VII a 10-VIII. Cura. Volumes desde uma roç ao duma cabeça de feto; ficaram: um na pequena cavidade dos epiploons — outro na pelve.

622 - Santa Ana. - Quisto hidático do músculo psoas esquerdo. Laparotomia, extirpação e capitonage. 9-X a 19-X. Cura. Bilocular. 2 a 3 litros de líquido.

1902

677 - Q. P. E. - Quisto hidático do umbigo e hérnia umbilical. Extirpação e cura radical da hérnia. 26-II a 18-III. Cura. 2 litros de líquido, muitas hidátides pequenas; desenvolvido sobre uma velha hérnia epiplóica. 60 anos.

745 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 7-VIII a 22-X. Cura. 2.000 c. c. de líquido, unilocular, fistula biliar.

1903

850 - Destêrró. - Quisto hidático do peritoneu. Marsupialização e drenagem. 15-III a 25-VIII. Cura. É o doente n.º 514.

861 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 29-IV a 25-VIII. Cura. Volume da cabeça duma criança, hidátides múltiplas.

901 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, pediculado na face inferior. Laparotomia e extirpação quasi total. 10-VII a 6-IX. Cura.

906 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Laparotomia e drenagem. 19-VII a 11-XI. Cura. 2 litros de líquido, muita bilis, fezes descoradas.

949 - S. Carlos. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, face inferior. Marsupialização e drenagem. 15-IX a 25-X. Cura. Vol. laranja da Baía. Tinha vomitado e defecado hidátides várias vezes.

955 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do peritoneu. Laparotomia e ressecção da maior parte. 22-IX a 1-V-904. Cura. Vol. cabeça de adulto. Muitas hidátides.

1904

1076 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do rim esquerdo. Marsupialização lombar e drenagem. 19-VI a 20-XI. Cura. Vol. cabeça de feto.

1176 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Laparotomia e extirpação total. 10-XI a 20-XI. Cura. Vol. laranja da Baía.

1905

1226 - Santa Quitéria. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, face inferior. Marsupialização e drenagem. 15-II a 14-V. Cura.

1256. — Santa Quitéria. — Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 2-IV a 9-V. Morte. 4 a 5 litros de pus. Caquexia.

1251 — S. Carlos. — Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 27-III a 3-V. 3 litros de pus. Cura.

1305 — S. Carlos. — Quisto hidático do rim esquerdo. Marsupialização lombar e drenagem. 13-VI a 16-VIII. Cura. Vol. cabeça de adulto.

1906

1451 — Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. 350 c. c. líquido. Extirpação Bobrow. 13-VI a 4-VII. Cura.

1490 — C. P. — Quisto hidático do rim esquerdo. Marsupialização lombar e drenagem. 11-VIII a 5-V-907. Cura. Vol. cabeça de feto.

1907

1535 — Q. S. José. — Quisto hidático do fígado, face inferior. Marsupialização e drenagem. 8-I a 15-X-909. Cura. Vol. cabeça de criança, paredes calcificadas; hidátides múltiplas.

1541 — S. Carlos. — Quisto hidático do pulmão esquerdo. Ressecção da 7.^a costela, incisão e drenagem. 1-II a 20-IV. Cura. 1.200 c. c. de líquido.

1557 — Q. S. José. — Quisto hidático do pulmão esquerdo, supurado; piopneumotórax. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem. 1-III a 20-V. Cura. Mais de 1 litro de pus. Morte em 30-XII-915 com uma cavidade pleuro-brônquica supurada.

1617 — S. Carlos. — Quisto hidático do rim direito, supurado. Marsupialização lombar e drenagem. 28-V a 25-VI. Cura.

1639 — Q. E. — Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Extirpação Bobrow. 29-VI a 9-VII. Cura. Vol. laranja grande. 12-X-914. Quisto hidático do fígado e baço.

1662 — Santa Catarina. — Quisto hidático do fígado, face superior. Marsupialização e drenagem. 29-VII a 15-IV-908. Cura. 2 litros; hidátides múltiplas; hemoptises quando deitada.

1685 — Santa Catarina. — Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 9-XI a 15-II-908. Cura. 1 litro.

1908

1710 — S. Carlos. — Quisto hidático do rim esquerdo, metade superior, supurado. Ressecção da 11.^a costela, incisão e drenagem. Morte. 4-II a 15-IV, tendo abandonado todo o tratamento; nem fazia pensos.

1753 — Santa Catarina. — Quisto hidático do fêmur direito. Desarticulação da coxa. 11-V a 10-VIII. Cura. A ressecção do calo mole de fractura não deu a cura em 6 meses de tratamento.

1793 — Santa Catarina. — Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 22-X a 7-XII. Cura. Hidátides múltiplas, comunicando com o cólon transversal.

1806 - Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 13-XI a 14-XI. Morte.

1909

1846 - Santa Catarina. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 30-I a 2-V. Cura. 2 litros. Unilocular.

1908 - C. Bemfica. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem. 3-VI a 15-X. Cura. Vol. cabeça de adulto. Hidátides múltiplas.

1914 - Q. E. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem. 7-VI a 2-XI. Cura. 5 litros; hidátides múltiplas; muita bilis.

1901 - S. Carlos. - Quisto hidático do fígado, face inferior. Marsupialização e drenagem. 22-X a 3-XI. Cura. 3 litros; unilocular; bilis.

1910

2026 - Santa Catarina. - Quisto hidático e adenites da axila esquerda. Esvaziamento da axila. 16-II a 22-III. Cura.

1911

2190 - S. João Baptista. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, face inferior. Marsupialização e drenagem. 18-III a 1-VII. Cura. 600 c. c.; unilocular.

2327 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, face inferior. Marsupialização e drenagem. 7-X a 25-III-912. Cura. 1 litro.

2347 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 23-X a 10-XI. Cura. 3 a 4 litros.

2360 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, face inferior, supurado. Marsupialização lombar e drenagem. 6-XI a 20-IV-912. Cura. 3 a 4 litros.

2366 - Santa Marta. - Quisto hidático do rim direito. Marsupialização e drenagem. 15-XI a 25-III-912. Cura. Bem 17-I-929.

2368 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 17-XI a 9-XIII-912. Cura. 4 a 5 litros; aberto no cólon; hidátides múltiplas; levantamento do coração até a 3.^a costela.

2370 - Santa Marta. - Quisto hidático do rim direito. Marsupialização lombar, drenagem; pouco líquido; muitas hidátides. 18-XI a 20-XII. Cura. 2 litros, unilocular. Bem 8-VI-928.

1912

2414 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 2-V a 4-VIII. Cura. Bem 22-XI-927.

2470 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 10-VII a 2-XII. Cura.

2508 - Santa Marta. - Quistos hidáticos do fígado; 1 face superior, 1 face inferior. Marsupialização e drenagem. 31-X a 20-III-913. Cura.

2511 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 7-XI a 8-XII. Cura.

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento especifico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

PARIS, P. LEBEAULT & C^o, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

Schering

A T O P H A N

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

Indicações:

Afecções reumáticas e gotas—Reumatismo articular
agudo e crónico—Lumbago, ciática e nevralgias —
Diatese úrica e gôta em todos os estados

O Atophan, fabricado sob a direcção do seu
inventor, carece de todas as desvantagens
do tratamento pelo ácido salicílico. Com o
seu emprego evitam-se com grande segu-
rança as complicações cardíacas. Os efeitos
analgésidos e antiphlogísticos que acompa-
nham a acção causal do Atophan proporcio-
nam quasi imediato alívio aos enfermos.

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

ATOPHANYL

indicado especialmente nos casos rebeldes.

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

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

SCHERING KAHLBAUM A. G.
BERLIM

Pedir amostras e literatura ao representante:

Schering, Limitada — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

2528 - Santa Marta. - Quisto hidático do baço. Marsupialização e drenagem. 7-XII a 5-III-913. Cura. 4 litros.

1913

2655 - Santa Marta. - Quisto hidático do mesentério, supurado. Laparotomia, extirpação e drenagem. 3-VI a 15-VII. Cura.

2660 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado. Marsupialização e drenagem. 17-VI a 12-VIII. Cura.

2673 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, lobo direito, supurado. Marsupialização e drenagem. 9-VII a 3-XI. Cura. 3 a 4 litros de líquido; estéril; pus verde.

2684 - Santa Marta. - Quisto hidático do rim direito. Extirpação quasi total e drenagem lombar. 25-VII a 20-VIII. Cura. 500 c. c.

2733 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, lobo esquerdo, supurado. Marsupialização e drenagem. 2-XII a 19-XII. Morte.

1914

2836 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, face superior. Marsupialização e drenagem. 22-V a 25-II-915. Cura. 6 a 7 litros de líquido, bilioso, unilocular.

2847 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, face inferior. Marsupialização e drenagem. 2-VI a 5-VIII. Cura. 2 a 3 litros.

2877 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão esquerdo. Ressecção das 7.^a e 8.^a costelas, incisão e drenagem. 23-VII a 25-VII. Morte.

2889 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, face inferior. Marsupialização e drenagem. 23-X a 5-III-915. Cura. 2 litros. Hidátides múltiplas.

2894 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, lobo esquerdo. Laparotomia, ressecção de 2/3 da cápsula, drenagem. 10-XI a 15-I-915. Cura.

2902 - Santa Marta. - Quisto hidático da pelve entre a bexiga e o recto; (mesentério?). Marsupialização e drenagem. 22-XI a 2-V-915. Cura. Vol. cabeça de feto.

2912 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 26-XII a 10-III-915. Cura. Vol. pêra grande.

2913 - Santa Marta. - Quisto hidático do mesentério. Laparotomia, extirpação, sutura do cólon transverso. 28-XII a 8-I-915. Cura. Vol. laranja grande.

1915

2986 - Santa Marta. - Quisto hidático do figado, lobo direito. Marsupialização e drenagem. Morte por hemorragia. 10-VI a 11-VI. Pequena de 8 anos. Unilocular. 3 a 4 litros de líquido.

2987 - Quisto hidático da tibia esquerda, extremidade superior. Ressecção do joelho. 14-VI a 14-VII. Cura.

1916

Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão. Ressecção das 7.^a e 8.^a costelas, sutura do pulmão à parede costal. Cura da operação. 21-I a 10-V. Hamburgo.

3038 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização, drenagem. 10-III a 4-VI. Cura. Vol. cabeça de feto.

3076 - C. Bastos. - Quistos hidáticos do mesentério. 1 no fundo de saco vesico-uterino. Laparotomia; extirpação de todos. 30-VIII a 15-IX. Cura.

3078 - C. Bastos. - Quisto hidático do fígado, supurado. Laparotomia; ressecção das 8.^a, 9.^a e 10.^a cartilagens costais; incisão e drenagem. Cura. 7-IX a 15-IV-917. 3 a 4 litros de líquido. Bilocular.

3086 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 13-XI a 7-I-917. Cura.

1917

3181 - C. Amoreiras. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, face inferior, calcificado. Marsupialização e drenagem. 4-X. Cura com fistula. 4 litros de hidátides múltiplas.

1918

3226 - C. Amoreiras. - Quisto hidático do fígado, post-superior. Ressecção da 10.^a costela; incisão e drenagem. 14-III a 19-III. Morte. 2 litros de hidátides. Suicídio cortando o pescoço.

3240 - Santa Marta. - Quisto hidático dos músculos do lado direito da nuca. Extirpação e drenagem. 29-IV a 13-V. Cura. Vol laranja.

3276 - Santa Marta. - Quisto hidático do baço. Marsupialização e drenagem. 3-V, II a 10-XI-919. Cura. 1.500 c. c. Hidátides múltiplas.

3282 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, calcificado. Laparotomia exploradora. 3-XII a 13-XII. Cura da operação. Mesmo estado.

3287 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão direito. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem. 18-XII a 30-I-919. Cura. 1.000 c. c. de líquido, unilocular.

1919

3302 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, face inferior. Marsupialização e drenagem. 31-I a 5-IV. Cura. Hidátides múltiplas, muita bilis, icterícia.

3335 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 1-VII a 24-VIII. Cura, 5 litros de líquido com muita bilis; hidátides mortas.

1920

3366 - Q. Estefânia. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 31-I a 10-III. Cura. Julho de 1922. Quisto hidático do hipocôndrio e flanco esquerdo, caquexia.

3377 - C. Bemfica. - Quisto hidático do pulmão direito. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem. 18-III a 28-V. Cura. 500 c. c. de hidátides e pus.

3378 - C. P. - Quisto hidático do músculo flexor superficial esquerdo. Extirpação e drenagem. 20-III a 30-III. Cura. Vol. amêndoa. Supurado. Ténia nana.

1921

3314 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão direito, lobo médio. Ressecção da 3.^a costela, incisão e drenagem. 8-III a 27-V. Cura da operação. Vol. ovo de pata; mais tarde aplicou rádio (15-III) e expulsou a membrana.

3432 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 15-IV a 25-IX. Cura. 3 litros de líquido, unilocular.

3433 - Santa Marta. - Quisto hidático do mesentério; eosinófilos 25 %. Marsupialização e drenagem. 16-IV a 30-V. Cura. 3 decilitros de líquido amarelado, unilocular. Vide n.º 3952.

3465 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem. 6-VII a 15-IX. Cura. 1 litro de líquido e 2 vesículas.

1922

3525 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 10-II a 22-IV. Cura. Conteúdo pastoso.

3626 - Santa Marta. - Quistos hidáticos dos músculos radiais direitos, supurados. Incisão e drenagem. 18-II a 20-III. Cura.

3600 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Ressecção da 7.^a costela, incisão e drenagem. 22-XI a 8-II-923. Cura. 3 a 4 litros, unilocular.

1923

3620 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, calcificado. Marsupialização e drenagem. 6-II a 30-IV. Cura. 2 a 3 litros de líquido e hidátides.

3645 - Santa Marta. - Quisto hidático do rim esquerdo, polo inferior; eosinófilos 4 %. Nefrectomia lombar. 26-IV a 5-VI. Cura. Vol. cabeça de feto, hidátides múltiplas.

3665 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, face inferior, hemático. Marsupialização e drenagem. 12-VI a 30-XII. Cura.

3678 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, aberto num brônquio. Ressecção da 9.^a costela. 10-VII a 22-IX. Cura.

3697 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 17-IX a 20-IV-924. Cura. Vol. 2 a 3 litros unilocular, hidátides múltiplas.

3707 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 22-XII a 17-IV-924. Cura. 2 litros de líquido e hidátides múltiplas. Vide n.º 4110.

1924

3725 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 26-II a 5-V. Cura. Vol. punho. unilocular.

3761 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 29-VII a 20-IX. Cura. Eosinófilos 7,5 %.

3783 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. Cura. Unilocular. Eosinófilos 1,4 %. Cazoni fortemente positivo.

1925

; 3806 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 19-III a 19-IV. Cura. 3 a 4 litros; hidátides múltiplas; tuberculizou-se em Junho e morre de generalização em Novembro. Eosinófilos 32,42 %.

3842 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 18-XI a 25-III-926. Cura. Repetição dum quisto operado 7 anos antes no Hospital da Estrêla.

1926

3873 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, face inferior. Marsupialização e drenagem. 25-V a 15-II-927. Cura. Vol. 3 a 4 litros.

3889 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 13-VII a 18-X. Cura. Hidátides múltiplas.

3904 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem. 27-XI a 25-III-927. Cura. 4 a 5 litros, unilocular; grandes hemorragias post-operatórias.

3912 - Santa Marta. - Quisto hidático da pelve entre a bexiga e o recto. Marsupialização e drenagem. 16-XII a 15-IV-927. Cura. Vol. cabeça de feto; hidátides múltiplas, calcificação da cápsula.

1927

3952 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior. Ressecção da 5.^a costela, incisão e drenagem. 1-VIII a 27-IX. Cura. Vol. dum punho; unilocular; é a doente do n.º 3433.

3953 - Santa Marta. - Quisto hidático dos músculos das goteiras vertebraes, lombares. Extirpação e drenagem. 3-VIII a 27-VIII. Cura. Vol. dum punho.

1928

3984 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão direito, aberto num brônquio. Ressecção da 7.^a costela, incisão e drenagem. 6-I a 10-III. Cura. 500 c. c. de membranas e pouco líquido, hidátides pela bôca.

4003 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão direito, 1/2 posterior. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem. 22-III a 6-V. Cura. 14 anos de idade; vol. 500 c. c.; hidátide única.

1929

4058 - Santa Marta. - Quisto hidático do pulmão esquerdo, lobo superior. Ressecção da 7.^a costela, incisão e drenagem. 25-IV a 3-VI. Cura. 4 decilitros de líquido, membrana única.

4062 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Laparotomia, ressecção de 2/3 da cápsula e drenagem. 9-V a 30-VIII. Cura. Unilocular, quasi pendiculado; hidátides múltiplas; vol. 500 c. c.

4079 - Santa Marta. - Quisto hidático dos músculos da goteira cervical direita. Extirpação. 21-X a 15-XI. Cura. Vol. laranja.

4089 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo direito, post-superior. Ressecção da 10.^a costela, incisão e drenagem. 17-XII a 15-IV-930. Cura. 2 litros de líquido com bilis, unilocular.

1930

4105 - Santa Marta. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 3-V a 5-VIII. Cura. Vol. 600 c. c.; hidátide única.

4109 - Santa Marta. - 2 quistos hidáticos do fígado, lobo direito, anteriores. Hepatotomia, marsupialização e drenagem. 27-VI a 6-VIII. Cura. Eosinófilos 4 %. Vol. de laranjas pequenas.

4110 - Santa Marta. - Quisto hidático do mesentérico, aderente ao cólon transverso, volume dum grande limão. Laparotomia, extirpação total. 16-VII a 2-VIII. Cura. Vide n.º 3707.

4114 - Santa Marta. - Quisto hidático do baço, hidátides múltiplas, volume dois punhos, eosinófilos 10 %, todas as reacções positivas. Marsupialização e drenagem 29-XI.

RESUMO

Quistos hidáticos operados	132	{ H. 50. Curas, 49. Mortes, 1	} 3,7 %
		{ M 82. Curas, 78. Mortes, 4	
Fígado	{	H. 27. Curas, 26. Mortes, 1 27	} 59,7 %
	{	M. 56. Curas, 53. Mortes, 3 56	
Músculos.	{	M. 2, coxa. 1, m. do ôlho. 1, psoas. 1, goteiras verte- brais 5	}
	{	H. 1, g. peitoral. 1, nuca. 1, m. radiais. 1, goteiras vertebrais 4	
Tiroideia	M. 1.	1	
G. epíplon	H. 1.	1	
Mesentério.	{	H. 6. 6	}
	{	M. 5. 5	
Rim.	{	H. 4 4	} 7,5 %
	{	M. 6. 0	
Umbigo	M. 1.	1	
Pulmão	{	H. 6. 6	} 7,9 %
	{	M. 4 curas. 1 morte. 5	
Osso	M. 1 fémur. 1 tibia	2	
Axila	H. 1.	1	
Baço	{	H. 1. 1	}
	{	M. 1. 1	

DR. SENA PEREIRA

N.º 1 - 47 anos - Quisto hidático da mama direita. Observação 343. Incisão e drenagem. 9-VII a 6-VIII-912. Cura.

N.º 2 - 23 anos - Quisto hidático do esterno-cleido-mastoides direito. Observação 409. Incisão e drenagem. 30-IX a 24-X-912. Cura.

N.º 3 - 38 anos - Quisto hidático do músculo transverso abdominal. Observação 1325. Incisão e drenagem. 3-IX a 22-IX-915. Cura.

N.º 4 - 30 anos - Quisto hidático do corpo tiroideu direito. Observação 662. Extirpação. 22-X a 16-XI-915. Cura.

N.º 5 - 51 anos - Quisto hidático do lobo esquerdo do fígado, bilocular. Marsupialização e drenagem. 29-XII-915 a 26-IV-916. Cura. B. Gengou, positiva. Eosinóf. 7,33%.

N.º 6 - 33 anos - Quisto hidático meso-sigmoideu. Observação 1454. Laparotomia e extirpação. 11-VIII a 20-X-916. Cura.

N.º 7 - 43 anos. - Quisto hidático da face inferior do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 19-VIII a 25-XI-916. Cura. Weinberg, positiva nítida. Eosinóf. 5%.

N.º 8 - 22 anos - Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem. 17-X-916 a 3-I-917. Cura.

N.º 9 - 15 anos - Quisto hidático do rim esquerdo, vol. laranja. Observação 1841. Nefrectomia. 9-III a 1-IV-917. Cura.

N.º 10 - 47 anos - Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem. 25-IX-917 a 5-I-918. Cura.

N.º 11 - 48 anos - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem. 24-X a 20-XII-917. Cura.

N.º 12 - 33 anos - Quisto hidático do fígado, ântero-superior. Marsupialização e drenagem. 25-X-917 a 14-I-918. Cura.

N.º 13 - 20 anos - Quisto hidático do fígado, face superior. Marsupialização e drenagem. 26-X-917 a 9-II-918. Cura.

N.º 14 - 16 anos - Quisto hidático do pulmão direito. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem. 30-X a 30-XII-917. Cura com fistula.

Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem. 8-I-918 a 11-918. Cura.

N.º 15 - 46 anos. - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, supurado. Marsupialização e drenagem. 10-VII-918 a 8-IV-919. Cura.

N.º 16 - 33 anos - Quisto hidático do fígado, central. Marsupialização e drenagem. 26-III a 12-VIII-919. Cura.

N.º 17 - 30 anos - Quisto hidático do fígado, lobo direito, supurado. Marsupialização e drenagem. 26-VIII a 5-XII-919. Cura. Radiografia em 30-IX-930 mostra a calcificação da membrana do quisto antigo ou doutro quisto sob o diafragma. Estado geral muito bom.

N.º 18 - 30 anos - Quisto hidático do fígado, face anterior. Marsupialização e drenagem. 7-XI-919 a 11-VII-920. Cura.

N.º 19 - 29 anos - Quisto hidático do músculo solhar direito, vol. tangerina. Extirpação. 25-XI a 6-XII-919. Cura.

Assistentes de C-2. — A. B. C. D.

DR. LUÍS ADÃO

1739 - Quisto hidático do músculo grande oblíquo do abdómen. 28-I-928, Cura.



75 - Quisto hidático do fígado, supurado (superior). 20-V a 3-VI-921. Morte.

915 - Quisto hidático do fígado, face inferior. 13-XII-926. Cura.

Quisto hidático do fígado. 5-I-927. Morte.

DR. EMÍLIO PAIVA

1053 - Quisto hidático do fígado e peritônio, face inferior. Cura.

DR. CASIMIRO AFONSO

557 - Quisto hidático do fígado. Cura.

513 - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Cura.

166 - Quisto hidático do baço. Cura.

DR. CABRAL DE MELO

1310 - Quisto hidático do fígado. Cura.

DR. BERNARDO VILAR

1564 - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Cura.

128 - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Morte.

644 - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Cura.

864 - Quisto hidático do fígado, lobo direito, supurado. Morte.

1053 - Quisto hidático da pelve. Cura.

101 - Quisto hidático do fígado, tuberculose pulmonar. Morte.

DR. PITTSCHIELER

2440 - Quisto hidático do fígado, supurado. Cura.

DR. PIMENTEL

179 - Quisto hidático dos músculos peitoral e do braço direito. Cura.

DR. FARIA COSTA

972 - Quisto hidático do fígado, lobo direito. Cura.

DR. SENA PEREIRA

Quistos operados, 19 { H. 3 }
 { M. 16 } Curas.

Fígado, 11. { H. 2 }
 { M. 9 }

Rim M. 1

Pulmão. H. 1

Mesentério M. 1

Tiroideia M. 1

Músculos M. 3 (1 s. cleido-mastoideu, 1 transv. abdômen, 1 solhar).

Mama. M. 1

Outros assistentes

Quistos operados, 18	}	H. 10. Curas, 6. Mortes, 4.
		M. 8. Curas, 7. Mortes, 1.
Figado, 14	}	H. 7
		M. 7
Baço		H. 1
Músculo		M. 1 (grande oblíquo abdómen).
		M. 1 (grande peitoral e braço).
Mesentério		H. 1

Quistos hidáticos privativos da mulher ou que provocaram uma operação ginecológica :

1901

640 - B. E. - Quisto hidático da mama esquerda, vol. ovo de galinha. Extirpação. 7-X a 16-X. Cura.

1904

1110 - Santa Quitéria. - Quisto hidático dos ligamentos largos. Marsupialização e drenagem. 5-VIII a 10-III-905. Cura.

1906

1397 - Santa Catarina. - Quisto hidático do ligamento largo esquerdo. Marsupialização e drenagem. 15-XI a 4-III-907. Cura.

1909

1723 - Santa Catarina. - Quisto hidático do ligamento largo direito. Laparotomia, ressecção parcial da cápsula, sutura à parede e drenagem. 28-I a 20-III. Cura.

1808 - Santa Catarina. - Quisto hidático do ovário direito e de todo o peritoneu pélvico; volume gravidez de 7 meses. Ovariectomia e extirpação 9-VII a 19-VII. Cura.

1816 - Santa Catarina. - Quisto hidático da cavidade pélvica, envolvendo útero, ovários e trompas; vol. gravidez de 7 meses. Histerectomia abdominal total. 27-VII a 20-VIII. Cura.

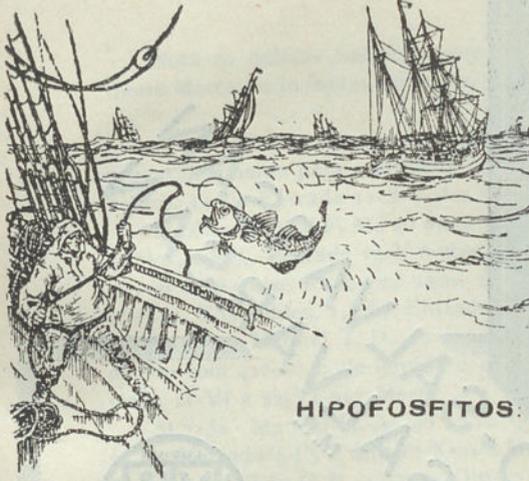
1919

2739 - Santa Marta. - Quisto hidático do mesentério; dois pequenos miomas uterinos; quisto para-ovárico direito. Quistectomia, miomectomia e ooforo-salpingectomia direita. 22-III a 3-IV.

Quistos hidáticos operados, 7. Curas, 7. Mama, 1. Ligamentos largos, 3. Ovário direito, 1. Pelve, 2.

Quistos operados pela extirpação e encerramento imediato, 5.
Marsupialização, 77.

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

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

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

D O S E S :

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

LASA para as doenças das vias respiratórias.

Outras especialidades: **TONICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

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

Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª - LISBOA



Laboratório de Preparados Dermatológicos

J. Caballero Roig

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

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

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

GOTAS DEPURATIVAS - (Antiarpéticas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afecções cutâneas dos adultos.

PASTA POROSA DERMATOLÓGICA - Antiséptica, absorvente dos exudados e cicatrizante rápida - Recomendada para queimaduras.

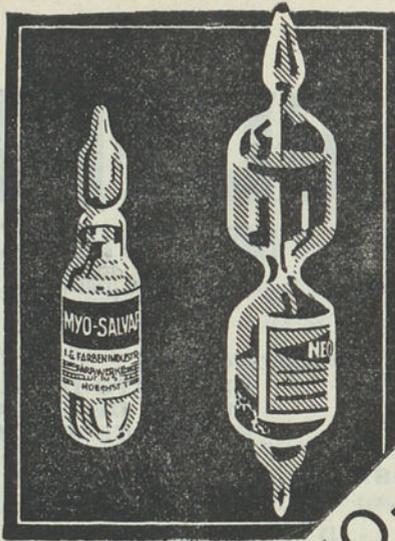
LIXALINA - Para as inflamações da epiderme, comichões das doenças eruptivas.

Todos estes preparados foram premiados com a Medalha de Ouro na Exposição Internacional de Barcelona em 1929.

Depositários Gerais para Portugal: - **Petana Branco & Fernandes, L.ª**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª

LISBOA



MYO-SALVARSAN
NEOSALVARSAN
M. R.



Estes insuperaveis preparados originaes, de grande valor curativo e de minima toxicidez, foram adoptados pela comissão de higiene da liga das nações, após pesquisas biológicas com todos os arsenobenzoes, como preparados padrão.

Receite pois V. Excia. sómente Myo-Salvarsan e Neosalvarsan em embalagens originaes.

» *Bayer-Meister-Lucius* «

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

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.ª LISBOA

Nota de quístos hidáticos que passaram pelas clínicas do Hospital de Santa Marta e não foram operados ou sofreram operações de pequena cirurgia:

- 1) 105 - Matias D., 24 anos. Quisto hidático do fígado, supurado e rôto espontaneamente para o intestino: urticária; Bordet-Gengou negativa; eosinófilos, 14 %. Entrada 11-X e alta 8-XII-911. Melhor.
- 2) 689 - Manuel F. M., 40 anos. Quisto hidático do fígado. Caquexia; eosinófilos, 1,8 %. Entrada 19-V e alta 2-VIII-914. Mesmo estado.
- 3) 1270 - José R. R., 24 anos. Quisto hidático do fígado, esvaziado por vômica. Eosinófilos, 1,5 %. Entrada 3-II e alta 26-III-916. Melhor.
- 4) 1770 - Manuel T. D., 52 anos. Quístos hidáticos do fígado; 2 no lobo direito com 4250 c. c. de líquido e um pequeno quisto no lobo esquerdo. Entrada 11-VI a 22-VI-917. Morte.
- 5) 2152 - Manuel M. A., 48 anos. Quisto hidático do fígado. Eosinófilos, 14 %. Entrada 4-IX e alta 12-X-918. Mesmo estado.
- 6) 211 - João G. P., 42 anos. Quisto hidático do pulmão direito; base, fistulado para um brônquio. Eosinófilos, 1 %. Pneumotórax. Entrada 26-XII-923 e alta 11-II-924. Melhor.
- 7) 430 - Telmo A. D., 30 anos. Quisto hidático do fígado. Eosinófilos, 6 %; Cazoni positiva. Entrada 4-XII e alta 12-XII-923. Mesmo estado.
- 8) 256 - Joaquim J. C., 24 anos. Quisto hidático do pulmão direito. Entrada 28-IX e alta 14-X-925. Melhor. M2A.
- 9) 290 - José S. B., 48 anos. Quisto hidático do fígado, supurado; peritonite aguda. Entrada 14-X a 14-X-925. Morte. M2A.
- 10) 324 - José dos S. C., 44 anos. Quístos hidáticos múltiplos com localização nos dois hemisférios cerebrais. Entrada 27-X a 30-XI-925. Morte. NA.
- 11) 920 - Antônio C., 48 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo, fistulado num brônquio. Entrada 19-IV e alta 3-VIII-926. Melhor. M2A.
- 12) 1403 - José G., 42 anos. Quisto hidático do fígado. Entrada 11-IX e alta 21-IX-926. Mesmo estado. M1A.
- 13) 1561 - Pedro E. C., 42 anos. Quisto hidático do pulmão direito, supurado. Entrada 1-XI-926 e alta 1-III-927. Melhor. M1A.
- 14) 25 - João P. R., 58 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo, supurado. Entrada 15-III e alta 13-IV-927. Melhor. M1A.
- 15) 1120 - Antônio P., 22 anos. Quisto hidático do fígado, fistulado para os brônquios. Entrada 11-II e alta 9-III-928. Melhor. M1A.
- 16) 1288 - Manuel S. P. F., 25 anos. Quisto hidático do fígado; icterícia crônica; caquexia. Entrada 29-III a 1-IV-928. Melhor. M1A.
- 17) 1543 - Manuel A. C., 38 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, fistulado nos brônquios. Entrada 12-VI e alta 9-VIII-928. Melhor. C1AB.
- 18) 395 - Antônio A. J., 21 anos. Quisto hidático do fígado. Entrada 15-II e alta 28-V-929. Mesmo estado. C1AB.
- 19) 446 - Alfredo F., 31 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior. Entrada 27-II e alta 20-III-929. Mesmo estado. M1A.
- 20) 514 - Antônio C. da R., 31 anos. Quisto hidático do pulmão direito, supurado, lobo inferior. Entrada 17-III a 25-III-929. Morte. M1A.

21) 556 - António D. C., 24 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo. Entrada 2-IV e alta 8-IV-929. Mesmo estado. C2AB.

22) 706 - António J. da C., 24 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo. Entrada 17-V e alta 16-VI-929. Mesmo estado. M1A.

23) 1169 - José E. T., 35 anos. Quisto hidático do pulmão direito. Entrada 28-IX e alta 21-X-929. Mesmo estado.

24) 1082 - Maurício P. F., 24 anos. Quisto hidático do pulmão direito, supurado. Entrada 26-III e 10-V, altas 10-IV e 20-V. Mesmo estado.

25) 121 - António J. dos S., 25 anos. Quisto hidático do fígado; oligofrenia. Entrada 23-V, alta 29-V. Mesmo estado. M2A.

1) 682 - Maria J., 43 anos. Quisto hidático do fígado, supurado. Entrada 22-XI e alta 29-XI-913. Mesmo estado.

2) 1267 - Inês B., 50 anos. Quisto hidático do fígado, colecistite e pericolecistite. Eosinófilos, 6,4%. Entrada 25-VII e alta 2-VIII-915. Mesmo estado.

3) 1257 - Maria V., 46 anos. Quisto hidático do fígado; esvaziamento por vómica. Entrada 18-VII e alta 28-VIII. Melhor.

4) 1477 - Sebastiana de J. C., 56 anos. Quisto hidático do fígado, já operado e fistulizado. Dilatação do trajecto fistuloso e drenagem. Entrada 1-II e alta 9-V-916. Cura.

5) 2248 - Inácia M. M., 44 anos. Quisto hidático do fígado, rôto na pleura. Entrada 2-XII a 6-XII-917. Morte.

6) 2665 - Maria J., 48 anos. Quisto hidático do fígado. Entrada 10-IV.

7) 1481 - Joaquina G. R., 30 anos. Quisto hidático do fígado; eosinófilos, 7%. Entrada 8-IX e alta 19-IX-924. Mesmo estado.

8) 1473/51 - Sara dos S. S., 26 anos. Quisto hidático do fígado, supurado, fistulado no intestino; tuberculose pulmonar. Eosinófilos, 1,5%. Entrada 25-VIII e 10-XI, altas 20-IX e 18-XII-924. Mesmo estado.

9) 698 - Laura dos P., 20 anos. Quisto hidático do pulmão e derrame pleurítico. Entrada 18-IV a 20-IV-927. Morte.

10) 1554 - Clotilde da S. C., 49 anos. Quisto hidático do pulmão direito, fistulado para os brônquios. Entrada 29-XI e alta 24-XII-927. Melhor. M1B.

11) 1602 - Laura A., 43 anos. Quisto hidático do lobo direito do fígado; quisto hidático do pulmão esquerdo, lobo superior. Entrada 13-XII e alta 19-XII-927. Mesmo estado. Foi operada mais tarde em 10-XII e curada em 23-IV-928. M2B. Vide boletim n.º 1751-62.

12) 284 - Beatriz da C. C., 34 anos. Quisto hidático do fígado. Entrada 29-V a 16-VII-928. Morte.

13) 1972 - Maria M., 52 anos. Quistos hidáticos do pulmão esquerdo; um no vértice e outro na base. Entrada 12-VIII e alta 28-VIII-926. Mesmo estado. PB.

14) 50 - Maria J. P. M., 39 anos. Quisto hidático do fígado; ósteo-periostite do parietal direito. Entrada 28-IX-929 e alta 26-I-930. Mesmo estado. M1B.

15) 684 - Ana N. de J., 39 anos. Quisto hidático do fígado, supurado, aberto no pulmão direito. Entrada 6-II a 18-II. Morte. M2B.

1180 - Béaeriz A. da S., 40 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior. Esvaziamento por vômica. Entrada 17-V e alta 28-VI. Cura. PB.
 1184 - Maria da S. C., 27 anos. Quisto hidático do fígado. Entrada 19-V e alta 1-VII-930. M2B.

RESUMO

Doentes de quistos hidáticos não operados	42	{	homens 25	
		{	mulheres 17	
Do fígado	25	{	homens 12	} 59,5 %
		{	mulheres 13	
Do pulmão	15	{	homens 11	} 35,7 %
		{	mulheres 4	
Do cérebro	1	{	homem 1	

Curas: 2 mulheres; um quisto hidático do fígado já operado e que retinha algumas vesículas no fundo dum tracto fistuloso; um quisto do pulmão esvaziado por vômica. Melhor: 11. Mesmo estado: 17. Mortes: 9.

As mulheres: n.º 11 tinha quisto hidático do fígado e pulmão e a n.º 3 dois quistos do pulmão.

Nota dos quistos hidáticos operados no Hospital Escolar de Santa Marta desde a sua fundação em 1911 até fim de 1930:

1) 107-2368 - António C., 40 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo: 4 a 5 litros, pouco líquido e muitas hidátides; fistulado no cólon; elevação do coração até a terceira costela. B. Gengou e Weinberg muito nitidas. Marsupialização e drenagem 17-XI-911, alta 9-III-912. Cura. Prof. Cabeça.

2) 378-2511 - Rosendo D. A., 32 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Weinberg positivo; eosinófilos, 9%. Marsupialização e drenagem 7-XI, alta 8-XII-912. Cura. Prof. Cabeça.

3) 2655 - Quisto hidático do mesentério, supurado. Laparotomia, extirpação e drenagem 3-VI, alta 27-VII-913. Cura. Prof. Cabeça.

4) 505-2673 - José G. Júnior, 26 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, supurado. 3 a 4 litros de pus verde, estéril. Eosinófilos, 3,5%. Marsupialização e drenagem 9-VII, alta 3-XI-913. Cura. Prof. Cabeça.

5) 511-2684 - Henrique V., 21 anos. Quisto hidático do rim direito. 500 c. c. de líquido. Laparotomia lombar, extirpação quasi total, drenagem 25/VII, alta 20-VIII-913. Cura. Prof. Cabeça.

6) 693-2847 - António B. F., 32 anos. Quisto hidático do fígado, face inferior. 2 a 3 litros de líquido. Eosinófilos, 22,5%. Marsupialização e drenagem 1-VI, alta 8-IX-914. Cura. Prof. Cabeça.

7) 730-2877 - Silvestre C., 39 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo. Eosinófilos, 3,5%. Ressecção das 7.ª e 8.ª costela, incisão e drenagem 23-VII, 26-VII-914 morte. Prof. Cabeça.

8) 806-2902 - Vitorino M., 38 anos. Quisto hidático do mesentério pélvico, entre a bexiga e o recto, volume duma cabeça de feto; hidátides múltiplas. Marsupialização e drenagem 22-XI, alta 2-V-915. Cura. Prof. Cabeça.

9) 1243 - Fernando J. S., 24 anos. Quisto hidático do pulmão. Ressecção das 7.^a e 8.^a costelas, sutura do pulmão à parede torácica 21-I, alta 10-V-916. Mesmo estado. Não se encontrou o quisto. Prof. Cabeça.

10) 1540 - João A. M., 23 anos. Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem 19-VIII, alta 25-XI. Cura. Dr. Sena Pereira.

11) 1471 - António F. de A., 43 anos. Quisto hidático do fígado, face inferior, supurado. Marsupialização e drenagem 19-VIII, alta 25-XI. Cura. Dr. Sena Pereira.

12) 1830 - Duarte dos S. F., 16 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior, supurado e fistulizado nos brônquios. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem; mais tarde foi ressecada a 7.^a costela. 30-X-917; 8-II-918 e alta 17-IV-918. Cura. Dr. Sena Pereira.

13) 2205-3257 - Manuel M. A., 48 anos. Quisto hidático do pulmão direito, unilocular, 1000 c. c. de líquido. Weinberg positivo; eosinófilos, 4%. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem 18-XII, alta 30-I-919. Cura. Prof. Cabeça.

14) 2137-3276 - António M. D., 37 anos. Quisto hidático do baço; 1500 c. c., hidátides múltiplas; eosinófilos, 3,5%. Marsupialização e drenagem, 3-VIII-918, alta 10-II-919. Cura. Prof. Cabeça.

15) 2007-3240 - José G., 24 anos. Quisto hidático dos músculos direitos da nuca; eosinófilos, 11%. Incisão, extirpação da cápsula e drenagem 29-IV, alta 12-V-918. Cura. Prof. Cabeça.

16) 2440 - Acácio R., 17 anos. Quisto hidático do fígado, supurado; eosinófilos, 3%. Marsupialização e drenagem 24-IX, alta 26-XI-919. Melhor. Dr. Pitschieller.

17) 2466 - José M. M., 29 anos. Quisto hidático do músculo solhar direito. Extirpação e sutura 25-XI, alta 6-XII-929. Cura. Dr. Sena Pereira.

18) 2245-3302 - Manuel D. F., 29 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, face inferior; hidátides múltiplas; muita bÍlis; icterícia. Marsupialização e drenagem 31-I, alta 24-V-929. Cura. Prof. Cabeça.

19) 2406-3335 - Pedro M., 26 anos. Quisto hidático do fígado; 5 litros de líquido com muita bÍlis; hidátides mortas. Marsupialização e drenagem 1-VII, alta 24-VIII-919. Cura. Prof. Cabeça.

20) 16-3414 - Leandro S. D., 48 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo médio, vol. ovo de pata. Ressecção da 3.^a costela; não foi possível localizar o quisto. 2-III-921. Mais tarde, no mês de Maio, fez-se aplicação de rádio sobre a cicatriz e o doente expulsou a membrana do quisto por vÓmica. Prof. Cabeça.

21) 75 - José M., 39 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, face superior. Ressecção da 9.^a costela, incisão do diafragma, marsupialização e drenagem 25-V a 3-VI-921. Morte. Dr. Luís Adão.

22) 56-3626 - António da L., 19 anos. Quisto hidático dos músculos radiais direitos, supurado. Incisão e drenagem 18-II, alta 20-III-922. Cura. Prof. Cabeça.

23) 67-3600 - António R., 32 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito; 3 litros de líquido. Ressecção da 7.^a costela, marsupialização 22-XI-922, alta 10-II-923. Cura. Prof. Cabeça.

24) 179 - João F. da S., 47 anos. Quisto hidático dos músculos peitoral e deltóide direitos; supurado. Incisão e drenagem 30-VIII, alta 2-IX. Melhor. Dr. Pimentel.

25) 75-3665 - Antônio M., 56 anos. Quisto hidático do fígado face inferior, conteúdo hemático. Marsupialização e drenagem 12-VI, alta 30-XII-923. Cura. Prof. Cabeça.

26) 354-3725 - Raúl M. F., 12 anos. Quisto hidático do fígado lobo esquerdo, vol. dum punho; eosinófilos, 1,5 %. Marsupialização e drenagem 26-II, alta 5-V-924. Cura. Prof. Cabeça

27) 247-3783 - José J. T., 20 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo; eosinófilos, 1,4 %. Cazoni fortemente positivo. Marsupialização e drenagem 9-XII, alta 29-XII-924. Cura. Prof. Cabeça.

28) Fernando A. P., 29 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo; já operado há 7 anos. Marsupialização e drenagem 18-XI, alta 25-III-926. Cura. Prof. Cabeça.

29) 101 - Augusto F. C., 63 anos. Quisto hidático do fígado; eosinófilos, 18,5 %; tuberculose pulmonar. Marsupialização e drenagem 23-VI a 29-X. Morte. Dr. Bernardo Vilar.

30) 52-3806 - Antônio F. de A., 48 anos. Quisto hidático do fígado, 3 a 4 litros de hidátides múltiplas; eosinófilos, 32,42 %. Marsupialização e drenagem 19-III, alta 19-IV-925. Cura. Tuberculizou-se mais tarde e morreu em 6-XI-925. Prof. Cabeça.

31) 128 - João N., 41 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, supurado. Marsupialização e drenagem 10-VIII a 10-VIII-925. Morte. Dr. Bernardo Vilar.

32) 166 - José S., 13 anos. Quisto hidático do baço, vol. duma cabeça de adulto. Marsupialização e drenagem 29-VIII, alta 11-XII-925. Cura. Dr. Casimiro Afonso.

33) 1053 - Francisco C. C., 60 anos. Quistos hidáticos do fígado e peritôneu (fossa ilíaca direita). Marsupialização e drenagem 23-VI, alta 30-VII-925. Melhor. Dr. Emílio Paiva.

34) 1257 - Francisco F., 20 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo. Ressecção da 8.^a e 9.^a costelas 17-VIII. Extirpação do quisto 2-IX-926, alta 12-X-926. Cura. Dr. Alberto Gomes.

35) 1281 - Antônio S. R., 18 anos. Quisto hidático do baço, supurado. Marsupialização e drenagem 7-VIII a 28-X-926. Morte. Dr. Alberto Gomes.

36) 1663-3912 - Raúl G. da S., 33 anos. Quisto do peritôneu pélvico, entre a bexiga e o recto; volume de cabeça de feto; hidátides múltiplas; calcificação da cápsula. Marsupialização e drenagem 16-XII-926, alta 31-III-927. Cura. Prof. Cabeça.

37) 200 - Augusto J. Q., 23 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 2-V, alta 31-VIII-927. Cura. Prof. F. Gentil.

38) 451 - Augusto da S., 55 anos. Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem 1-VIII, alta 30-X-927. Cura. Prof. F. Gentil.

39) 513 - Antônio M., 23 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, supurado. Marsupialização e drenagem 17-VIII-927, alta 25-V-928. Cura. Teve

durante o tratamento um abcesso subfrênico que foi incisado. Dr. Casimiro Afonso.

40) 644 - Mário de S., 22 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem 19-X, alta 22-XII-927. Cura. Dr. Bernardo Vilar.

41) 809 - João dos S., 23 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem 7-II, alta 17-III-928. Cura. Dr. Vasco Palmeirim.

42) 106 - Francisco M. de C., 49 anos. Quisto hidático do pulmão direito, central. Pneumotórax 28-XII a 29-XII. Morte. Prof. Monjardino.

43) 125 - Alexandre R., 35 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo, fistulado nos brônquios. Frenicectomia à esquerda 29-XII-928, alta 18-I-929. Melhor. Prof. Monjardino.

44) 864 - Mário M. N., 25 anos. Quisto hidático do fígado, supurado; tuberculose pulmonar bilateral. Marsupialização e drenagem 15-VI a 15-VII-929. Morte. Dr. Bernardo Vilar.

45) 1053 - Gabriel C. M., 72 anos. Quisto hidático do peritoneu pélvico. Marsupialização e drenagem 16-VIII, alta 2-XII-929. Cura. Dr. Bernardo Vilar.

46) 1228-4079 - Jordão A. B., 29 anos. Quisto hidático dos músculos da goteira cervical direita, volume duma laranja. Extirpação 21-X a 13-XI-929. Cura. Prof. Cabeça.

47) 1994-4105 - João R., 42 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, monolocular, 600 c. c. Marsupialização e drenagem 3-V a 2-VIII-930. Cura. Prof. Cabeça.

1) 98-2327 - Argentina da S., 19 anos. Quisto hidático do fígado, face inferior, pediculado; 1 litro. Marsupialização e drenagem 7-X-911, alta 2-V-912. Cura. Prof. Cabeça.

2) 131-2437 - Josefa M. P., 26 anos. Quisto hidático do fígado, hidátides múltiplas. Marsupialização e drenagem 24-X, alta 18-II-912. Cura. Prof. Cabeça.

3) 136-2360 - Maria M., 49 anos. Quisto hidático do fígado, face inferior, supurado; 3 a 4 litros. Marsupialização e drenagem 6-XI-911, alta 25-V-912. Cura. Prof. Cabeça.

4) 145-2366 - Maria do R. M., 46 anos. Quisto hidático do rim direito. Incisão lombar, Marsupialização e drenagem 15-XI-911, alta 25-III-912. Cura. Bem 17-I-929. Prof. Cabeça.

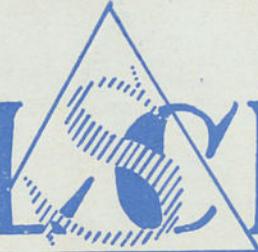
5) 127-2370 - Polônia de J. Quisto hidático do rim direito; pouco líquido e muitas hidátides. Incisão lombar, marsupialização e drenagem 18-XI-911, alta 9-III-912. Cura. Bem 6-VI-928. Prof. Cabeça.

6) 263-2414 - Joana E., 29 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo. B. Gengou negativo. Marsupialização e drenagem 2-V, alta 4-VIII-912. Cura. Prof. Cabeça.

7) 366-2470 - Maria C. R. L., 47 anos. Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem 10-VII, alta 2-XII-912. Cura. Prof. Cabeça.

8) 472-2508 - Maria J., 40 anos. Quistos hidáticos do fígado, supurados; 1 na face superior, outro na face inferior; pus e hidátides. Marsupialização e drenagem 31-X-912, alta 21-III-913. Cura. Prof. Cabeça.

CALCIUM



SANDOZ

Gluconato de calcium puro

FÓRMAS

PÓ GRANULADO

insípido

COMPRIMIDOS

gosto agradável

EMPOLAS

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

INDICAÇÕES

TUBERCULOSE

HEMORRAGIAS

DECALCIFICAÇÃO

EM GERAL

Mais de 120 trabalhos científicos sobre o CALCIUM "SANDOZ"

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

CORRESPONDENCIA

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

Nome

Morada

Assinatura :

Endereço exacto e lígivel

Especialista em:

BELLADENAL

SANDOZ

Sedativo nervoso dos casos resistentes

FÓRMA — comprimidos, tubos de 20.

INDICAÇÕES

ANGINA DE PEITO
ENXAQUECA
ESTADOS DE CRISE

POSOLOGIA

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

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

DISMENORREA: 2 a 4 comprimidos por dia.

EPILEPSIAS: 2 a 5 comprimidos por dia.

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

Productos farmaceuticos **SANDOZ**

ANTONIO SERRA, L.^{DA}

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96, 2.º

LISBOA

Apartado 142

9) 451-2528 - Adelina do C. P., 26 anos. Quisto hidático do baço, unilocular, 4 litros; glóbulos brancos, 4.000; linfócitos, 20 0/0; eosinófilos, 3 0/0. Marsupialização e drenagem 7-XII-912, alta 5-III-913. Cura. Prof. Cabeça.

10) 589-Adelaide de J. S., 11 anos. Quisto hidático do músculo esterno-cleido-mastoideu direito. Extirpação e drenagem 30-IX, alta 24-X-912. Cura. Dr. Sena Pereira.

11) 605-2660 - Gertrudes de O., 27 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 17-VI, alta 15-VIII-913. Cura. Prof. Cabeça.

12) 2733 - Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, supurado. Marsupialização e drenagem 2-XII a 19-XII-913. Morte. Prof. Cabeça.

13) 762-2836 - Perpétua R., 21 anos. Quisto hidático do fígado, face superior; unilocular, 6 a 7 litros de líquido bilioso. Marsupialização e drenagem 22-V, alta 28-X-914. Cura. Prof. Cabeça.

14) 913-2889 - Maria F. N., 57 anos. Quisto hidático do fígado, face inferior; 2 litros de líquido e hidátides. Marsupialização e drenagem 23-X-914, alta 24-III-915. Cura. Prof. Cabeça.

15) 925-2894 - Isaura de C. C., 22 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, face inferior. Ressecção de 2/3 da cápsula, marsupialização e drenagem 10-XI, alta 13-XII-914. Cura. Prof. Cabeça.

16) 943-2912 - Emilia A. da C., 30 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, vol. duma pêra grande. Marsupialização e drenagem 26-XII-914, alta 10-III-915. Cura. Prof. Cabeça.

17) 1020-2913 - Damiana M. P., 35 anos. Quisto hidático do mesentério. Extirpação, sutura do cólon transverso 28-XII-914, alta 14-II-915. Cura. Prof. Cabeça.

18) 1203-2986 - Carolina P. P., 10 anos. Quisto hidático do fígado, unilocular, central, 3 a 4 litros de líquido. Marsupialização e drenagem 10-VI a 11-VI-915. Morte. Prof. Cabeça.

19) 1208-2987 - Beatriz do C., 15 anos. Quisto hidático da tibia esquerda, epífise superior. Ressecção total do joelho 14-VI, alta 22-IX-915. Cura. Prof. Cabeça.

20) 1437 - Guilhermina R., 51 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, bilocular; B. Gengou positivo; eosinófilos, 7,35 0/0. Marsupialização e drenagem 29-XII-915, alta 26-IV-916. Cura. Dr. Sena Pereira.

21) 1494-3038 - Marcolina M., 23 anos. Quisto hidático do fígado; eosinófilos, 6,5 0/0. Marsupialização e drenagem 10-III, alta 4-VI-916. Cura. Prof. Cabeça.

22) 1780-3086 - Matilde M. dos S., 54 anos. Quisto hidático do fígado, supurado; 1 litro. Marsupialização e drenagem 13-XI-916, alta 7-I-917. Cura. Prof. Cabeça.

23) 2144 - Silvana de S., 47 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 25-IX-917, alta 5-I-918. Cura. Dr. Sena Pereira.

24) 2174 - Ana J. de A., 33 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, face superior. Marsupialização e drenagem 25-X-917, alta 14-I-918. Cura. Dr. Sena Pereira.

25) 2177 - Tereza A. B., 48 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito,

aderente à parede abdominal. Incisão, esvaziamento e drenagem 24-X, alta 20-XII-917. Cura. Dr. Sena Pereira.

26) 2199 - Maria J. M., 20 anos. Quisto hidático do fígado, face superior; muita bilis. Marsupialização e drenagem 26-X-917, alta 9-II-918. Cura. Dr. Sena Pereira.

27) 2367-2739 - G. Rosa C., 43 anos. Quisto hidático do mesentério pélvico; dois pequenos miomas uterinos; quisto para-ovárico direito. Quistectomia, miomectomias e ooforo-salpingectomia direita. 22-III, alta 6-IV-918. Cura. Prof. Cabeça.

28) 2492 - Maria das D. C., 46 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, supurado. Marsupialização e drenagem 19-VII-918, alta 3-IV-919. Cura. Dr. Sena Pereira.

29) 2551-3282 - Joana S. C., 65 anos. Quisto hidático do fígado, multilocular, calcificado. Laparotomia exploradora 3-XII, alta 20-XII-918. Mesmo estado. Prof. Cabeça.

30) 9 - Joaquina C., 30 anos. Quisto hidático do fígado, supurado; eosinófilos, 9 %. Marsupialização e drenagem 7-XI-919, alta 9-V-920. Cura. Dr. Sena Pereira.

31) 2635 - Maria das N., 33 anos. Quisto hidático do fígado, central. Marsupialização e drenagem 26-III, alta 12-VIII-919. Cura. Dr. Sena Pereira.

32) 2783 - Ilda C. M., 30 anos. Quisto hidático do fígado, face anterior. Marsupialização e drenagem 26-VIII, alta 9-XII-919. Cura. Dr. Sena Pereira.

33) 24-3432 - Maria F., 38 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo; 3 litros de líquido, unilocular; eosinófilos, 9 %. Marsupialização e drenagem 15-IV, alta 27-X-921. Cura. Prof. Cabeça.

34) 32-3433 - Joana P., 37 anos. Quisto hidático do mesentério, unilocular, 3 decilitros de líquido; eosinófilos, 25 %. Marsupialização e drenagem 16-IV, alta 30-V-921. Cura. Prof. Cabeça. Vide n.º 3952.

35) 125-3465 - Quitéria da C., 52 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito; Cazoni positivo; eosinófilos, 3,5 %. 1 litro de líquido e 2 vesículas grandes. Marsupialização e drenagem 6-VII, alta 15-IX-921. Cura. Prof. Cabeça.

36) 276-3525 - Amélia de J., 30 anos. Quisto hidático do fígado, conteúdo pastoso; eosinófilos, 6 %. Marsupialização e drenagem 10-II, alta 22-IV-922. Cura. Prof. Cabeça.

37) 666-3620 - Henrique da C., 36 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo; calcificado; 2 a 3 litros de líquido e hidátides; eosinófilos 12,5%. Marsupialização e drenagem 1-II, alta 30-IV-923. Cura. Prof. Cabeça.

38) 793-3645 - Maria N. L., 34 anos. Quisto hidático do rim esquerdo, polo inferior, vol. cabeça de feto; hidátides múltiplas; eosinófilos, 4 %. Nefrectomia lombar 26-IV, alta 13-VII-923. Cura. Prof. Cabeça.

39) 927-3678 - Isaura de C. C., 31 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, supurado; hidátides múltiplas; aberto nos brônquios. Ressecção da 9.ª costela, incisão transdiafragmática, drenagem 10-IV, alta 22-IX-923. Cura. Prof. Cabeça.

40) 1045-3697 - Iria da C. S., 31 anos. Quisto hidático do fígado, lobo es-

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C^a,
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

PARIS, P. LEBEAULT & C^o, 5, Rue Bourg-l'Abbé.
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS

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

Vidalon

(Óleo de fígado de bacalhau estandarizado com Vigantol)

Possúe ao contrario do óleo de fígado de bacalhau do comercio um conteúdo consistente e elevado em vitaminas.

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



Posologia:

Lactantes e crianças de tenra idade: $\frac{1}{2}$ —1 colher das de chá por dia.

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

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

»Bayer-Meister-Lucius«

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

Representante:

»LUSOPHARMA«

AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA

querdo; hidátides múltiplas; 2 a 3 litros; eosinófilos, 29%. Marsupialização e drenagem 17-XI-923, alta 16-II-924. Cura. Prof. Cabeça.

41) 1129-3707 - Hermínia C. H., 28 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo; 2 a 3 litros; hidátides múltiplas; eosinófilos, 13,5%. Marsupialização e drenagem 22-XII-923, alta 17-IV-924. Cura. Prof. Cabeça.

42) 1418-3761 - Luísa do C. B., 49 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, vol. dum punho; eosinófilos, 7,5%. Marsupialização e drenagem 29-VII, alta 27-IX-924. Cura. Prof. Cabeça.

43) 226 - Deodata da C., 35 anos. Quisto hidático da mama esquerda. Extirpação da glândula mamária 15-IX, alta 2-X-925. Cura. Dr. Alberto Gomes.

44) 893 - Beatriz M. M., 34 anos. Quisto hidático do fígado, supurado. Marsupialização e drenagem 22-III, alta 27-X. Cura. Prof. F. Gentil.

45) 1172-3873 - Maria V., 62 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, face inferior; 3 a 4 litros de líquido e hidátides múltiplas. Marsupialização e drenagem 25-V-926, alta 23-II-927. Cura. Prof. Cabeça.

46) 1310 - Aurora B. O., 15 anos. Quistos hidáticos do fígado, supurados; um do lobo direito, outro do lobo esquerdo. Marsupialização e drenagem 17-VI, alta 18-X-926. Cura. Dr. Cabral de Melo.

47) 1416 - Engrácia C. F., 60 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 20-VI, alta 17-IX-926. Cura. Dr. Alberto Gomes.

48) 1492-3889 - Luzia C. F., 54 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo; 3 litros de hidátides múltiplas. Marsupialização e drenagem 12-VII, alta 18-X-926. Cura. Prof. Cabeça.

49) 1564 - Alice dos P. C., 22 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito. Marsupialização e drenagem 1-VIII, alta 9-X. Cura. Dr. Bernardo Vilar.

50) 1951-3904 - Gerila da C. G., 22 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, 4 litros; grandes hemorragias e coleragias post-operatórias. Marsupialização e drenagem 27-XI-926, alta 13-II-927. Cura. Prof. Cabeça.

51) 1960 - Antónia P., 11 anos. Quistos hidáticos do fígado e pulmão. 1.^a operação: ressecção da 3.^a costela, incisão e drenagem, 27-I-927. 2.^a operação: ressecção das 8.^a e 9.^a costelas, incisão transpleural e drenagem 30-IV-927, alta 13-VIII-927. Cura. Dr. Alberto Gomes.

52) 423 - Maria B. das N., 37 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 29-III, alta 31-X-927. Cura. Prof. F. Gentil.

53) 777 - Estefânia das N., 31 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 31-V, alta 1-IX-927. Cura. Dr. Alberto Gomes.

54) 1104-3953 - Gertrudes A., 25 anos. Quisto hidático dos músculos da goteira vertebral lombar esquerda; volume dum punho. Extirpação e drenagem 3-VIII, alta 27-VIII-927. Cura. Prof. Cabeça.

55) 1115-3952 - Joana P. da C., 43 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior; volume dum punho. Ressecção da 5.^a costela, incisão, sutura do pulmão à parede torácica, drenagem 1-VIII, alta 13-X-927. É a doente do n.º 3433. Cura. Prof. Cabeça.

56) 1421 - Júlia F., 23 anos. Quistos hidáticos, 2 do fígado e 1 do epíploon gastro-cólico. Extirpação do quisto do epíploon, marsupialização e drenagem dos quistos hepáticos 4-XI, alta 23-XII-927. Em via de cura. Prof. F. Gentil.

57) 1448 - Maria F. da C., 60 anos. Quisto hidático do fígado, supurado.

Marsupialização e drenagem 18-XI-927, alta 15-1-928. Cura. Dr. António Martins.

58) 1851 - Maria I., 54 anos. Quisto hidático dos músculos da goteira vertebral esquerda. Extirpação e drenagem 7-XII, alta 12-XII-927. Cura. Dr. Vasco Palmeirim.

59) 1628-3984 - Mariana G. F., 40 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior, aberto nos brônquios; 500 c. c. de líquido e membranas; pequenas hidátides pela bôca. Ressecção da 7.^a costela, incisão e drenagem 6-I, alta 26-IV-928. Cura. Prof. Cabeça.

60) 1738 - Clara de A. R., 41 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, supurado. Marsupialização e drenagem 6-II a 25-II-928. Morte. Prof. F. Gentil.

61) 1739 - Júlia P. dos S., 19 anos. Quisto hidático do músculo grande oblíquo abdominal, volume dum avelã. Extirpação e drenagem 28-I, alta 11-II-928. Cura. Dr. Luís Adão.

62) 1751 - Laura A., 42 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo. Ressecção de costela, incisão e drenagem 10-II, alta 23-IV-928. Cura. Vide Boletim n.º 1602. Prof. F. Gentil.

63) 1871-4003 - Emília M. L., 14 anos. Quisto hidático do pulmão direito, lobo inferior, 500 c. c. Ressecção da 8.^a costela, incisão e drenagem 22-III, alta 19-V-928. Cura. Prof. Cabeça.

64) 557 - Virginia da C., 44 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, face superior. Marsupialização e drenagem 22-VIII-928, alta 23-11-929. Cura. Dr. Casimiro Afonso.

65) 1166 - Balbina C. V., 39 anos. Quisto hidático do pulmão direito. 1.^a operação: ressecção de costela 24-I. 2.^a operação: incisão e drenagem 29-I, alta 16-IV-929. Cura. Prof. F. Gentil.

66) 1248-4058 - Maria G. da C., 48 anos. Quisto hidático do pulmão esquerdo, lobo superior; 4 a 5 decilitros de líquido. Ressecção da 7.^a costela, incisão e drenagem 25-IV, alta 8-VI-929. Cura. Prof. Cabeça.

67) 1596-4062 - António de O., 27 anos. Quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, quasi pediculado; hidátides múltiplas; volume 500 c. c. Ressecção dum grande parte da cápsula, marsupialização e drenagem 9-V, alta 20-IX-929. Cura. Prof. Cabeça.

68) 1791 - Maria de S. N., 16 anos. Quisto hidático do fígado, face inferior. Marsupialização e drenagem 15-VII, alta 15-IX-929. Cura. Prof. F. Gentil.

69) 1279 - Rosária R., 38 anos. Quisto hidático do fígado, lobo direito, bordo anterior, pediculado; hidátides múltiplas. Laparotomia, extirpação total do quisto, drenagem 10-VI a 9-VIII-930. Cura. Dr. Faria Costa.

70) 1381-4109 - Laurentina, 18 anos. 2 quistos hidáticos do fígado, lobo direito, bordo anterior, hidátides únicas; eosinófilos, 4 0/0. Hepatotomia, marsupialização e drenagem 27-VI a 4-VIII-930. Cura. Prof. Cabeça.

71) 1444 - Luzia do C., 24 anos. Quisto hidático do fígado. Marsupialização e drenagem 23-VII a 21-IX 930. Cura. Prof. F. Gentil.

72) 1464-4110 - Herminia H. F., 35 anos. Quisto hidático do mesentério, aderente ao cólon transverso, caído na pelve, volume dum grande limão. La-

parotomia, extirpação total 16-VII a 2-VIII-930. Cura. Tinha sido operada dum quisto hidático do fígado, lobo esquerdo, em 22-XII-924. Vide n.º 3707. Prof. Cabeça.

RESUMO

Doentes de quistos hidáticos operados.	119	{	homens	47	
			mulheres	72	
Do fígado.	78	{	homens	26	66,4 %
			mulheres	52	
Do mesentério	8	{	homens	4	6,8 %
			mulheres	4	
Do rim	4	{	homens	1	3,3 %
			mulheres	3	
Do pulmão	14	{	homens	8	11,7 %
			mulheres	6	
Do baço	4	{	homens	3	3,3 %
			mulheres	1	
Dos músculos	9	{	homens	5	7,5 %
			mulheres	4	
Do osso.	1		mulher	1	
Da mama.	1		mulher	1	

Quistos hidáticos mixtos	{	homem, 33, do fígado e peritoneu.
		mulher, 51, do fígado e pulmão.
		» 56, do fígado e epiploon.
		» 8, dois do fígado.
» » múltiplos.	{	» 29, multilocular do fígado.
		» 46, dois do fígado.
		» 70, dois do fígado.

Curas 104 ou 87,4 %.

Mortes 9 { 7 operados do fígado } 7,5 %.
 { 2 » » pulmão }

Melhor 5, 3 operados do fígado, 1 do pulmão, 1 dos músculos.

Mesmo estado 1, a doente do quisto multilocular.

(Continua).

Serviço do Prof. Pulido Valente

SINDROMAS PLURIGLANDULARES

(A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO)

POR

MÁRIO ROSA e DIOGO FURTADO

Pela complexidade dos seus aspectos e pelas dificuldades da sua limitação, os síndromas pluriglandulares endocrínicos oferecem sempre um interesse particular para o estudioso.

Numerosos são já hoje os síndromas descritos atribuíveis a lesões de tal tipo; os seus aspectos variarão até dentro da mesma associação, conforme a predominância desta ou daquela glândula, conforme a natureza das perturbações funcionais produzidas, de hipofunção umas vezes, outras vezes de hiperfunção.

É evidente o polimorfismo extremo com que tais estados se poderão apresentar se reflectirmos que é grande o número de glândulas de secreção interna e que é freqüente a associação de mais de duas no mesmo processo mórbido.

No decurso normal da vida humana há períodos em que as correlações inter-hormonais atingem uma intensidade máxima, proveniente da desapareição ou da aparição, quasi crítica, de certas hormonas, ligadas ao estado de desenvolvimento ou de involução do indivíduo. É o que sucede principalmente na puberdade e na menopausa, períodos em que o organismo exige, da parte das hormonas sinérgicas ou antagónicas daquela que surge ou da que se vai extinguir, estados de excitação e de frenação glandulares compensadores da perturbação que o seu próprio desenvolvimento lhe acarreta.

Nem sempre esta sobrecarga de trabalho trazido pelas mudan-

ças evolutivas às glândulas de secreção interna se transforma em fenómeno mórbido; na imensa maioria das vezes mesmo ver-nos hemos apenas em face de perturbações ligeiras que cessam com a melhor adaptação espontânea das glândulas de que provêm à nova intensidade da sua função.

Noutros casos porém o parênquima endocrínico, altamente diferenciado e fisiologicamente muito activo, ressent-se do aumento de trabalho a que é sujeito e então espontaneamente enferma a sua função, acarretando quasi de seguida a enfermidade de outras funções interdependentes.

Podem as perturbações produzidas por estas últimas passar quasi despercebidas, apagadas em face da intensidade da sintomatologia da glândula primeiro lesada: é o que succede com o hipertiroidismo da puberdade; pode pelo contrário instalar-se uma sintomatologia confusa, derivada simultaneamente de várias glândulas e em que não exista uma predominância nítida, ou existindo, permita ainda um certo relêvo aos sintomas de diferente origem. O primeiro caso, a que serve de tipo, como dissemos, o hipertiroidismo da puberdade, é em regra considerado como um síndrome monoglandular; o segundo, pelo contrário, como um síndrome pluriglandular primitivo.

Ainda noutras circunstâncias se pode desenvolver um síndrome d'este último tipo; é quando um factor exógeno, intoxicação ou infecção, se localiza nos parênquimas endocrínicos, frequentemente quando estes estão já para tal predispostos pela existência de vascularização exagerada proveniente da sobrecarga funcional a que acima nos referimos.

É no emtanto de salientar que a existência de tais lesões inflamatórias ou tóxicas das glândulas de secreção interna nem sempre traz consigo perturbações funcionais, não as trazendo até na imensa maioria dos casos. Na autópsia de indivíduos mortos de tuberculose, sífilis, uremia, etc., é frequentíssimo o achado de lesões glandulares múltiplas sem que durante a vida d'esses indivíduos se tivessem encontrado quaisquer sintomas, referíveis a tais lesões. Numa minoria de casos, porém, essas lesões traduzem-se por síndromas complexos, em regra de insuficiências pluriglandulares múltiplas, conduzindo rapidamente à morte.

A predominância dos estados de insuficiência sobre os de hiperfunção nos síndromas pluriglandulares tem sido salientada

por vários autores (1); independentemente do caso de que nos vimos ultimamente ocupando, em que lesões destrutivas, como as produzidas pelas noxas infecciosas ou tóxicas, hão de forçosamente, como regra, determinar quadros de insuficiência, também no caso dos síndromas pluriglandulares, provocados pelas crises do desenvolvimento e da evolução normal do indivíduo, essas perturbações funcionais são mais vezes de insuficiência que de hiperfunção. Supomos encontrar a explicação d'êste facto na circunstância de serem muito mais freqüentes os síndromas pluriglandulares na menopausa e na involução senil do que na puberdade; exactamente nas perturbações da menopausa na mulher, e da senilidade no homem, há a desapareição de hormonas cuja acção geral deveria ser substituída pelo incremento da função de outras glândulas. Muitas vezes, porém, nas idades em questão, quer por doenças anteriores, quer por processos de esclerose das próprias glândulas, quer ainda pela esclerose vascular obstando à necessária irrigação da glândula, esta não pode reagir normalmente ao estímulo e leva assim ao estabelecimento de quadros de insuficiência glandular, mais freqüentes aqui do que em idades juvenis.

Estas mesmas razões serviriam também para explicar a maior freqüência das lesões glandulares nas idades já avançadas do que nas juvenis, visto que as glândulas anatomicamente íntegras dos jòvens mais facilmente suprirão os *deficits* e desequilíbrios funcionais do que as já alteradas dos velhos.

Um outro caso, de entre as lesões pluriglandulares, nos resta ainda para considerar: é aquele em que primitivamente existe uma perturbação apenas duma glândula de secreção interna, vindo a instalar-se mais tarde como consequência desta um síndrome complexo em que vêm colaborar também outras glândulas.

É precisamente um caso d'êste tipo que pretendemos relatar. Antes, porém, parece-nos útil abordar ainda a questão da etiologia e a da sua sistematização.

Como etiologia apenas se conhece, evidentemente, a daqueles casos que se sabe serem devidos a agentes patogénicos estranhos

(1) I. Curschmann. *Enf. endocr.* H. Zondek. *Krankheiten der Endokrinen Drüsen.*

ao organismo: tuberculose, sífilis, metástases tumorais, intoxicações.

A dos síndromas pluriglandulares partidos da doença primitiva duma glândula ficou condicionada à incerteza que reina em geral sôbre a etiologia desta última. Já aqui, no entanto, é forçoso entrar em linha de conta com outro factor que explique o motivo porque nalguns casos as lesões secundárias e associadas



Fig. 1

adquirem tanta importância, ao passo que na maioria dêles é mínimo o seu valor. Êste factor, o único a tomar em conta nos casos de perturbações poliglandulares primitivas, tem sido considerado pela maioria dos autores como congénito. Curschmann considera-o como uma distrofia pluriglandular congénita, que poderia mesmo não se manifestar senão tardiamente; K. Krabbe admite uma debilidade congénita do sistema endocrínico. É ainda

muito conhecida a opinião de Wiesel que filia estes casos numa forma de diátese conjuntiva a que Paltauf chama *status lymphaticus*.

Assim, a maioria dos autores admite na base dos síndromas endocrínicos uma predisposição congénita susceptível de só se manifestar tardiamente, sem a qual e apenas por causas estranhas, como as infecções e as intoxicações, seria possível o aparecimento desses síndromas; e ainda neste último caso seria tal debilidade que predisporia para a localização glandular da causa eficiente.

Resta-nos falar da classificação dos síndromas endocrínicos complexos.

Compreende-se a dificuldade encontrada pelos autores em sistematizar um grupo de doenças de sintomatologia e origens tão desencontradas. Várias classificações têm sido propostas, baseadas umas na etiologia, outras na sintomatologia. Pessoalmente adoptamos a seguinte, que nalguns pontos contacta com a de Claude e Gougerot:

Síndromas pluriglandulares totais..	}	Caquexias infantis, atrepsia (por esclerosis múltipla das glândulas vasculares, segundo Falta).	
		Síndromas de hiperfunção (ex. hipertiroidismo + acromegalia).	Síndromas de hipofunção (ex. tireo-génito-supra-renal de Claude e Gougerot).
Síndromas pluriglandulares parciais.....	}	De compensação (ex. hipertiroidismo + insufic. ovárica).	
		Síndromas mixtos	Paradoxais (ex. diabetes + mixedema).
Síndromas pluriglandulares frustes (associados em regra a um grande síndrome monoglandular).			

Vêm estas considerações a propósito de um caso clínico encontrado no acaso das consultas hospitalares, e em que se acham singularmente associadas as sintomatologias de hipertiroidismo e de acromegalia. Vejamos a observação.

M. M., 52 anos, casada, doméstica. Baixa queixando-se de tumor no pescoço, aumento de volume do queixo e das extremidades.

Anamnese. — Há cerca de 17 anos que se queixa do tumor que apresenta na face anterior do pescoço, a princípio de pequeno volume, mas que depois

Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações as sociedades scientificas e em especial a Academia de Medicina
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928; 18 de Março de 1930

DELBIASE

estimulante biológico geral

■ por hypermineralisação magnesia do organismo ■

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet

Principais indicações :

Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares

Perturbações neuro-musculares - Asthenia nervosa

Perturbações cardiacas por Hypervagotonia

Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso

Perturbações urinarias de origem prostatica

— Prophylaxio do Cancer —

dose : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

”

Ceregumil

Fernández

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

Contém no estado coloidal

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

**Insubstituível como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afecções intestinais. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago.**

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma, 246

LISBOA



Compral

Marca registrada

Para evitar e tirar dôres de qualquer natureza usar o antidoloroso de seguro efeito

COMPRAL

Livre de qualquer acção associada ou secundária, o Compral tem-se afirmado como um medicamento de eleição, mesmo nos estados dolorosos mais intensos, que muitas vezes só pela morfina podiam acalmar-se.



Embalagem original: Tubo com 10 comprimidos de 0gr.50

» *Bayer-Meister-Lucius* «

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

Representante:

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.º LISBOA

foi crescendo até atingir as grandes dimensões actuais. Já nesse tempo se cansava bastante, tinha palpitações e suava abundantemente.

Estas perturbações, de pouca intensidade, permitiam-lhe contudo viver regularmente. Dez anos depois, isto é, há cerca de 7 anos começaram acentuando-se as queixas anteriores: extrema fraqueza, emmagrecimento, cansaço e tremor. Também por essa altura começou notando que o queixo e as extremidades, em particular os pés, lhe aumentavam progressivamente de

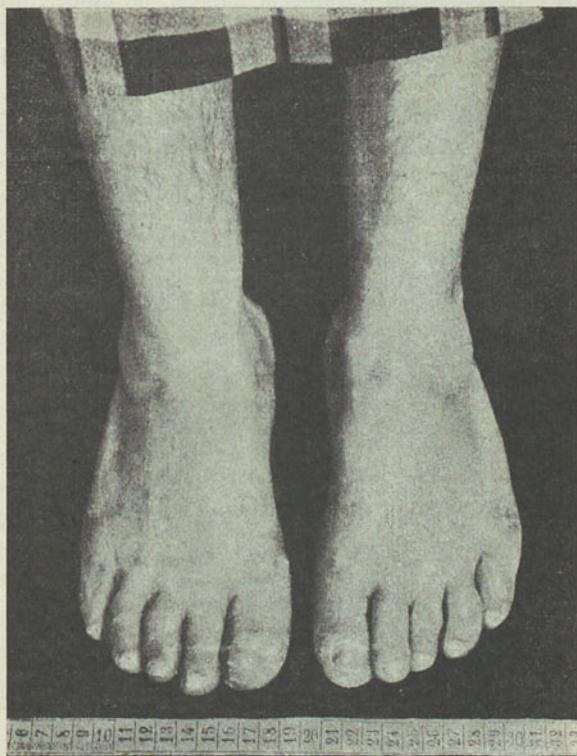


Fig. 2

volume, tornando-se lhe a pele de cor amarelada escura e a fala difícil, pelo simultâneo aumento do volume da língua.

A princípio todos estes aumentos de volume foram rápidos, depois mais lentos, tendo cessado há dois ou três anos para cá. Desde esta data porém que sente cefaleias, por vezes intensas, de localização sobretudo frontal, vertigens e por vezes vômitos. Ouve e vê bem.

A sua sintomatologia anterior persiste também: sente-se fraca, tem palpitações, suores, tremores e tem emmagrecido consideravelmente.

História progressa. — Nunca fôra doente.

Funções genitais. — Menopausa após a instalação das queixas que a fizeram baixar ao hospital.

Antecedentes familiares. — Sem valor.

Observação. — Doente do sexo feminino, em regular estado de nutrição, de aspecto verdadeiramente monstruoso. Cabeça enorme, com grande desenvolvimento do maxilar inferior. Nariz extremamente volumoso; lábios grossos (fig. 1). A língua, muito volumosa, dificulta a fala e dificilmente se exterioriza. Cabelos secos e quebradiços. É também notável, no esqueleto craniano, a saliência dos malares.

Volumoso bócio com dois nódulos palpáveis, duros, um no lobo direito



Fig. 3

outro no esquerdo, o do lado esquerdo parecendo aderente aos planos profundos. Tremor digital.

Cifose dorsal; considerável saliência do ventre, em parte por lordose lombar, em parte por aumentado volume dêste, contribuindo para singularizar a figura da doente. Exagerado volume das mãos, e sobretudo dos pés que são de dimensões enormes (fig. 2). Ossos das mãos e pés de grande volume; restante esqueleto, exceptuando o cefálico, de dimensões normais. Altura 1^m,47. Pêso 57 quilogramas. Pele de coloração escura, amarelada, sempre coberta de suor.

O exame dos diferentes órgãos e aparelhos não revela anormalidades. Coração um pouco aumentado de volume, à custa do ventrículo esquerdo. T. A. Mx. 17. Mn. 8. 88 pulsações por minuto.

Exame neurológico. — Normal.

Exame oftalmológico. — Não há exoftalmos nem sinais oculares de hipertiroidismo. Visão e fundos normais, sendo também normais os campos visuais para o branco e para as cores (Dr. Anastácio Gonçalves).

Exame radiológico do crânio. — Feito com incidência especial para a sela

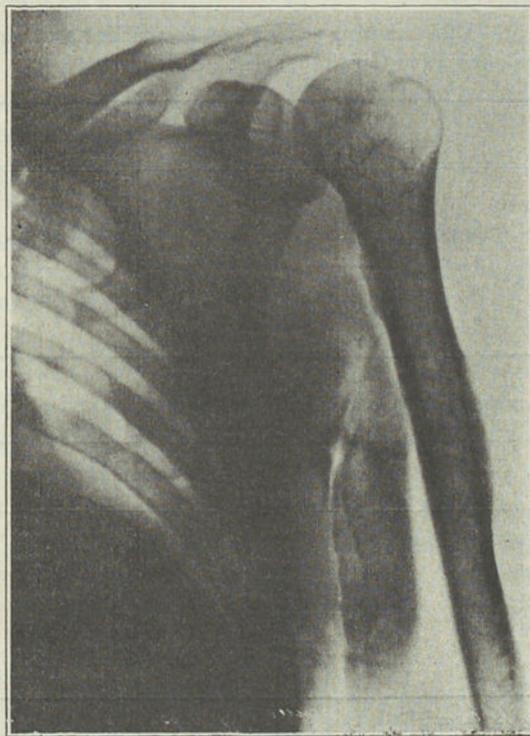


Fig. 4

turca, mostra que esta se encontra muito aumentada de volume, estando parcialmente destruída a lâmina quadrilátera.

Várias radiografias dos membros mostram a presença de bastantes espessamentos periósticos, vizinhos das epífises e sempre simétricos, como se pode verificar nas radiografias do humero que apresentamos (figs. 3 e 4).

Diureses. — Entre 800 e 1.500.

Análise de urina. — Alc. 3 turva 1.027; alb. vestígios; gl. o; pig. o; S. — Cél. de descamação, granulações de uratos, glóbulos de pus.

Sangue. — R. 90 0/0. Vg. 1. Gl. rubros 4.500.000. Gl. brancos 6.400. N. 59.
E. 1. B. o. Mon. 4. Linf. 36.

Curva de glicemia:

Em jejum.....	1,14
Ingestão de 50 grs. de glicose.....	
Meia hora depois.....	1,23
Uma hora »	1,95
Hora e meia »	1,83
Duas horas »	1,45

Durante a prova foi negativa a pesquisa de açúcar na urina.
Prova da pituitrina (10 U fisiológicas):

	Pulso	T. A.	Glicemia
Antes da injeccção ...	80	17-8	1,70
10' depois.....	82	17-7	1,50
20' »	82	17-7	1,34
40' »	84	17-7	1,40
60' »	82	17-7	1,45

Prova da adrenalina (1 c. c. de adrenalina Parke Davis):

	Pulso	T. A.	Glicemia
Antes da injeccção....	82	18-9	1,20
10' depois.....	80	19-9	1,30
20' »	82	18-9	1,30
40' »	82	18-9	1,40
60' »	84	18-9	1,20

Velocidade de sedimentação globular. — 8.

Metabolismo basal (Ap. de Krogh). — M. B. = + 38 0/0.

Sob o ponto de vista do metabolismo energético torna-se impossível saber se neste caso de acromegalia há uma manifesta acção das perturbações hipofisárias, dada a sua associação com as perturbações da tiroideia, umas e outras no sentido de hiperfunção. Seria uma averiguação interessante, tanto mais que a noção corrente de que na acromegalia (hiperipofisismo) o M. B. está aumentado, embora menos acentuadamente que no hipertiroidismo, não é admitida universalmente, julgando certos autores que as modificações do M. B. nos syndromas hipofisários dependem de perturbações secundárias da tiroideia e não de uma acção directa da hipófise. Seja como fôr, o estudo do M. B. não pode servir para um diagnóstico seguro das lesões hipofisárias ou,

pelo menos, não constitui um elemento decisivo, como sucede com as lesões tiroideias. Pensámos estudar também a acção dinâmica específica das albuminas, mas em face de um síndrome pluriglandular os resultados seriam sempre duvidosos e, portanto, sem valor.

Trata-se, como se vê, de um caso em que os sintomas de bócio tóxico se acham ligados aos de aqromegalia, prejudicando-se nalguns pontos em que são antagónicos, como sucede com as reacções à adrenalina e à pituitrina, que são do tipo hipofisário. Não há diabetes insípida. Como curiosidade clínica, é interessante salientar a presença de espessamentos periósticos simétricos, que não encontrámos descritos em mais caso algum, quer de aqromegalia, quer de bócio. Acham-se descritas hiperostoses de distribuição irregular e em parte alguma vimos referênciã à simetria observada aqui.

A evolução clínica do nosso caso pertence ao tipo que nós descrevemos como sendo de ponto de partida monoglandular. Com efeito, durante muito tempo esta doente sofreu de tumor da tiroideia, com toda a probabilidade um adenoma, acompanhado já de sinais tóxicos. Na altura da menopausa, estes sinais agravaram-se, todo o corpo tiroideu aumentou de volume, surgindo então os primeiros sintomas de doença hipofisária. Toda esta sintomatologia progrediu até certo ponto, mantendo-se estacionária e definitiva há já cerca de dois anos. É de notar também a desproporção entre o volume do tumor hipofisário e a pouca gravidade, tanto dos sintomas de hipertensão craniana, como das perturbações oculares, que pode dizer-se que não existem.

NOTAS CLÍNICAS

A INFLUENCIA DO SISTEMA VEGETATIVO SOBRE A PRESSÃO SANGUÍNEA E A PATOGENIA DA HIPERTENSÃO (1)

PELO

DR. E. LESCHKE

Professor de medicina interna na Universidade de Berlim

A evolução dos nossos conhecimentos acêrca da patogenia da hipertensão verdadeira, nestes últimos anos, mostra claramente como a noção de causa funcional progride sempre na explicação dos fenómenos patológicos. Ludwig Traube foi o primeiro a verificar a elevação da pressão sanguínea na esclerose renal, explicando-a, de um modo puramente mecânico, pelo estreitamento dos vasos renais. Essa teoria teve de ser logo abandonada porque a restrição mesmo acentuada do calibre dos vasos, por si só, nunca produzia a elevação da pressão. O estreitamento de todos os capilares da pele, como acontece durante os calafrios e depois de uma injeção de tetraidronaftilamina nunca foi capaz de produzir êsse resultado. A constrição, porém, dos vasos de toda a zona esplâncica pode provocar uma hipertensão. Entretanto, um bloqueio dessa ordem, que Jansen, Tams e Achelis puderam realizar experimentalmente, dando em resultado um aumento de 30 % da pressão sanguínea, quasi nunca será observado na clínica. A própria sobrecarga sanguínea dêsse território, durante a digestão, não promove uma baixa perceptível da pressão arterial, por isso que os outros departamentos vasculares se restringem, compensando. Sômente quando há uma falha no sistema regulador central, por exemplo, no colapso e na paralisia vasomotora em consequência de difteria, septicémia, peritonite, etc., é que a pressão cai e o coração funciona no vazio, de modo que o paciente, por assim dizer, tem uma hemorragia dentro dos seus próprios vasos esplâncicos.

A teoria de Gull e Sutton, segundo a qual o aumento da tensão arterial é condicionado por uma afecção sistematizada das arteríolas, uma fibrose artério-capilar, também não alcança a verdadeira causa do fenómeno. Grande parte das artérias das vísceras — por exemplo: do coração, pulmões, intestinos, tecidos gordurosos, e mais dos músculos e pele — raramente se alteram,

(1) Artigo escrito expressamente para ser publicado na *Lisboa Médica*.

ou então só em grau insignificante. Em todo o caso uma esclerose arterial, como Muenzer e Munk aceitam, não existe.

Para termos uma noção clara a respeito da função da musculatura vascular é mister fazermos uma distinção entre músculos tensores e músculos motores (Petersen), como na musculatura do esqueleto. Os primeiros existem em todas as artérias de proporções macroscópicas. Essas artérias são tubos de distribuição, que levam o sangue da aorta aos órgãos. Na quantidade, porém, do sangue distribuído elas não têm qualquer influência. O seu calibre é muito grande, de modo que as suas variações não podem influir na quantidade de sangue e, demais, essas artérias têm a seu cargo a irrigação de tecidos que, embora façam parte do mesmo órgão, exigem quantidades diferentes de sangue; nas extremidades, por exemplo, irrigam músculos, tecidos gordurosos e pele.

As resistências que regulam a distribuição sanguínea, exactamente como as resistências das rêdes de energia eléctrica de uma cidade — que deixam passar a corrente de acôrdo com as necessidades de cada lugar — estão principalmente nas arteríolas. É nelas que sobe ou desce a resistência, conforme a lei de Poiseulle, válida para todos os tubos estreitos: *inversamente proporcional à quarta potência do raio*. Por isso mesmo as pequenas variações de calibre têm uma enorme influência. Estas variações dependem dos músculos referidos em segundo lugar, os *Stellmuskeln*. Representemos a tensão por T , a dilatação por E , a energia da pressão sanguínea será $E = T \cdot E$. Se a resistência elástica aumentar e a capacidade de expansão da parede diminuir, isto é, a pressão sanguínea subirá proporcionalmente, para garantir igual energia da onda do pulso.

A resistência expansiva e o calibre das arteríolas serão pois muito menos influenciadas pelas alterações anatómicas das paredes do que pela contracção funcional e dilatação dos seus músculos fixadores, *Stellmuskeln*. Em consequência disso a elevação da pressão sanguínea é antes de tudo um fenómeno de natureza funcional. A sua expressão anatómica só aparece secundariamente no correr dos anos: a hipertrofia da musculatura, do tecido elástico e conjuntivo. *A artério-esclerose é consequência, e não causa da hipertensão.*

Dêsse modo a hipertonia fornece-nos um exemplo claro de que de uma função alterada se desenvolve uma alteração orgânica irreversível. Todavia, mesmo quando houver formação pronunciada dessas lesões orgânicas, elas não bastarão, por si sós, para explicar a elevação da pressão sanguínea de um modo puramente mecânico. *Pelo contrário, os espasmos funcionais dos vasos são sempre a causa primeira.* Se estes incidem de preferência na pele ou na região esplâncnica; se o paciente se apresenta pálido ou corado; se existe uma hipertonia branca ou rubra, segundo Volhard, é uma questão que não tem importância essencial e geral sob o ponto de vista da patogenia; terá significação da localização especial, que aliás pode ter um valor para a patogenia especializada.

O factor decisivo na origem da hipertensão essencial é de ordem constitucional. Isso faz com que a hipertensão se incorpore à classe das *perturbações de regulação*, de patogenia aproximada, nas quais encontramos um *nível fisiológico elevado patologicamente*, por exemplo, a febre, como perturbação

de regulação térmica, a diabete, como perturbação do metabolismo do açúcar, a diabete insípida como perturbação na regulação hídrica.

Esse factor constitucional já se assinala como tal se atentarmos que a hipertensão constitui uma moléstia de carácter familiar acentuado. É muito freqüente encontrarmos a pressão arterial elevada nos parentes dos doentes de hipertensão, sem que êles se apercebam disso. Conheço famílias nas quais a maioria dos membros apresentam pressão arterial aumentada. Em muitas dessas famílias é comum a apoplexia na idade de 40 a 60 anos, desde várias gerações.

A elevação da pressão sanguínea pode existir durante 10 ou mais anos sem acarretar qualquer manifestação patológica, sendo que muitas vezes é descoberta casualmente, por exemplo, durante um exame para um seguro de vida, ou então somente depois de um insulto apoplético. Pesquisando sistematicamente, encontramos um número não desprezível de hipertensos entre as crianças das escolas e os estudantes. Isso foi comprovado por Lord Dawson of Pen, na Inglaterra, e Alvarez, nos Estados Unidos. Acompanho alguns desses jovens há mais de 15 anos e verifico que a pressão arterial sobe lenta,

mas continuamente. A maior parte dêles, assim como de seus parentes com pressão normal, sofrem de enxaquecas e de outras perturbações vasomotoras. O tipo constitucional desses pacientes, ao contrário da opinião dominante, não é, preferentemente, o pícnico epletórico, mas sim o leptosomático, erético.

De acôrdo com Castex, não tenho em alta conta a influência das moléstias infecciosas, a sífilis e os distúrbios tireotóxicos. Muito ao contrário,

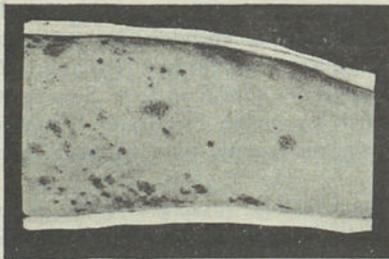


Fig. 1. — Púrpura Mojocchi

as moléstias do aparelho genital feminino, assim como a menopausa, têm indiscutivelmente um papel importante. É o que nos prova o grande número de hipertensões nas pacientes com miomas, nas pacientes operadas no baixo ventre e nas de menopausa precoce e mesmo normal. Não obstante, trata-se mesmo aqui, na minha opinião, menos de uma influência endócrina directa, do que de uma influência nervosa reflexa sôbre os centros reguladores, à semelhança do que observamos nos casos de elevação reflexa da pressão sanguínea após a ligadura dos ureteres, ou qualquer outro obstáculo no fluxo da urina, que desaparece poucos minutos depois de afastado esse empecilho.

Gottron chamou ultimamente a atenção para a freqüência da *Purpura annularis teleangiectodes* descrita por Majocchi, em tais pacientes, na clínica dermatológica da Charité. Trata-se de pequenas dilatações dos capilares e hemorragias, de cor vermelha clara até vermelha azulada, ou também vermelho-castanha, que pelas suas dimensões apenas punctiformes passam facilmente despercebidas. Entretanto, chamada uma vez a nossa atenção para elas, encontrá-las hemos em muitos casos.

Essa *Purpura Majocchi*, como Gottron demonstrou, e eu pude verificar,

LISBOA MÉDICA

Termómetros Clínicos “Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.
Representantes para Portiugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada
Rua dos Sapateiros, 39. 1.º LISBOA

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creósote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.
Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

PARIS (8º)

GRIPPE

RACHITISMO

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

FERRO. MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nuclemica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRADÁVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

SIRAN



BROSEDAN

Temmler-Werker, Berlin-Johaniethal

Extracto Hormonal

Dr. Richard Weiss's

FERTILINE = VIRILINE

MASCULINO

Para o rejuvenescimento do homem: debilidade sexual, depressão, cansaço, isonornias, nervosidade, falta de appetite

Dr. Richard Weiss's

FERTILINE = VIRILINE

FEMININO

Para o rejuvenescimento da mulher: em casos de esterilidade, neurastenia sexual, irregularidade da menstruação, insensibilidade

Dr. Richard Weiss's

Berlin N.º 24

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

Hãmafopan

feito de

Extracto de Malte e Sangue con'em todas as substancias baseas e complementares em estado activo para a **formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

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

Chem. Fabrik Milkal, Altona-Hamburgo

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

SPETON



Temmler Werke, Berlin-Johaniethal

baseado em numerosas observações, não é uma simples afecção orgânica da pele, mas tem estreitas relações com as oscilações da pressão sanguínea e com o número dos glóbulos vermelhos do sangue. São freqüentes não somente na hipertensão acentuada, mas também quando existe uma tensão lábil, sendo que justamente nestes casos nos dá indicações valiosas para o diagnóstico, principalmente quando observamos os doentes em um período de pressão normal.

A pesquisa das condições hereditárias e constitucionais, e bem assim a anamnese e estados das perturbações, demonstrarão freqüentemente — com o auxilio da observação ulterior — que os pacientes têm uma pressão lábil com elevações passageiras; que sobrevêm crises vasculares; que existe uma *excitabilidade* vasomotora e afectiva; que o rosto dos pacientes se ruboriza facilmente; que as ondas de sangue e cefaleias são freqüentes e principalmente que esses pacientes *não suportam o calor*. Tenho visto repetidamente que tais pacientes são acometidos dessas hemorragias cutâneas depois de calores fortes, ascensão de montanhas, esforços desportivos, irritação e massagens. Quando essas hemorragias já não são recentes, mas tomaram uma coloração de ferrugem, podem ser facilmente confundidas com o eczema folicular.

Devemos também tomar em consideração as *oscilações das várias estações*: na primavera e no outono, assim como durante os grandes calores, aparecem com mais freqüência, o mesmo que acontece para as apoplexias, como observamos. Isso demonstra também a importância patogénica das alterações da excitabilidade vegetativa.

A prova funcional dos vasos mostra, na hipertensão, várias anomalias, mesmo na forma intermitente da alta pressão lábil:

- 1) *Palidez* da pele (em vez de rubor) sob a influência do calor.
- 2) Elevação da pressão sanguínea (em vez de baixa) nos banhos quentes.
- 3) Depois da barragem do fluxo sanguíneo por uma atadura compressiva, alongamento do tempo de corrente posterior (*Nachstromungszeit*, Lange) à observação microscópica dos capilares.

Libertada a corrente sanguínea, o vácuo nos capilares perdura mais tempo que normalmente, em consequência de uma contração vascular que pode persistir até mais de 1/4 de hora. Isso significa, segundo Westphal, a existência de um «*mecanismo travador*» extraordinário que, em consequência do aumento de tónus das arteriolas, impede a entrada da onda sanguínea, pelo espasmo vascular.

4) Alongamento de vesiculação depois da aplicação de um emplastro de cantáridas.

5) Reacções vegetativas invertidas: baixa da tensão sanguínea depois da adrenalina e mais freqüentemente após injeções de cálcio.

TERAPÊUTICA

A terapêutica dará resultado apenas na medida em que ela conseguir baixar a excitabilidade vegetativa. *Quanto mais cedo fixarmos o diagnóstico tanto mais proveitoso será o tratamento.*

Repouso e clinoterapia têm aqui uma indicação capital; devem, aliás, ser coadjuvados pelo afastamento do paciente do seu ambiente habitual e dos trabalhos da sua profissão e das excitações que lhe estão ligadas. Também a psicoterapia dá em muitos casos bons resultados, principalmente nos estados de angústia, de irritabilidade, nos complexos de inferioridade, neuroses sexuais, etc. Do ponto de vista dietético, recomendam-se a restrição dos albuminóides, sendo preferível a alimentação vegetal — se bem que desnecessário instituí-la exclusiva — abstenção do café, chá forte e condimentos em excesso. A dieta de *Gerson* dá muitas vezes um excelente proveito. De bom grado substituí o sal de cozinha pelo Bromohosal, de gosto salgado agradável, que é um composto bromado de ácidos orgânicos, de acção sedativa além do mais.

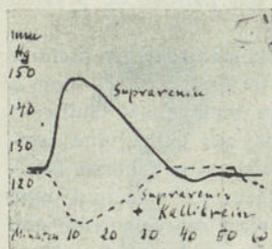


Fig. 2. — Pressão arterial depois da injeção de suprarenina e de kalikreína

Quanto ao tratamento medicamentoso é aconselhável a combinação de preparados de efeito sedativo sobre o «Hirnstamm» (Núcleos lenticular e candado, camada óptica e pedúnculos cerebrais, etc.), e de acção dilatadora sobre os vasos de córtex cerebral. Portanto, para exemplificar: brometo de potássio com adalina, piramidon, papaverina, diuretina, rodapurina, iodo, nitritos, e bem assim a administração continuada, à noite de 0,1 de *luminal*, por isso que é precisamente durante a noite que sobrevêm as elevações da tensão sanguínea. Demais, o sono profundo e o efeito sedativo posterior acalmam a irritabilidade, mesmo no dia seguinte.

Considero muito importante a indicação de hipnóticos, durante a primeira semana, nas *grandes altitudes*. Até pouco tempo atrás, proibíamos, receosos, as altitudes superiores de 800 metros aos pacientes de pressão alta; a experiência, entretanto, mostrou-nos que esse temor só se justifica para os pacientes com uma pressão diastólica acima de 130 e sistólica acima de 200, enquanto não conhecemos a sua capacidade de adaptação a essa altitude. Pacientes com elevação moderada da pressão sanguínea, ao contrário, tiram bom proveito justamente nas estações de altitude — sendo de notar que isso somente se dá com uma permanência de um mês pelo menos, com a máxima cautela e debaixo de uma *contrôle* médico constante.

No que respeita às drogas que actuam sobre o sistema vegetativo, é de lastimar que justamente a ergotamina, de acção paralisante sobre o simpático, falhe completamente. Todavia, a colina — principalmente na forma de *pacyl*, recomendada por F. H. Levy e de *sedicyl*, onde está associada a

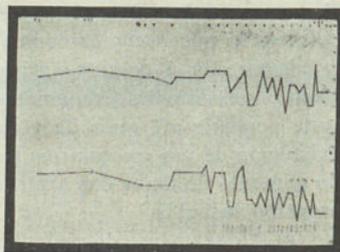


Fig. 3. — Hipertonia essencial. Abaixamento da pressão arterial com a kalikreína.
Curva superior — pressão sistólica
Curva inferior — pressão diastólica

outros medicamentos sedativos — faz baixar a pressão sanguínea quando aplicada por via oral, durante longo tempo.

Conseguimos uma rápida, mas passageira, baixa da tensão arterial com uma injeção de 1/2 a 1 miligr. de *histamina*, efeito semelhante ao que obtivemos com a *sangria*.

Substâncias orgânicas, de acção depressora, são encontradas no fígado, nos músculos e principalmente no pâncreas. Uma substância componente do extracto hepático, denominada *anabolina* por Harrower, o *lacarnol*, preparado, por Schwarzmann, dos músculos, e muito especialmente a *kalikreina* (1), hormona circulante do pâncreas, descoberta por Frey e Krauth, bem assim o *angioxyl*, aparentemente idêntico, menos tolerável, fazem baixar a pressão sanguínea não só passageiramente, mas por longo tempo, quando administrada com persistência.

A baixa de pressão faz-se pela dilatação das arteríolas e capilares. Na maioria dos casos há uma descida de 30 a 60 milímetros de mercúrio, mais ou menos, em média 50 milímetros. Hipertensões fixas, muito altas, principalmente nas escleroses renais, mostram-se porém refractárias a todos os tratamentos. Na maioria dos casos a queda da pressão não se faz logo de um modo permanente; a princípio, com as injeções continuadas diárias, nota-se oscilações da pressão,



Fig. 4. — Um caso de gangrena do pé antes do tratamento

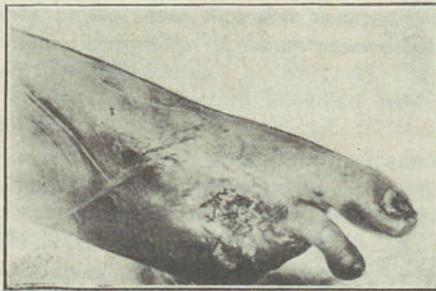


Fig. 5. — O mesmo caso de gangrena depois do tratamento pela kalikreina

como acontece no estágio lábil que a hipertensão atravessa, no seu início. O *filmi* passa, por assim dizer, às avessas. Só depois de algumas semanas é que a pressão se mantém num nível abaixo, persistindo assim, mesmo depois de suspenso o tratamento pela *kalikreina*, por semanas e meses, em muitos casos até 3/4 de ano. Se a pressão subir outra vez, deve-se renovar o tratamento pelas injeções, em regra 1 por dia, nos casos gra-

ves 1 a 2 ampolas 2 vezes por dia. A terapêutica pela *kalikreina* deve obedecer a uma norma individual, exactamente como no caso da *Insulina*.

(1) *Kalikreina* chama-se hoje *padutina*.

Na angina *pectoris* as dores desaparecem permanentemente em cêrca de 60 % dos casos, depois de umas 60 injeções; outros casos são refractários sem que saibamos a razão.

Os mais belos resultados, porém, do tratamento pela *kalikreina* ocorrem na gangrena angioneurótica e tromboartérica. Nos casos leves das moléstias de Raynaud e de Buerger, na claudicação intermitente, e outras moléstias vasculares semelhantes, a circulação restabelece-se.

Mesmo nos casos mais graves, que antes estavam condenados à amputação, as úlceras gangrenosas curam-se, livrando-se assim os pacientes da mutilação cirúrgica, e tornando-se finalmente, até, capazes de trabalho.

Revista dos Jornais de Medicina

Dismenorreia e psicoterapia. (*Dismenorrhoe und Psychotherapie*), por J. NABER. — *Therapie der Gegenwart*, n.º 3, 1931.

A dismenorreia é a maioria das vezes de origem psíquica. Em muitas centenas de casos a psicoterapia provoca um alívio das perturbações mens-truais (dores, enxaqueca, vômitos, etc.).

F. FONSECA.

Diabetes insular e insulino-resistente. (*Insulärer und insulino-resistenter Diabetes*), por W. FALTA e R. BOLLER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 10. 1931.

Com a descoberta da insulina e os numerosos trabalhos de investigação que se lhe seguiram, entre os quais os autores citam os de Mac Leod e Hédon foi confirmada a existência da diabetes insular, tal como a tinham descrito Minkowski e Mering.

A introdução na rotina laboratorial dos micrométodos para a avaliação da glicemia, deu-nos a conhecer formas hiperglicémicas, normoglicémicas e hipoglicémicas de diabetes, e a prática da insulino-terapia revelou-nos que a forma hiperglicémica não tem apenas uma etiologia. Assim, foram descritos numerosos casos de diabetes insulino-resistente devida ou não a complicações da doença. Na diabetes *innocens* muitas vezes a glicosúria não desaparece, mas nestes casos Radoslav mostrou que a insulina tem acção hipoglicemiante. Entretanto há seguramente diabetes insulino-resistente com elemento renal (Frank, Falta).

Falta para a determinação da insulina-resistência emprega os seguintes métodos:

1.º — Prova de Radoslav (determinação da curva da glicemia depois da administração em jejum duma certa quantidade de insulina).

2.º — Determinação da quantidade necessária de insulina. Como esta depende por um lado da gravidade do caso e por outro da constituição da dieta, empregam os autores uma dieta de padrão, excepto nos doentes em estado subcomatoso, ou comatoso. Assim e durante longos anos de observação os autores verificaram que muitas vezes um caso aparentemente mais grave necessita de menos insulina para se tornar glicosúrico, do que outro julgado benigno. Neste último há um certo grau de insulino-resistência.

3.º — Método da omissão de insulina. Estudo da glicosúria e glicemia depois da interrupção do tratamento insulínico.

Consoante se vê no quadro seguinte, há dois tipos de diabetes hiperglicémica que se diferenciam pelo seu comportamento quanto à insulina.

Nome e idade	Anamnese	Glicosúria com dieta padrão	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia	8.º dia	
1.º caso M. G. 35 anos	Diabetes há 5 anos mantida aglicósúrica com doses de 100 a 120 U. I.	—	Insulina ... Quant. urina Açúcar, grs. Acetona ... Pêso em kgs.	80 2000 neg. neg. —	80 2300 neg. neg.	3320 99,3 + —	80 1700 10,4 neg. 59,5	80 2000 20 vestig. —	80 1900 neg. neg. 60,7	— — — — —	Aglicósúrico com 8 U. I.
2.º caso S. ♂ 25 anos	Há 3/4 anos rápido emmagrecimento e fraqueza. Entra em estado comatoso. Passadas semanas fica aglicósúrico com dieta padrão e 80 U. I.	—	Insulina ... Quant. urina Açúcar, grs. Acetona ... Pêso em kgs.	80 2400 neg. neg. 61,30	80 2300 neg. neg.	3320 99,3 + —	80 1700 10,4 neg. 59,5	80 2000 20 vestig. —	80 1900 neg. neg. 60,7	— — — — —	Aglicósúrico com 8 U. I.
3.º caso P. ♂	Há 1/2 ano sêde, emmagrecimento e 7,5 1/2 de açúcar. Aglicósúrico com insulina.	3200 c. c. 3,6 % 115 grs.	Insulina ... Quant. urina Açúcar, grs. Acetona .. Pêso em kgs.	110 1300 neg. neg. 74	110 1350 neg. neg.	2200 39,4 vestig. —	105 860 neg. neg. 73,1	105 1300 neg. neg. —	— — — — —	— — — — —	Aglicósúrico com dieta padrão e 100 U. I.

4.º caso R. ♀ 49 anos	Há 6 semanas sêde, poliúria, po- lifagia e emmagre- cimento.	2270 c. c. 5,43 % 123,5 gr.	Insulina ... Quant. urina Açúcar, grs. Acetona ... Pêso em kgs. 75,7	135 1240 neg. neg. —	135 1250 neg. neg. 75,6	135 1140 neg. neg. —	135 1450 neg. neg. —	125 1150 neg. neg. —	Mais tarde tole- rância aumen- tada tanto para os albuminóides como para os hidratos de car- bone.
5.º caso P. ♂ 49 anos	Diabetes desco- berta por acaso no decorso duma ba- lanite 3 semanas antes da admissão. Aglicosúrico com com 120 U. I.	54 grs.	Insulina ... Quant urina Açúcar, grs. Acetona ... Pêso em kgs. 90,60	150 1100 neg. neg. —	180 850 neg. neg. —	— 1640 neg. neg. —	240 800 neg. neg. —	— 1400 neg. neg. 50,00	Mais tarde tole- rância aumen- tada (240 grs. de equivalente pão).
6.º caso P. ♂ 55 anos	Diabético há 4 anos. Não teve die- ta.	54 grs.	Insulina ... Quant. urina Açúcar, grs. Acetona ... Pêso em kgs. 67,80	— 1200 neg. neg. —	150 800 neg. neg. —	240 1100 neg. neg. —	270 1200 neg. neg. —	330++ 700? neg. neg. —	A experiência pro- longou-se por 11 dias.

+ Reação hipoglicêmica (+ 20 grs. de equivalente pão) fica aglicosúrico com 125 U. I.
++ + 18 horas hipoglicêmica (+ 5 pedaços de açúcar).

Os casos foram escolhidos de modo que no começo desta tabela figura um caso puro e grave do tipo A, e depois um caso menos grave do mesmo tipo. Segue-se um caso de forma nítida e depois um caso do tipo B.

O primeiro tipo é caracterizado pelo facto de a perturbação do metabolismo ser completamente compensada por uma quantidade não muito elevada de insulina, provocando um aumento na dose desta hormona sintomas de hipoglicemia e uma diminuição na mesma dose sintomas de diabetes. Os doentes 1 e 2 são casos típicos de diabetes hiperglicémica e puramente insular.

O segundo tipo insulino-resistente apresenta-se sob duas formas. Em ambas a dose de insulina necessária para fazer desaparecer a glicosúria é superior à do tipo A. Num dos sub-grupos a diminuição de insulina leva à glicosúria e o aumento à hipoglicemia. Esta forma de insulino-resistência encontra-se frequentemente nos casos de diabetes complicados por processos infecciosos e também nos casos em que há forte excitação psíquica. O segundo sub-grupo é caracterizado pelo facto de poder comportar um excesso de insulina sem sintomas de hipoglicemia. A interrupção brusca da mesma hormona não dá glicosúria ou apenas provoca o aparecimento de leves vestígios de açúcar na urina.

O emprêgo sistemático destes três processos de investigação mostrou aos autores que é enorme o número de casos em que se consegue descobrir o factor insulino-resistência. Em 74 casos, cuidadosamente observados, apenas 13 pertencem ao tipo A. O tipo resistente é muito mais frequente nos indivíduos idosos, com pequena tendência à formação de corpos cetónicos e frequentemente associado à obesidade e à hipertonia vascular.

Entrando no campo da hipótese os autores admitem que a regulação da glicemia depende principalmente de duas forças: uma assimiladora — A, e outra desassimiladora — D.

Teóricamente admitem as seguintes possibilidades:

I — Predomínio de A sobre D :

- a) A aumentado, D normal (certos estados de hiperinsulinismo).
- b) A normal, D diminuído (doença de Addison).
- c) A diminuído, D ainda menor (diabetes hiperinsensível à insulina).

II — Predomínio de D sobre A :

- a) D normal, A diminuído (diabetes insular).
- b) D aumentado, A normal (diabetes insulino-resistente).
- c) D aumentado, A diminuído (combinação de diabetes insular e insulino-resistente).

F. FONSECA.

A malariaterapia da tabes dorsalis. (*Zur Malariabehandlung der Tabes dorsalis*), por UHLENBRUCK e LUFFER. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 3. 1931.

Técnica da malarioterapia : injeção do sangue parasitado por via intramuscular ; decorridos 10, 12 ou 15 acessos tratamento químico *per os*, ou por via intramuscular com Solvochin, caso haja perturbações gástricas.

YODALGON

COM ARRENAL

Combinação orgânica de IODO, FOSFORO e ARSENICO associada aos principios activos do fucus vesiculosus, fumaria e juglans regia. Muito rico em VITAMINAS

XAROPE MUITO AGRADAVEL DE TOMAR

Artritis, Escrofulose, Arteriosclerose, Linfatisimo, Tuberculose e Doenças da pele.

RECONSTITUINTE DE EFEITO SEGURO NAS CRIANÇAS

Doses - Adultos, 3 colheres das de sopa. Crianças, 3 colheres das de chá

Depositarior para Portugal e Colonias. Gimez-Salinas & C.^a - 240, Rua da Palma, 246 - Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

Manual práctico de Régimen desclorurado para Tuberculosos, por M. y A. HERRMANNSDÖRFER. Un tomo en octavo, de 80 páginas, pulcramente impreso.

Micrométodos, por L. PINCUSSEN (2.^a edición). Un tomo en octavo, de 240 páginas, ilustrado con 34 grabados.

Tratado de Ginecología, por HOFMEIER y SCHROEDER. Forma un tomo en cuarto, de 664 páginas, ilustrado con 297 grabados intercalados en el texto y 10 láminas.

Diagnóstico diferencial, por R. C. CABOT. Dos tomos en cuarto mayor, con un total de 1480 páginas, ilustrados con 445 grabados. 95 de ellos como láminas en negro.

Solicítese el Catálogo general de la Sección de Medicina y Veterinaria, a la Casa

SALVAT EDITORES, S. A. 41-Calle Mallorca 49 :: BARCELONA

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 Interhacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.

DOSIS MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.

LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Moule, PARIS

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

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

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

SULFO-TREPARSEAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL
Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) e X (0 gr. 60)
Creações de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSEAN

Syphillie — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)
Empólas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.
Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^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 ácido urico.
Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

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

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

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

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

INJEÇÃO 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 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn.: ARRHENAL)

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

VINHO E XAROPE NOURRY

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

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

Depois do tratamento pela malária e na grande maioria dos casos cura pelo Neosalvarsan e Bismogenol.

Resultados obtidos no Hospital Augusta (Colonia), em 50 tabéticos :

	Números absolutos	
Falecidos.....	5	10 %
Piorados	5	10 »
Mesmo estado	7	14 »
Melhorados.....	24	48 »
Notavelmente melhorados...	9	18 »

Causas da morte nos cinco primeiros casos :

1.º — Tuberculose miliar, por cuja aparição é responsável a malária.
2.º — Infecção urinária. O doente sofria anteriormente duma ligeira pielite. A malária, enfraquecendo a resistência do organismo, determinou um agravamento daquela infecção.

3.º e 4.º — Insuficiência circulatória.

5.º — Hemorragia intestinal, revelando a necrose uma colite hemorrágica grave.

Os autores chamam a atenção para a sensibilidade dos doentes à quinina, pois o segundo caso de morte nos primeiros doentes que trataram foi o duma mulher com anafilaxia quinínica.

As doenças que acompanham a malária: mesaortite, artropatias tabéticas, não são influenciadas pela malarioterapia.

F. FONSECA.

Os homens homo-sexuais têm na urina mais hormona ovárica do que os indivíduos normais? (*Haben Homosexuelle Männer mehr ovarial-hormon in ihrem Harn als Normale?*), por B. BRAHN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1931.

Em 1927 Laqueur, Dingemann, Harth e de Jongh verificaram que a urina do homem continha hormona sexual feminina.

O autor estudou a riqueza da urina de homens homo-sexuais genuínos em hormona sexual feminina e verificou que ela não era superior à dos indivíduos normais.

F. FONSECA.

Modificações características e não características do electrocardiograma no enfarte do miocárdio. (*Modifications caractéristiques et non caractéristiques de l'électrocardiogramme dans l'infarctus du myocarde*), por T. PADILLA e P. COSSIO. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. T.ºmo II. N.º 2. 1931.

Os autores no seu trabalho chegam às seguintes conclusões :

1.º — O enfarte do miocárdio determina habitualmente modificações características do electrocardiograma.

2.º — O enfarte do miocárdio produz, por vezes, modificações que não são características do electrocardiograma, tais como extra-sístoles, modificações da condutibilidade, fibrilação auricular.

3.º — As modificações características têm um grande valor diagnóstico de diferenciação, de localização.

4.º — As modificações que não são características, sem valor de diferenciação, têm, pelo contrário, um grande valor prognóstico e contribuem também para o diagnóstico de localização.

F. FONSECA.

Tratamento médico da úlcera de estômago e as indicações da intervenção cirúrgica. (*Tratamiento médico de la úlcera del estómago y las indicaciones de la intervención quirúrgica*), por R. EHRMANN. — *Rev. Med. Germ. Ier. Am.* Março de 1931.

Na fase inflamatória e dolorosa da úlcera as normas fundamentais de tratamento são o repouso absoluto, o regime alimentar, as aplicações quentes locais e o uso de certos medicamentos.

O repouso do corpo diminui as funções motoras e secretoras do estômago; no mesmo sentido actuam as aplicações quentes na parede abdominal e o regime alimentar com ingestão frequente mas fraccionada de certos alimentos *quentes*, líquidos ou pastosos, (leite, leite diluído com chá, leite e nata, ovos crus, manteiga fresca, e mais tarde papas, purés e arroz). Os excitantes da secreção, a carne, as substâncias extractivas da carne, o alcool, os alimentos condimentados, as conservas, os assados, os legumes secos, o chá, o café, são interditos. Ao fim de algumas semanas pode consentir-se o uso de carne cozida. A dieta final, que pode durar muitos meses e até muitos anos, deve ser em forma de puré, pouco espesso, bastante quente, com pouco sal e sem outros condimentos. O repouso interrompe-se ao fim de um mês, mais ou menos, conforme os casos. Como medicamentos são muito aconselháveis a beladona e o silicato de alumínio (neutralon e neutralon com beladona). O método de Sippy, com a administração de doses largas e repetidas de alcalinos, é condenado pelo autor porque, diz êle, provoca por vezes uma intensificação dos sintomas de hiperacidez à custa do excesso de bicarbonato de sódio.

Na fase em que a úlcera sangra, o tratamento difere do que vem de ser exposto. A ingestão de alimentos e líquidos suspende-se em tais circunstâncias, obrigando-se o doente ao mais completo repouso. Estão indicadas as aplicações de gelo e os primeiros alimentos consentidos devem também ser gelados.

Os líquidos administrados são introduzidos por injeção ou por via rectal. Como medicamentos auxiliares da coagulação aconselham-se a gelatina, o cálcio, o soro e os preparados orgânicos *clauden* e *coagulen*.

Nos casos rebeldes ao tratamento médico e em outras condições mais, em que o tratamento cirúrgico tenha as suas indicações, o autor aconselha a excisão da úlcera como regra e a gastroenterostomia fica apenas para as

formas antigas, com manifestações inflamatórias que contrariam a excisão e para a estenose pilórica.

MORAIS DAVID.

O diagnóstico diferencial entre a tuberculose pulmonar e os tumores malignos do pulmão e dos brônquios. (*The differential diagnosis between pulmonary tuberculosis and pulmonary or bronchial malignant neoplasmas*), por CH. PROTHINGHAM. — *The Am. Rev. of Tuberc.* Fevereiro de 1931.

Os tumores malignos do pulmão e dos brônquios, especialmente os tumores primitivos e algumas formas de tumores secundários, são de um diagnóstico bastante difícil e a sua confusão com outras afecções pulmonares e nomeadamente com a tuberculose é bem compreensível.

Nem a história clínica dos casos nem tão pouco os exames laboratoriais emprestam esclarecimentos capazes de evitar erros de diagnóstico. Os raios X fornecem por vezes indicações preciosas e através do exame radiológico é possível reconhecer imediatamente a natureza da lesão presente. Isto, porém, nem sempre sucede. Alguns doentes precisam de uma observação radiológica repetida e por meio dela se nota ou o crescimento rápido da lesão, que se revela pelo aumento da imagem correspondente ou pela compressão exercida nas formações anatómicas vizinhas, ou ainda a involução que o tumor pode sofrer com as radiações a que esteve sujeito durante o exame pelos raios X. Qualquer destas feições evolutivas pertence mais ao tipo da lesão neoplásica do que a qualquer outra.

A broncoscopia é também um importante auxiliar na identificação de certos tumores da árvore brônquica.

MORAIS DAVID.

A função hepática na diabetes açucarada. (*Function of the liver in diabetes mellitus*), por E. L. MEYER. — *Arch. of Int. Med.* Fevereiro de 1931.

Dada a íntima relação clínica e fisiológica que existe entre o fígado e o pâncreas, é de supor que a disfunção hepática seja duma relativa frequência na diabetes pancreática.

Para averiguar se a realidade dos factos se coaduna com uma tal previsão o autor estudou a função hepática em 100 diabéticos e conclui que, em face dos exames clínicos e laboratoriais efectuados, a disfunção hepática parece uma ocorrência nada rara nos doentes com diabetes e que a idade do doente, a antiguidade da diabetes e bem assim o seu tratamento, têm certas relações com a alteração das funções do fígado. Parece ainda, pelo que se depreende da observação prolongada dos doentes, que os tratamentos modernos da diabetes são factores de melhoria das funções daquele órgão e a tal ponto que são mesmo possíveis grandes operações cirúrgicas em tais doentes com riscos relativamente insignificantes.

MORAIS DAVID.

Nódulos subcutâneos nas artrites reumáticas (artrites crônicas infecciosas). (*Sub-cutaneous nodules in rheumatoid (chronic infectious) arthritis*), por M. DAWSON e R. BOOTS. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 20 de Dezembro de 1930.

Os nódulos subcutâneos que aparecem, tanto em casos de febre reumática como em casos de artrite reumática, têm sido considerados por certos autores como a marca mais característica das afinidades patológicas das duas doenças, como a «mais reumática» de todas as manifestações reumáticas, conforme diz Coombs. Os autores fazem a descrição detalhada dos nódulos e escrevem:

Os nódulos variam em volume. Encontram-se a maioria das vezes localizados na superfície dorsal do antebraço, a cerca de 4 cm. do olecrânio; podem também aparecer sobre o próprio olecrânio, na parede da bôlsa olecrânica, nas mãos, nos joelhos, no sacro e no coiro cabeludo. São dotados de uma certa consistência e implantam-se no tecido celular subcutâneo, podendo em certos casos afectar relações com a parede das bôlsas articulares. A sua evolução é arrastada, permanecendo com freqüência durante anos. Os nódulos de menor volume têm um decurso mais rápido e podem desaparecer dentro de pouco meses ou semanas. Raramente são dolorosos mas têm um significado desfavorável porque só se observam nos casos de maior gravidade.

O exame histológico revela uma área central de necrose que é cercada por uma zona de largas células mononucleares, dispostas de maneira característica e particular. Estas células são na sua maioria dispostas em sentido radiado e imprimem uma configuração especial ao conjunto da lesão. Circundando esta zona encontra-se uma faixa de tecido fibroso, denso e pouco vascularizado.

Os vasos sanguíneos da área correspondente aos próprios nódulos raramente demonstram alterações de importância nas arteríolas; os capilares dos tecidos adjacentes, pelo contrário revelam, alterações que podem em resumo descrever-se assim:

Deposição subendotelial de fibrina, hiperplasia das células subendoteliais, estreitamento e oclusão mesmo do lume do vaso e em alguns casos canalização da íntima hiperplasiada; fragmentação da túnica elástica e ocasionalmente formação de uma nova túnica elástica; projecções polipóides intravasculares; infiltração perivascular, com grandes e pequenas células mononucleares.

As investigações bacteriológicas têm sido completamente negativas.

Conclusões:

Os nódulos subcutâneos que aparecem nos casos de artrite reumática constituem uma lesão clássica desta doença.

A sua estrutura é uniforme e altamente característica. Existe uma profunda analogia histológica entre os nódulos subcutâneos da febre reumática e os que aparecem nas artrites reumáticas.

MORAIS DAVID.



J. Souza

Togal

ANTINEVRÁLGICO
ANTIPIRETI
ANTIREVMÁTICO

COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de
Ácido acétil salicílico, de quinino e de lítio
eficaz e completamente inofensivo

ANTIREUMÁTICO
ANTIPIRÉTICO
ANTINEVRÁLGICO

TOGAL

Prescreve-se 2 ou 3 comprimidos de cada vez, duas
a tres vezes ao dia, depois ou ás refeições, com água,
podendo-se fazer uso prolongado do medicamento.

Agentes exclusivos para
Portugal, Ilhas e Colonias

FARMACIA BARRAL

Rua Aurea, 126-128
Telefones: P. B. X.
2.5321 e 2.5322



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

Marca Registrada

Pedir amostras medicas

Hiperparatiroidismo. (*Hyperparathyroidism*), por A. QUICK e A. HUNSBERGER. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 7 de Março de 1931.

Os AA. descrevem um caso de hiperparatiroidismo, em fase adiantada de evolução, e documentam-no com fotografias do doente, provas radiológicas do esqueleto, uma microfotografia do tecido que constituía o tumor extirpado da glândula, com a história clínica do caso e provas laboratoriais que lhe dizem respeito. A-pesar-da gravidade excepcional dêste caso, pelo avanço das lesões determinadas pela disfunção glandular, a exeresse do tumor foi seguida de acentuadas melhoras.

MORAIS DAVID.

Efeitos da injeção intravenosa de prata coloidal no sistema hematopoiético dos cães. (*Effects of the intravenous injection of colloidal silver upon the hematopoietic system in dogs*), por S. SHOUSE e G. WHIPPLE. — *The Jour. of Exper. Med.* Março de 1931.

Conclusões:

A prata coloidal não possui acção específica sobre a medula óssea do cão mas é um veneno capaz de determinar anorexia, fraqueza, perda de peso, anemia e morte.

Após o emprêgo de largas doses de prata coloidal podem demonstrar-se uma hemólise e uma anemia que em parte, pelo menos, dependem da destruição dos glóbulos rubros na circulação periférica.

A prata coloidal injectada por via intravenosa é depositada sob a forma de grânulos quasi exclusivamente nas células do sistema retículo-endotelial.

As injeções repetidas desta substância, em doses não mortais, são invariavelmente seguidas de hiperplasia da medula óssea. As grandes doses injectadas por uma vez podem causar a morte rápida em 12 horas ou uma morte menos rápida, com edema pulmonar e congestão.

Em seguida às doses mais fracas nota-se um aumento inicial do número dos eritrócitos e dos leucócitos. Porém as injeções repetidas provocam uma anemia acentuada, sem aumento dos leucócitos e com conservação das plaquetas.

MORAIS DAVID.

Leucocitose extrema na tosse convulsa. (*Extreme leucocytosis in pertussis*), por A. F. ABT. — *The Med. Clin. of North Amer.* Março de 1931.

As leucocitoses elevadas estão descritas nos casos de tosse convulsa e com numerações que chegam e ultrapassam os 100.000 glóbulos.

O aumento faz-se à custa dos linfócitos.

O autor cita um caso de tosse convulsa em uma criança de 7 meses de idade em que a contagem de sangue revelou uma leucocitose de 213.000 glóbulos com uma monocitose de 70 %.

A criança curou-se.

MORAIS DAVID.

Sobre a indicação operatória na púrpura crônica, trombocitopênica, das crianças. (*Sur l'indication opératoire, etc.*), por LEONARDO CASTRO FREIRE (Lisboa). — *The Transactions of the Second International Pediatric Congress — Acta Pædiátrica*. Vol. xi. 1930. Págs. 212-216.

Para juntar às numerosas publicações e trabalhos que hoje em dia são feitos sobre a doença de Werlhof, cujo estudo ultimamente se tem completado muito, graças aos progressos da hematologia, e, dentro dela, o conhecimento das alterações hemorragiparas, o A. apresenta a sua comunicação de três casos, dos quais um esplenectomizado, e que tiveram o interêsse especial de poderem ser seguidos e observados durante alguns anos.

O 1.º caso, o que foi esplenectomizado, mostrou uma cura clínica durante dois anos. Pequenas infecções febris, sem púrpura, durante elas. Seguidamente doença aguda, hipertermizante, septicemia hemorrágica sem, púrpura mas com hematemeses e melena, morrendo a doente em menos de 24 horas. A cura da doença de Werlhof pela esplenectomia pode não ser senão aparente, como se vê.

Os outros dois casos, também do sexo feminino, apresentam um estado bastante bom, sem anemia acentuada, o que levou o A. a adiar a operação. Na aproximação da puberdade a doença tomou um caminho de melhoria — o que é interessante acentuar — não só do estado geral como do quadro hematológico, os períodos menstruais instalaram-se e decorreram sem hemorragias inquietantes, e hoje estão clinicamente curadas, sem nenhum sintoma mórbido, um há 3 anos e outro há 4. A evolução favorável na puberdade, ou o agravamento, quando o há, a preponderância do sexo feminino, etc., levam a pensar numa desendocrinia como base patogênica, em que as glândulas sexuais teriam um papel preponderante, bem como o baço.

Nos casos em que o estado geral não esteja comprometido, que não haja anemia, e que possam ser vigiados — sobretudo nas proximidade de mudança de idade — não é arriscado abster-se da operação, esperando a evolução favorável. O A. pensa ainda que alguns casos publicados, que, depois de terem apresentado a melhoria post-operatória habitual, de novo caíram na trombo-penia, para inais tarde se curarem definitivamente, devem essa terminação favorável mais à evolução espontânea da doença e à condição adaptável do terreno, do que ao efeito terapêutico da esplenectomia.

MENESES.

Um meio de diagnóstico precoce da tuberculose articular. (*Ein Mittel zur Frühdiagnose tuberkulöser Gelenkerkrankungen*), pelo Prof. FR. SCHEDE (Leipzig). — *Zentralblatt f. Chirurgie*. Ano 57.º. N.º 43. Págs. 2658-2659.

Nos casos em que se suspeita duma tuberculose articular em início, a radiografia nem sempre fornece uma conclusão que possa fazer afirmar o diagnóstico com certeza. A descalcificação é um dos sintomas mais precoces e mais importantes, e tanto pode ser de origem tóxica como devida à imobili-

zação. Para poder concluir alguma cousa, o A. usa o seguinte processo: põe um gesso, tanto do lado doente como do lado sã, e deixa o doente assim imobilizado durante 2 a 3 semanas. Faz então nova radiografia. Se ambas as articulações mostram o mesmo grau de descalcificação, não se trata com certeza de tuberculose. Se o doente mostra maior descalcificação, segundo o A., existe a tuberculose.

O Prof. Schede apresenta esta «nota prévia» pondo-a à prova de ulterior confirmação.

MENESES.

Principios de tratamento das pseudartroses, por FRED-H. ALBEE (Nova-York). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LI. N.º 3. Setembro 1930. Págs. 289-320. 22 figuras. Ref. Alain Mouchet in *Rév. d'Orthopédie*.

Neste artigo muito documentado, do qual nos limitamos a resumir as linhas gerais, o A., a propósito do tratamento das pseudartroses, encara successivamente as causas da consolidação óssea das fracturas e as causas das pseudartroses, e é apoiando-se sôbre dados fisiológicos e anátomo-patológicos rigorosos que traça as regras que devem dirigir o tratamento das fracturas não consolidadas.

A formação do calo ósseo está ainda mal conhecida a-pesar-dos trabalhos de Leriche e Policard e das recentes investigações de Robison e Martlaud. As paratiróideas desempenham, sem dúvida alguma, um papel importante no metabolismo do cálcio e na formação do osso, do mesmo modo que outras glândulas de secreção interna (timo, testículo, ovário). Teóricamente, a pseudartrose é devida às seguintes causas:

1.º — O tecido de granulação (calo fibroso) não consegue preencher o intervalo compreendido entre os dois fragmentos ósseos (ou porque haja interposição muscular, afastamento muito acentuado dos topos, ou porque se tenha feito uma ressecção óssea demasiado extensa);

2.º — O tecido de granulação degenera e transforma-se em tecido fibroso de cicatriz antes que a ossificação se tenha efectuado (insuficiência de vascularização);

3.º — Manipulações intempestivas, má imobilização, tracção dos músculos vizinhos, impedem a formação de rédes capilares que possam bastar para assegurar a vitalidade do tecido conjuntivo de união e a sua ossificação;

4.º — Manipulações violentas, depois da formação do calo mole, levam ao mesmo efeito (rupturas de capilares de neo-formação);

5.º — Descalabros musculares extensos, trazendo uma diminuição da circulação vascular do periósteo, ruptura da artéria nutritiva do osso, compressão do foco de fractura por um hematoma volumoso ou pelo edema das partes moles, tudo causas suficientes para provocar uma pseudartrose;

6.º — A infecção, e sobretudo a infecção atenuada que resulte da presença de corpos estranhos na vizinhança do foco de fractura, é também uma causa bem conhecida de pseudartrose;

7.º — O material metálico de síntese óssea, sobretudo as placas de Lane,

mais ainda quando não são applicadas correctamente, constituem também uma causa de pseudartrose ;

8.º Emfim, mas mais raramente, pode-se ver um calo ósseo sólido reabsorver-se.

O A. enumera, de seguida, os princípios gerais de tratamento. Sem se deter nos processos médicos (administração de cálcio e de fósforo, raios ultravioletas, regime especial rico em albuminóides, em legumes e em leite, extracto de paratiróideas, etc.), que nunca lhe deram resultados provantes, Albee entende que a operação é o único tratamento da pseudartrose. É preciso fazer um enxêrto ósseo vivo, total, depois de ter excisado tão completamente quanto possível todo o tecido de cicatriz vizinho do traço de fractura (pele e partes moles). Os princípios do enxêrto ósseo são os seguintes : é necessário empregar parte óssea idêntica sôbre parte óssea idêntica ; o contacto deve ser perfeito ; o enxêrto deve ser cuidadosamente immobilizado e fixado em boa posição. O que é preciso é assegurar a circulação sanguínea entre o enxêrto e o ósso que o recebe : é ela a chave da situação.

Para assegurar essa circulação é necessário que o perióstecio do enxêrto esteja em contacto directo com o perióstecio do ósso receptor, e o mesmo para as outras camadas ósseas (cortical, etc.). Assim postos em contacto estreito e sólidamente mantidos, os fragmentos ósseos e o enxêrto não tardam a formar um calo sólido.

Só com a serra dupla de Albee, e o seu restante instrumental, se consegue fazer esta cirurgia especial. O A. rejeita os outros métodos de enxêrto : enxêrto intramedular, enxêrto osteoperiósticos de Ollier, e operações de Senn (avivamento, ressecção óssea e união topo a topo). Condena igualmente a síntese óssea com prótese metálica.

Albee opera numa mesa ortopédica de sua imaginação. Excisão da cicatriz e das partes moles. Avivamento das extremidades ósseas. Incisão longitudinal do perióstecio que se rebate, dum lado e doutro. Em cada um dos fragmentos ósseos, com a serra circular, talha uma goteira dum comprimento variável, mas que deve sempre, tanto em cima como em baixo, ultrapassar até bastante os limites do ósso esclerosado. Duma parte e doutra do traço de fractura faz dois furos por onde passam dois tendões de Kanguru que servirão para fixar a parte central do enxêrto.

Tira da tibia o enxêrto que coloca na goteira ; fixa-o com os tendões de Kanguru e por fios de *cutgut* crómico. Rebate sôbre o enxêrto os dois retalhos do perióstecio, e fecha a ferida operatória.

Se os fragmentos ósseos são pequenos e cónicos, Albee usa um enxêrto bicuneiforme que introduz nos dois fragmentos ósseos que sofreram uma ressecção longitudinal em forma de cunha.

Emfim, Albee insiste em vários pontos :

1.º — Não intervir demasiado cedo numa pseudartrose se houve infecção: esperar dois meses após a cicatrização definitiva da pele ;

2.º — O tratamento post-operatório é capital: é necessária uma imobilização rigorosa num gêsso sem janela durante oito semanas. Depois disso corta-se o gêsso e deixa-se êste gêsso bivalve até que a consolidação seja certa.

Pode-se fazer um tratamento fisioterápico que tem de ser muito vigiado.

Na estatística que atinge 754 observações, Albee regista 671 resultados bons e 83 maus.

Estes resultados testemunham o valor do método.

MENESES.

Variola «major» e «minor». (*Small-pox major and minor*), por RICARDO JORGE. — *The Lancet*. 24 de Janeiro de 1931.

Trata-se de um relatório sobre as várias designações da variola e os seus significados epidemiológico e profilático, apresentado pelo Prof. Ricardo Jorge ao *Office International d'Hygiène* e aprovado pelo respectivo *Comité*. Na medicina clássica existia um *sistema* de variola com características bem marcadas. Sendo a variola uma doença vulgar, o povo criou muitas categorias similares e baptizou-as em diferentes países com nomes comuns, expressivos e pitorescos.

As variações clínicas não alteravam a unidade da doença-variola, unidade para a qual os factos de contraste epidemiológico davam completa garantia. Observava-se, em cada epidemia, a gama das diferentes variedades, desde as formas abortivas até os tipos hemorrágicos. Todos os elos da cadeia se encontravam sólidamente ligados, reversíveis, resultantes do mesmo contágio.

Aconteceu que muitas epidemias não se apresentavam com os caracteres anteriormente estabelecidos. Descobertas sucessivamente na América, África e Austrália, deixavam de ser locais, para invadirem também a Europa. A essa nova variedade de variola deu-se-lhe diferente designação — nomes do vocabulário médico e até de origem popular: *variola minor*, *variola varicela*, *para-variola*, *variola benigna*, *white-pox*, *milk-pox*, *amaas*, *alastrim*, etc.

Reconheceu-se recentemente que estas variedades diferenciadas geograficamente e no tempo são idênticas e sinónimas. Travara-se uma batalha apaixonada a propósito destas nomenclaturas.

¿ Há uma única variola ou duas variolas? Expor bem um problema, diz Ricardo Jorge, envolve já metade da solução. Há dois textos oficiais e internacionais relativos à variola: a convenção sanitária internacional de 1926 e a convenção das causas de morte de 1929. O primeiro texto trata da variola. Não conhece o *alastrim* nem o menciona. O segundo texto separa expressamente a variola *minor* (*alastrim*) da variola *major*. ¿ São os dois textos incompatíveis? De forma nenhuma. Semelhante discordância não estava na intenção dos seus autores. No segundo texto há apenas uma rúbrica principal: variola. A variola *minor* e *major* são sub-rúbricas.

Por outro lado, a Convenção Sanitária Internacional conservou o mesmo termo genérico de *variola*, mostrando que, seja qual fôr a forma sob a qual se apresente, tem a mesma designação.

O termo variola *minor* não usurpa o lugar da variola *major*; pelo contrário, a primeira é muitas vezes substituída pela última, porque a denominação de *alastrim* não é aceita em muitos países. A própria varicela, que toda a gente distingue da variola, serve muitas vezes para encobrir esta última, sobretudo pelos médicos aos quais a variola não é familiar. Casos de variola

ou de alastrim, que passam despercebidos sob o nome inocente de varicela, originaram grandes epidemias.

Durante a última vaga epidémica da Holanda, a-pesar-de ser considerada de alastrim, no início, pelas autoridades sanitárias, foram imediatamente tomadas as costumadas medidas de notificação e seguidas as precauções internacionais.

Em qualquer caso, uma invasão de alastrim, mesmo sob a forma benigna, de maneira nenhuma é para desprezar, e se assume maiores proporções, como aconteceu em Guadalupe, S. Miguel e outras partes, a doença constitui um prejuízo considerável. O alastrim deve ser notificado pelos práticos e não dispensa as medidas profiláticas tendentes a evitar a sua expansão, especialmente se nos primeiros casos tornam difícil a diagnose da variedade da variola.

Em todas as doenças epidémicas o problema prático fundamental consiste na rapidez do necessário *contrôle* sanitário. A dessemelhança entre o alastrim e a variola, devida ao aspecto benigno que assume, impede muitas vezes a aplicação das medidas profiláticas. Porque a variola é muito benigna, ela acarretou o emprêgo de grandes medidas profiláticas; o pavor dos seus estragos desaparece aos olhos do público quando a epidemia se apresenta sob a forma de variola benigna sem casos fatais.

Quanto aos novos termos introduzidos no vocabulário variológico, é uma banalidade dizer-se que a variola é *grave* ou *benigna*; há em todas as infecções variações do grau de gravidade. O dizer-se que uma epidemia de variola é *benigna* ou *grave* constitui uma impressão do todo ou que se fez uma estatística verificando-se um excesso de casos benignos.

O termo *variolóide*, introduzido por Thompson em 1820, infelizmente empregado a oito, foi mal escolhido, partindo de dois erros. Em primeiro lugar, *variolóide* não é uma espécie diferente de variola, pois são reversíveis, a variola originando a variolóide e *vice-versa*. Além disso, a variolóide não é invariavelmente uma forma degenerada devida à vacina e particular ao vacinado. A variolóide pode apresentar uma forma clinica definida, mas não é uma variedade epidémica.

Há as seguintes diferenças entre *variolóide* e alastrim. Na *variolóide*, particularmente nos vacinados, o exantema aborta logo que aparece; a pápula subsiste; formam-se as vesículas; a pústula é rara e pequena, etc. Só raras vezes aparece a febre e o prurido.

No alastrim, há muitos casos que se não distinguem da *variolóide*. Noutros, a doença assume todas as formas conhecidas de variola, desde a mais discreta à mais exuberante, até mesmo a hemorrágica. Este conjunto de sinais caracteriza a variola *minor*. Na variola *major* o prognóstico é determinado pela intensidade da erupção e a gravidade dos casos é graduada consoante a escala exantemática — discreta ou exuberante. O alastrim desenvolve, muitas vezes, uma enorme erupção, generalizada ou localizada, dispersa ou confluenta.

Mas, a-pesar-disso, o doente não sucumbe à febre supurativa, que é, as mais das vezes, rara. A infecção tóxica é reduzida ao mínimo.

O alastrim não constitui um tipo clínico, mas um tipo nosoepidemiológico.

gico desde que mantenha essas características no decorrer de extensas epidemias que aparecem em populações que não receberam os benefícios da vacina.

Um problema de capital importância consiste em saber se as duas variedades se podem transformar reciprocamente e se uma epidemia de varíola *major* pode provir do alastrim ou varíola *minor* e *vice-versa*. Até agora mostraram-se imutáveis, mantendo a sua independência. A patologia experimental forneceu ultimamente contribuições valiosas a este tema, havendo razões experimentais para acreditar que os dois *virus* são da mesma natureza, mas que no alastrim humano o poder tóxico-infeccioso do *virus* foi muito atenuado.

A linfa da vacina deriva também do *virus* da varíola; a vacina pode fazer-se a partir do *virus* da varíola. Mas não se consegue reconstruir a varíola com essa vacina. Não há reversibilidade. Se o *virus* de alastrim, como tudo parece indicar, representa uma mutação fixa e estável do *virus* da vacina vulgar, não conhecemos as condições dessa mutação e não podemos, pois, afirmar se experimentalmente são ou não reversíveis. Todavia, a julgar pelas observações — conclui — as duas variedades não parecem ser mutáveis.

Com este trabalho, como já acentuaram diferentes epidemiologistas, veio Ricardo Jorge estabelecer a ordem e a precisão num problema epidemiológico onde dominava a maior confusão de terminologia e do significado dos termos.

E. GOELHO.

• O tratamento da dismenorreia. (*Behandlung der dysmenorrhœ*), por H. HEIDLER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 52. 1930.

O mecanismo íntimo da dismenorreia é ainda incompletamente conhecido, além de que existem menstruações dolorosas de diversa espécie, de modo que é natural que nem a terapêutica seja sempre a mesma e mesmo que falhe algumas vezes.

Temos: dismenorreias por inflamação do aparelho genital e cujo mecanismo doloroso é facilmente compreensível; a sua cura reside no tratamento adequado já conhecido. Deve notar-se, porém, que 40% das doenças inflamatórias dos órgãos genitais femininos não são acompanhadas de regras dolorosas. Dismenorreias mecânicas, só assim se podem denominar quando haja impedimento na livre descarga do fluxo menstrual; este grupo compreendia anteriormente todas as de posições anormais do útero — ante e retro flexão com estreitamento do canal cervical — e que obrigava este órgão a contrair-se enérgicamente para conseguir a expulsão do líquido catamenial. Hoje tende a desaparecer pela tendência cada vez maior em considerar estas perturbações sob um ponto de vista puramente biológico, o que não impede o tratamento por dilatação do canal cervical com as velas de Hegar, quando para isso haja indicação, devendo, porém, rejeitar-se todos os outros procedimentos por vezes empregados com este fim.

Num grande número de casos — $\frac{1}{3}$, Schröder — encontram-se os sinais conhecidos de hipoplasia genital, por vezes acompanhada de esterilidade e anafrodisia. Nestas circunstâncias a organoterapia está absolutamente indi-

cada, se bem que, a-pesar-da boa preparação de alguns produtos, casos há que continuam resistentes. Finalmente, temos ainda o grupo de dismenor-reias por perturbações do sistema vegetativo e por causas psíquicas, tese apresentada e defendida por Novack e Harnik que chegam mesmo a admitir como única origem das cólicas menstruais, abstraindo das causadas por inflamação, o trauma psíquico provocado pela angústia da primeira menstruação e que depois se repete por muito tempo. Em face da gênese psíquica das dores menstruais, aduz se os casos de pacientes que não melhoram com o casamento e por vezes até pioram, e ainda aqueles outros que começam os seus padecimentos após as primeiras relações sexuais; de resto, são conhecidos os casos com desaparecimento das dores em colegiais durante o período das férias, sob a influência de acontecimentos alegres, etc. Nestas condições devem usar-se procedimentos de pequena psicoterapia, o que não exclui o emprêgo da opoterapia, diatermia e mesmo de antiespasmódicos — beladona, papaverina, benzoato de benzilo, etc. São para rejeitar ovariectomias, amputação ou extirpação do útero, castração pelos raios roentgen ou rádio.

J. ROCHETA.

A importância farmacológica das substâncias absorventes como purgantes. (*Zur pharmakologischen Bewertung der Quellstoff als Abführmittel*), por F. BERG in Karlsbad. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 38. 1930.

Ultimamente, com o intuito de fazer o esvaziamento intestinal tão aproximado quanto possível do esvaziamento normal, fisiológico, têm-se empregado substâncias que, aumentando o conteúdo intestinal, provoquem pelo seu volume o respectivo peristaltismo exonerador e que, além disso, sejam fortemente absorventes, de modo a não condensar demasiadamente as fezes, o que poderia conduzir a obstipação, que é muitas vezes o que se pretende combater. O A. resolveu pesquisar o conteúdo aquoso e a velocidade de trânsito das fezes em indivíduos normais e obstipados e ainda se os processos digestivos se modificavam com a administração de tais substâncias: agar-agar, normacol e óleo de parafina que, a-pesar-de não ser uma substância absorvente, é empregada como regularizadora da defecação.

Primeiramente as pesquisas incidiram sobre a percentagem de água nas fezes em cães e indivíduos sãos e os valores obtidos foram em média para os primeiros 65,5 e para os segundos 70,8; em seguida pesquisou-se não só o conteúdo aquoso, mas também o tempo de passagem das matérias fecais no tubo entérico, e verificou-se que a excreção se fazia em média em 52 1/2 horas no homem, aparecendo as primeiras fezes ao fim de 24 horas, e no cão 45, aparecendo as primeiras às 22 horas; a percentagem de água mantinha-se sensivelmente a mesma.

Com o normacol, quer nos cães quer no homem o tempo de passagem reduzia-se nuns e noutros a 25 horas, ao mesmo tempo que a percentagem de água subia para 80,5%, isto é, aumentava de 15% enquanto as fezes se apresentavam moldadas, moles e elásticas.

Com o agar-agar, que se empregou em quantidade correspondente ao volume do normacol, obteve-se o mesmo tempo de passagem, mas a percentagem de água era inferior à obtida por este último produto, não apresentando por isso as fezes as propriedades obtidas anteriormente. Com o óleo de parafina — Nujol — os resultados são muito discordantes, principalmente com os obtidos pelo normacol: as fezes demasiado pastosas, muito moles, por vezes quasi diarréicas e noutras vezes moldadas e muito duras; por isso a percentagem da água importava nuns casos em 70% e noutros em 55,2. Para a determinação da acção destas substâncias na obstipação foram repetidas as experiências, primeiramente empregando só o normacol e em seguida o óleo de parafina, e depois em individuos aos quais previamente se tinha administrado tintura de ópio. Dos resultados obtidos se conclui que o ópio produz um retardamento no esvaziamento das fezes de 24 1/2 horas aproximadamente e uma deminuição de 5% na percentagem da água; com o normacol administrado ao mesmo tempo que o ópio, o esvaziamento faz-se muito mais rapidamente, à volta de 30 horas, e as fezes apresentam as mesmas características das experiências anteriores. Finalmente, a importante questão de saber se estas substâncias poderiam ter alguma influência sobre a digestão, parece fundada a suspeita de que o óleo de parafina, quando usado frequente e duradouramente, tenha um efeito nocivo sobre a normal actividade digestiva, emquanto o normacol mostra não ter esse efeito prejudicial.

J. ROCHETA.

Novos dados sobre o problema da etiologia e terapêutica da úlcera gástrica. (*Neue Ergebnisse zur Frage der Aetiologie und Therapie des Magengeschwürs*), por P. SIEBERT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1931.

A terapêutica da úlcera gástrica modifica-se em concordância com as teorias reinantes sobre a sua etiologia. Últimamente as hipóteses mais aceites para a génese da úlcera são a de Aschoff que explica o seu aparecimento, devido à sua predilecção por determinadas regiões do estômago, por uma irritação provocada pela passagem dos alimentos nessas regiões — ao longo da pequena curvatura, a chamada rua do estômago (Magenstrasse), e a de Bergmann: por obliteração de alguns ramos arteriais, dá-se um infarcto e consecutivamente o aparecimento da ulceração. Contra esta última hipótese têm aparecido muitas opiniões e últimamente os trabalhos de Büchner mostram que os primeiros sinais do desenvolvimento duma úlcera estão em relação com uma necrose fibrinosa da camada superficial da mucosa e que é completamente independente da obliteração arterial. ¿ Todavia pode explicar-se a localização habitual da úlcera só por acção do suco ácido do estômago? A porção da sua mucosa, onde se encontram as únicas glândulas que contribuem para a acidez do suco gástrico, encontram-se na porção fúndica, estendendo-se ao longo da grande curvatura quasi até o piloro e atingindo a pequena curvatura só uma pequena zona, e contudo são precisamente as regiões desprovidas dessas glândulas que predominantemente apresentam as lesões ulcerativas, como se elas fossem pior protegidas contra o ácido clorídrico.

Surge assim naturalmente a idea da auto-digestão gástrica que normalmente não se dá, mas que em determinadas condições patológicas pode observar-se, quer por uma maior concentração da acidez quer por falência do mecanismo protector da parede, por deminuição da secreção alcalina do muco. Para a resolução d'êste problema serviram os trabalhos experimentais que o A. realizou em comum com Büchner e Molloy.

Empregaram a histamina, que, como se sabe depois dos trabalhos de Pappilsky, Suda, etc., actua directamente nas células glandulares, e para animal de experiência serviu o rato. Em todas as pesquisas os AA. constatarem um paralelismo entre o número de úlceras produzidas e a quantidade e concentração da secreção gástrica, e todas elas na parte do estômago (vornagem) que não possui função secretora.

As consequências que daqui podem resultar, sob o ponto de vista terapêutico, são norteadas pela prescrição duma dieta que produza a menor excitação possível tanto secretora como mecânica. O tratamento medicamentoso essencialmente aconselhável é o emprêgo de beladona, que deve ser administrada principalmente em jejum para produzir uma maior deminuição da secreção. Empregar além disso, sobretudo durante ou pouco depois das refeições, magnésia calcinada ou o carbonato de cálcio e não o bicarbonato de sódio, que deve desaparecer do arsenal terapêutico desta afecção pela sua acção secundária de hiperacidez.

J. ROCHETA.

O tratamento do prurido e doutras dermatoses pruriginosas com a pomada de Strontiuran. (*Die Behandlung des Pruritus und anderer Juckender Dermatosen mit Strontinrnsalbe*), por H. STALZENBERG. — *Deutsche Medizinische Wchenschrift*. N.º 8. 1931.

O prurido, como manifestação local duma perturbação geral, pode ter a sua origem na diabetes, gota, doenças do fígado, tumores malignos, parasitas intestinais, alterações das glândulas de secreção interior, *climatérium*, etc., e últimamente tem-se verificado (Schreus) uma série de casos de urticária e prurido que resistiram a toda a terapêutica para cederem quasi bruscamente quando, verificada a existência duma alcalose, se administraram ácidos e vice-versa; pertencem também ao moderno arsenal terapêutico e com bons resultados a opoterapia, a proteinoterapia e um certo número de precauções e cuidados dietéticos. Todavia muitas vezes, além da medicação empregada contra a causa orgânica geral, bom é fazer applicações locais e o número de substâncias empregadas para êsse fim é enorme. Entre estes, os preparados de estrôncio (Weil) têm-se evidenciado muito: pomada ou comprimidos de strontiuran e ainda injecções de Brom-strontiuran. Dos casos tratados pelo A., e devidos às mais diversas causas (gota, diabetes), a acção benéfica destas applicações aparece mesmo quando a doença principal continua. Êste efeito verificou-se também em eczemas crônicos e subagudos, urticária e num caso de *lichen ruber* plano.

J. ROCHETA.

A preservação na formação de quelóides por irradiação proflática das feridas operatórias recentes. (*Zur Verhütung der Keloidbildung durch prophylaktische Nachbestrahlung der frischen Operationswunde*), por M. BAB. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 8. 1931.

Com o fim de evitar as hipertrofias queiloideias, Vollkmann, baseando-se em observações pessoais, recomenda a irradiação das feridas recentes e da mesma maneira se pronunciam Eitner e Noël. O A. apresenta dois casos nos quais êle praticou a excisão de cicatrizes queiloideias e sobre cujas incisões post-operatórias applicou raios X com os melhores resultados sob o ponto de vista estético. Se bem que o número de casos seja pequeno, é de recomendar êste procedimento pela sua simplicidade e inocuidade, sobretudo nos pacientes que tenham tendência para a formação de cicatrizes hipertróficas.

Acêrca do modo de acção pode supor-se que os raios X, tal como nos tumores malignos, actuem sobre as porções tissulares ricas em histamina.

J. ROCHETA.

Resultados obtidos com os raios X na hipertrofia da próstata. (*Erfahrungen mit der Röntgenbestrahlung bei der Prostatohypertrophie*), por H. BOIT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 9. 1931.

Dos 114 casos tratados pela roentgenerapia o A. conclui o seguinte:

a) As irradiações com doses pouco duradouras é para os adenomas não operáveis da próstata o método de escolha;

b) As irradiações dão também bons resultados nos adenomas prostáticos do primeiro grau e na retenção aguda.

c) Nos casos operáveis de 2.º e 3.º grau é preferível a prostatectomia, por que dá resultados melhores e mais duradouros; se porém a operação não se pode fazer a roentgenerapia dá muitas vezes bons resultados.

d) Os resultados das irradiações dos adenomas da próstata são ainda susceptíveis de melhoria por aperfeiçoamento de técnica e pela administração de outra série aos primeiros sinais de recidiva, mesmo até só sob o ponto de vista proflático, no intervalo dum ano. O A. não pratica mais de 4-5 séries pelo receio da fibrose esclerosante da *pars* prostática.

J. ROCHETA.

¿Que importância tem a hemorragia na gravidez? (*Welche Bedeutung hat die Blutung in der Gravidität?*), por J. RICHTER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 8. 1931.

Hemorragias durante a gravidez podem aparecer em qualquer altura e podem estar em relação com ela ou com uma afecção concomitante. Quando se dá o primeiro caso a hemorragia significa uma perturbação na fixação do óvo, provocada por várias causas: constituição anormal do aparelho genital interno, estado patológico do óvo, etc., e são quasi sempre sinal dum parto antes de termo ou ainda o primeiro sintoma duma gravidez extra-uterina,

placenta prévia ou ruptura uterina. As hemorragias são de intensidade variável e da sua abundância é impossível tirar qualquer indicação. Nem sempre as hemorragias são causadas por uma anormal fixação do óvo, pois nos primeiros meses podem ser provocadas por uma hiperemia menstrual, mais raramente por ruptura de varizes, que da vulva podem até atingir o colo, e que só cessam pela amputação supravaginal.

Ao segundo grupo pertencem as hemorragias por afecções renais ou tóxicas. Há que mencionar ainda os casos de hemorragias causadas por polipos, erosões ou carcinomas.

Por isso o seu aparecimento revela sempre uma circunstância anormal que exige um exame cuidadoso que descubra a causa, para assim aplicar conscientemente a respectiva terapêutica.

J. ROCHETA.

Acérea de feridas, gangrena gozosa e choque secundário. (*Über Wunden, Gasbrand und Sekundären Shock*), por A. I. KENDALL e E. G. FEULNEG. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 10. 1931.

No choque que acompanha as feridas há que distinguir o primário, em geral devido a impulsos aferentes de ordem reflexa, provocando uma vasodilatação e conseqüentemente uma queda da pressão, e o secundário sobre cujo mecanismo ainda hoje não existe completo acôrdo. Há quem admita que pode ser produzido por uma substância idêntica à histamina que se originaria dentro da zona infectada, para alguns produzida pelos próprios tecidos, e para outros causada pelas próprias bactérias. Contra a primeira hipótese falam os casos de feridas graves acompanhadas de gangrena, nas quais não apareceu o choque, enquanto noutros em feridas quasi insignificantes se encontram os choques mais graves. Para destrinçar a questão os AA. fizeram experiências em ratos, empregando culturas de bacilos *phlegmonis emphysematosae*, o bacilo *perfringens* dos autores franceses, que é o mais vulgar agente da gangrena, e que em meios apropriados podem produzir histamina, e os que não têm esta propriedade, tendo verificado que as culturas que *in vitro* produzem aquela substância também a produzem no organismo, e os que não possuem aquela qualidade não são capazes de a adquirir nos tecidos orgânicos. Fica assim explicada a razão porque algumas feridas acompanhadas ou não de gangrena dão origem ao choque secundário.

J. ROCHETA.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

O Dr. José Maria de Oliveira Lima foi reintegrado na Faculdade de Medicina, onde regerá as cadeiras de Fisiologia geral e especial.

De Coimbra

Pela reitoria da Universidade de Coimbra foi indicado o Prof. Álvaro de Novais e Sousa para representar a Faculdade de Medicina no Congresso de Ginecologia e Tocologia de Madrid.

De Lisboa

O Prof. Custódio Cabeça foi autorizado a ir a França e Itália em viagem de missão de estudo, da qual já regressou.

*
* * *

Hospitais

Civis de Lisboa

Foi determinado que em cada um dos Hospitais Civis de Lisboa haja um serviço de radiologia tendo por fim: 1.º o serviço de diagnóstico e de terapêutica; 2.º a educação técnica radiológica e ensino do pessoal dos serviços de radiologia, quer clínico quer auxiliar.

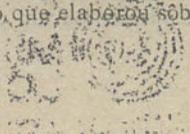
A constituição do pessoal destes serviços será a seguinte: 6 chefes de serviço, 3 assistentes, 8 ajudantes técnicos e 5 preparadores. Serão suprimidos os internos de radiologia.

São postos desde já em função os serviços dos hospitais de S. José, de Santo António dos Capuchos, de Arroios e Curry Cabral. O serviço radiológico do Hospital Estefânia ficará anexado ao Hospital do Destêrro ou de S. José.

Os actuais assistentes de radiologia serão desde já promovidos aos lugares de chefes de serviço de radiologia.

Os vencimentos e gratificações do pessoal são os seguintes: directores de serviço 18.000\$00, chefes de serviço 15.222\$00, assistentes 12.318\$00, ajudantes técnicos com mais de 10 anos de serviço 12.250\$00, ajudantes técnicos com mais de 10 anos de serviço 11.410\$00, preparadores 7.542\$00.

O enfermeiro-mor dos Hospitais louvou, em ordem de serviço, o Dr. Azevedo Gomes pelo relatório, que elaborou sobre os serviços de urgência.



— Foi aprovado um decreto criando, junto dos Hospitais Cíveis de Lisboa, uma instituição denominada «Auxílio Maternal do Pessoal Feminino dos Hospitais Cíveis», destinada aos filhos dos empregados dos mesmos hospitais.

Escolar

O *Diário do Governo* publicou um decreto exonerando o Prof. Carlos de Melo do cargo de director do Hospital Escolar e nomeando para o substituir o coronel de artilharia Guilherme Gonzaga.



Sociedade das Ciências Médicas

A sessão do dia 14 de Março realizou-se sob a presidência do Dr. Fragozo Tavares.

O Dr. Machado Macedo fez, antes da ordem, da noite, considerações sobre a pancreatite crónica.

O Dr. Mário Moutinho falou sobre a profilaxia da cegueira, acentuando a importância da Liga ultimamente criada.

Foram eleitos representantes da Sociedade a comissão portuguesa de profilaxia da cegueira os Drs. Arruda Furtado e Freitas Simões.

O Dr. Augusto Lamas fez uma comunicação sobre os recentes progressos da técnica da aortografia.

O Dr. José Caldas falou sobre um caso de cancro do pulmão e seu tratamento radioterápico.

O Dr. António de Meneses mostrou os primeiros casos portugueses de doença de Köhler, indicando o seu processo de tratamento.

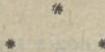
— Presidiu à sessão de 27 de Março o Prof. Reinaldo dos Santos.

Foi eleito representante daquela agremiação ao Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Madrid o Prof. Silva Carvalho.

O Dr. Muñoz Braga apresentou a história dum doente com acromegalia. Sobre este caso falou o Prof. Cancela de Abreu.

O Dr. Gomes da Costa indicou os resultados preliminares obtidos com a aplicação local de insulina nas neoplasias da pele.

Os Drs. Aníbal de Castro e Gorjão Henriques fizeram uma comunicação sobre alcoolização do nervo frénico, e os mesmos e o Dr. Machado e Costa relataram um caso de tumor medular.



Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Á última sessão da Sociedade Portuguesa de Estomatologia presidiu o Dr. Tiago Marques, secretariado pelos Drs. Pereira Varela e António Bomfim.

Resolveu-se nomear sócio honorário daquela colectividade o Prof. Van Mosuénk da Universidade de Louvain.

O Dr. Pereira Varela apresentou um caso de dente de siso semi-incluso

inferior, outro de sífilis terciária do mandibular, e outro de quisto do seio maxilar.

O Dr. Tiago Marques relatou um caso de adenite submaxilar supurada, partida de um dente infectado, e falou sôbre a oportunidade das extracções dentárias em caso de fleimão dos tecidos envolventes.

Falaram sôbre estas comunicações os Drs. Nunes Bomfim e Domingos Dias.

Instituto Rocha Cabral

Neste Instituto realizar-se hão conferências nos dias abaixo designados, às 21 horas.

16 de Abril. — «A química e a alma», pelo Dr. Ferreira de Mira.

23 de Abril. — «Adaptação, herança e evolução», pelo Dr. Simões Raposo.

30 de Abril. — «Acção fotodinâmica», pelo Dr. Silvio Rebêlo.

7 de Maio. — «Doenças de degenerescência da batata», por D. Matilde Bensaúde.

14 de Maio. — «A química de oxidação celular», pelo Dr. Kurt Jacobsohn.

21 de Maio. — «As secreções internas no organismo fetal», pelo Dr. Celestino da Costa.

Primeiro Congresso Espano-Português de Tocologia e Ginecologia

Este Congresso realizar-se há de 20 a 26 em Madrid com a cooperação de professores e médicos de Espanha e Portugal. Foram designados para Presidentes honorários os Ex.^{mos} Srs. D. Sebastian Recasno, D. Francisco Bodin, D. António Cospedal, D. José Bourkraly, D. Ricardo Horno Alcorta, bem como o Ex.^{mo} Sr. Dr. Manuel António Moreira, que foi proposto pelo *comité* português.

Os discursos oficiais serão feitos pelos Prof. Morais Frias, do Pôrto, que falará sôbre a «Cirúrgica do simpático pélvico da mulher na profilaxia da esterilidade», e pelo Dr. Recasenos, de Sevilha, que versará o tema «Patogenia dos transtornos da menstruação».

As comunicações que já se receberam são as seguintes:

Dr. Cardia (Portugal): «O tratamento das anexites crónicas».

Dr. Carreras (Barcelona): sem título.

Dr. Canill (Barcelona): «A reacção de Müller-Bellido-Bürger na ginecologia».

Dr. Cospedal (Logroño): «Tratamento do cancro uterino. Tratamento do prolapso uterino. A tensão arterial em ginecologia».

Dr. Cros (Barcelona): «Erros diagnósticos motivados por um tumor da parede abdominal. Gangrena do útero consecutiva ao parto com desprendimento do colo».

Dr. Garcia Casal (Madrid): «Paralisia radial do recém-nascido, descrição de uma nova distocia».

Dr. Garcia del Magro (Madrid): «A oftalmia purulenta do recém-nascido. Profilaxia».

Dr. Garcia Triviño: «Tratamento do fluxo vaginal pelo saco de Puffer. Ciclo vaginal na mulher».

Dr. Gil Wernet (Barcelona): «Discussões sobre a placenta».

Dr. Gomez Montano (Cadiz): «Prática socológica rural».

Dr. Gonzalez Serra: «A obstrução intestinal como complicação post-laparotomia na cirurgia ginecológica. Vômitos da gravidez e insulina».

Dr. Haro e Dr. Conde Gorgolto: «Esterilidade e tipos constitucionais».

Dr. Haro e Dr. Planelles: «A fórmula hormonal na ginecologia».

Dr. Iturri (Sevilha): «Tratamento das metrites e anexites mediante a vacina regional pela porta de entrada, segundo o método de Basset e Poincloux».

Dr. Izquierdo (Madrid): «Diabetes e funções de reprodução».

Dr. Loon (Buenos-Aires): «O soro-reacção de Monoilloff. O seu valor para o diagnóstico precoce da gravidez».

Dr. Lopez Dóriga (Madrid): «Algumas observações de proteínoterapia na sepsia puerperal».

Dr. Lugne (Madrid): «Endonotriomas».

Dr. Macias de Torres (Oviedo): «As fases da esterilidade e fecundação fisiológicas da mulher».

Dr. Madureira (Lisboa): «Sobre o cancro da mama».

Dr. Maortua (Madrid): «Patogenia e tratamento de certas modalidades de polimenorreia. Tratamento das cervicites pela electrocoagulação».

Dr. Meneses (Lisboa): «Obstetrícia ortopédica».

Dr. Munoyerro (Madrid): «Crise fisiológica do recém-nascido».

Dr. Novais de Sousa (Coimbra): «Tratamento da placenta prévia».

Dr. Parache (Madrid): «Esterilidade tubárica».

Dr. Parde (Coruña): «Gravidez no útero duplo».

Dr. Puga (Granada): «A histerotomia vaginal anterior como meio para interromper a gravidez. Contribuição ao problema da existência de uma glândula intersticial ovárica na mulher. A reacção vaginal na puerpéria. Dados para o tratamento anti-sifilítico no feto».

Dr. Pumauno (Madrid): «Um método fácil do tratamento do aborto infectador».

Dr. Rebello (Madrid): «Cirurgia conservadora na ginecologia».

Dr. Reig Falcó (Cocentaina): «Posologia da pituitrin».

Dr. R. Cabello (Santander): «Leis de protecção e assistência social às mães».

Dr. Sansalvador (Barcelona): «Contribuição ao estudo, tratamento e cura das fistulas urinárias da mulher, com a nova sutura metálica de caucho do Dr. Sansalvador, para a mucosa vaginal».

Dr. Susiny (Vichy — França): «Algumas considerações sobre as metrites de origem intestinal. Tratamento das algias vaginais pela injeccção *in loco* do analgésico».

Dr. Terrades (Barcelona): «O futuro das operadas da gravidez ectópica».

Dr. Torre Blanco e Dr. Carci: «O *forceps* clássico como obstáculo ao progresso da obstetrícia actual».

Dr. Usandizaga (Santander): «A anestesia epidural nas operações vaginais. Tratamento cirúrgico das cervicites. Técnica de Atumdorff».



Jornadas Médicas Coloniais

(22 a 31 de Julho de 1931)

A Comissão dos Congressos da Exposição Colonial resolveu reunir nas Jornadas Médicas Coloniais os médicos e higienistas que têm um interesse especial pelos problemas de higiene social e pela profilaxia das doenças dos países quentes.

Estas jornadas coloniais realizar-se hão em Paris de 22 a 31 de Julho de 1931.

Constituiu-se um *comité* de organização sob a presidência do Prof. Tanon.

O preço da cota é de 100 francos para as congressistas; 50 francos para os aderentes (famílias dos congressistas, estudantes).

As companhias de transportes, as de navegação, as sociedades de aeronáutica, etc., concederão aos congressistas grandes reduções.

Também os restaurantes da exposição farão reduções de forma a permitirem aos congressistas tomarem aí as suas refeições em condições vantajosas.

Durante as Jornadas Coloniais Médicas os congressistas terão entrada gratuita na Exposição e nos diversos atrativos.

Programa

QUARTA FEIRA, 22 DE JULHO

De manhã: Sessão de abertura presidida pelo Ministro das Colónias, assistido pelo Prof. Baltazar, Decano da Faculdade de Medicina de Paris, membro da Academia de Medicina, Prof. Teissier, da Faculdade de Medicina e pelo Médico Geral Inspector Lasnet, Inspector Chefe do Serviço de Saúde Colonial.

De tarde: Infância indígena (protecção, higiene, pericultura).

QUINTA FEIRA, 23 DE JULHO

De manhã: Anofeles e stegomia (papel patogénico).

De tarde: Alimentação — Águas potáveis — Parasitismo intestinal nos países quentes.

SEXTA FEIRA, 24 DE JULHO

De manhã: Imigração nos países quentes — Polícia sanitária marítima.

De tarde: Doenças cutâneas e venéreas (especialmente a lepra e a sífilis) — Formas clínicas da sífilis nos países quentes.

SABADO, 25 DE JULHO

De manhã: Transmissão das doenças comuns ao homem e aos animais — Terapêutica da tripanosomia africana.

De tarde: História da aviação sanitária, sua utilização nas colónias — O papel que desempenham os aviões sanitários no funcionamento da assistência médica nas colónias.

DOMINGO, 26 DE JULHO

Demonstrações práticas da aviação sanitária pelos «Amigos da Aviação Sanitária».

SEGUNDA FEIRA, 27 DE JULHO

De manhã: A aviação sanitária na A. O. F. e na Indochina — Projecto de ligação entre a aviação sanitária e as carreiras de transportes aéreos coloniais.

De tarde: Farmacologia colonial.

TERÇA FEIRA, 28 e QUARTA, 29

Protecção sanitária dos povos autóctones nas possessões ultramarinas — História. Assistência médica (organização, pessoal, método, resultados obtidos e a obter).

QUINTA FEIRA, 30 DE JULHO

De manhã: Estações termais e climáticas das colónias francesas — Estações termais e climáticas francesas utilizadas pelas colónias — Cirurgia e especialidades — O cancro nas colónias francesas.

De tarde: Votos — Assuntos diversos.

*
* *
*

Conferências

O Prof. Sílvio Rebêlo realizou na Sociedade Farmacêutica Lusitana uma conferência sobre a aferição biológica dos medicamentos.

Depois de acentuar a importância dos laboratórios de investigação científica, campo onde podem encontrar-se a Medicina e a Farmácia, o conferente indicou os processos de aferição biológica dos medicamentos e o seu valor prático.

*
* *
*

Prof. Ricardo Jorge

O Prof. Ricardo Jorge foi nomeado membro do *comité* de honra das *Jornadas Coloniais* que se realizam em Paris, de 22 a 31 de Julho de 1931, onde fará uma conferência, para a qual foi convidado.

— No Congresso de História da Medicina, que se realiza em Bucarest, o Prof. Ricardo Jorge é o relator nomeado para um dos sete pontos do programa: — *A peste na Europa antiga e moderna.*

*
* *
* * *

Prof. Celestino da Costa

Foi eleito, por unanimidade, sócio efectivo da Academia das Ciências o Prof. Celestino da Costa.

*
* *
* * *

Prof. Levaditi

Ao Prof. Levaditi do Instituto Pasteur de Paris e Membro da Academia de Medicina de França foi concedida a medalha de ouro da Fundação Erlich.

*
* *
* * *

Assistência Nacional aos Tuberculosos

O Dr. Domingos Lara tomou posse do lugar de director dos serviços gerais da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Assistiram ao acto o Prof. Lopo de Carvalho, presidente da Assistência, o Dr. Armando Cancela de Abreu e o Prof. Álvaro de Matos.

*
* *
* * *

Bruxelles-Médical

Cruzada de Verão à Noruega, Spitzberg e à Baquise
organizada pela «Bruxelles-Médical»

Fomos informados por um grande número de médicos, que se não podiam ausentar durante as férias da Páscoa, devido às suas ocupações profissionais, motivo porque a *Bruxelles-Médical*, correspondendo ao desejo por elles expresso, resolveu organizar no próximo mês de Julho uma cruzada às costas da Noruega (visitando alguns dos *fiords* mais bonitos), às Gofoden, ao Cabo Norte, à Lapónia, ao Spitzberg (onde se poderá ir até os acampamentos d'Andrée, d'Amundsen e de Mobile) e à Baquise, com regresso por Jan Mayen, Feroë e Escócia. Esta cruzada, que não terá menos de 22 escalas, foi scientificamente estabelecida por uma personalidade cujas expedições polares são universalmente célebres, personalidade esta que tomará parte na viagem a efectuar no paquete de grande luxo *Foucauld* (15.000 toneladas — 152 metros) que entrou em serviço no último ano e expressamente fretado pela cruzada. O *Foucauld* é sem dúvida um dos melhores vapores da actual frota francesa.

O ponto de partida será em Dunkerque a 11 de Julho, de Zeebrugge a 12 de Julho, e o regresso a 6 de Agosto sendo o desembarque nos mesmos portos.

Preço médico. — Aplicável unicamente aos médicos, suas mulheres e filhos menores solteiros:

1.^a classe: desde 4.500 francos franceses por pessoa; 2.^a classe: desde 1975 francos franceses por cada pessoa.



As pessoas estranhas ao corpo clínico serão admitidas, sob recomendação escrita pelo médico da família, por uma tarifa um pouco mais elevada.

Organizar-se hão, na Noruega e na Escócia, excursões facultativas. Preço convencional global, 895 francos franceses.

Em vista das condições especialmente vantajosas em que se realizará a viagem, pede-se aos médicos que nela queiram tomar parte de o participarem o mais breve possível. A distribuição dos lugares será feita pela ordem de chegada dos pedidos.

Para quaisquer informações e inscrições, dirigirem-se à Secção de Viagens da *Bruxelles-Médical*. — 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Enderêço telegráfico: Belgfranav, que enviará, a quem pedir, uma brochura contendo o mapa geográfico da viagem.

* * *

Instituto do Cancro

O Governo dotou o Instituto do Cancro com a verba de 300 contos para a construção de um pavilhão do rádio.

* * *

Combate ao sesonismo

Os Drs. Luis Figueira e Fausto Landeiro, assistentes do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, apresentaram à Direcção Geral de Saúde e ao presidente da Junta de Educação Nacional, um relatório sôbre a missão a Hamburgo, Jugo-Eslávia e Itália realizada últimamente.

— Por proposta da Direcção Geral de Saúde vai ser instalada uma estação experimental de combate ao sesonismo na vila de Benavente.

Foi convidado para dirigir essa estação o vogal do Conselho Superior de Higiene Prof. Nicolau Bettencourt, que será auxiliado pelos Drs. Luis Figueira, Fausto Landeiro e António de Carvalho Dias.

* * *

Cartas de curso

Estão em distribuição, na secretaria geral da Universidade de Lisboa, as cartas de curso há muito requeridas pelos licenciados em Medicina e Cirurgia.

* * *

Necrologia

Faleceram, em Cascais, o Dr. José dos Passos Vela; em Lisboa, o Dr. João Pedro de Almeida; e em Felgueiras, o Dr. Alexandre Rôla Pereira.



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 Bilijs
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 180 gr.
de água fervida
quente.

Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a $\frac{1}{1.000}$

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

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

Agentes para Portugal:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se emprega em larga escala. Há vinte annos, quando se experimentou o valor dos productos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito minimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tifos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com successo, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

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

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREEIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab

N.º