



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

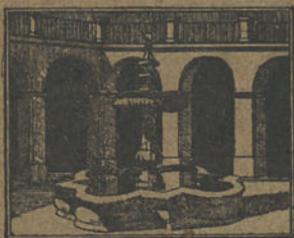
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# KALOGEN

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

**TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE**

Depositarios para Portugal e Colonias

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

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que a sua porção produz **diurese prompta**, reanima o **coração debilitado**, dissipa a **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St Martin PARIS — PHARMACIAS

# RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PO 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 — BARCELON.

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — RUA DA PALMA, 240-2

LISBOA

Sala 8

Est. 9

Tab. 1

N.º 102

# Película EASTMAN

para Raios X  
Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

## Pathé

A nova película **Contraste Dupli-Tized** representa um progresso considerável, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade. 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 sôbre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.*

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

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# IODONIE

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832  
26 Junho 1933

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 de  
Dr. LEURET. (Comunicação feita na Academia de Medicina  
— 18, Fevereiro 1930.)

Uma injeção de 2 em 2 dias. Produto quimica-  
mente puro: Sem toxicidade; injeções indolores.

PREPARAÇÃO FEITA SOB A VIGILANCIA  
FISIOLÓGICA E CLÍNICA DOS AUTORES

Laboratórios ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (15.º)

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

# 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 Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

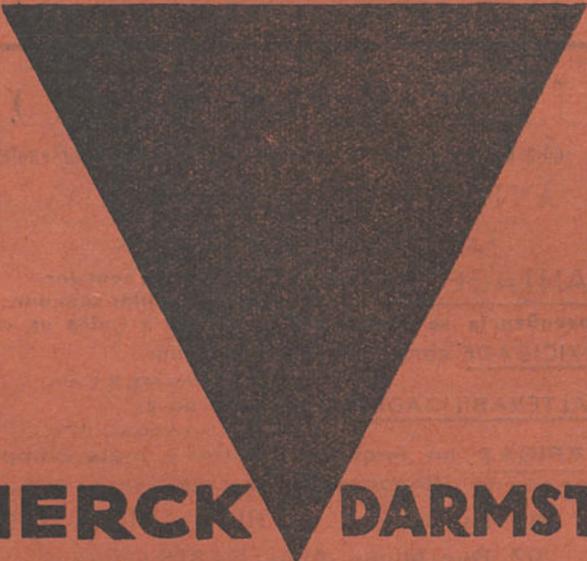
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIO  
EXCLUSIVOS

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

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



# E-MERCK DARMSTADT EUPAVERINA

(-1-(3,4) metileno-dioxibenzilo 3-metil 6,7-metileno-dioxi-isoquinoleína)

Recente **espasmolítico** para o tratamento dos estados **espasmódicos** da musculatura lisa, **especialmente** espasmos do piloro, intestino, vesícula, etc.

Aproxima-se da papaverina, tanto sob o ponto de vista químico como farmacológico.

Ação antiespasmódica acentuada **sem sintomas secundários**.

**EUPAVERINA MERCK** em comprimidos de 0,03 gr.  
Tubos de 10 e 20 comprimidos.

**EUPAVERINA MERCK** em ampôlas de 0,03 : 1 c.c.  
Caixas com 5 e 10 ampôlas.

**EUPAVERINA MERCK** em substância para receituário.

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

## Incontestavelmente analgesico!

O poder de minorar a dor é dos efeitos característicos do penso de Antiphlogistine. Este efeito analgesico é devido essencialmente à hiperemia arterial produzida pela Antiphlogistine, tornando-a uma aplicação ideal no tratamento dos vários tipos de desordens linfáticas e venosas, onde a dor é, frequentemente, um symptoma pronunciado.



## Antiphlogistine

aplicada quente em camada espessa, exerce uma influencia benéfica sobre a circulação do sangue e da linfa, e constitue, geralmente, a medida sufficiente para proporcionar o alivio dos symptomas dolorosos.

**The Denver Chemical Mfg. Company,**  
163 Varick Street, New York, U. S. A.

Representantes em Portugal:

**ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.**  
Cais do Sodré, 8, 1. LISBOA

**acção****pureza****inalterabilidade absolutas**

eis as características  
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

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

registrada

(De ALLEN &amp; HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

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

Representantes exclusivos deste produto:

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

Agente no PORTO

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

**allenburys**alimentos de confiança para o bebé tomar**e para o médico receitar****VITAMINADOS****AFAMADOS****SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS****GARANTIDOS**

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'S, LTD. — LONDRES:  
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOATele F. 21476  
G. DELTA

# Salvitae

## Nas Toxemias da Gravidez

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

SALVITAE, protege, de uma forma eficiente, o organismo contra acidose e toxemias da gravidez, suprimindo-o de saes minerais (sodio, potassio, calcio, magnesia, etc.) dos quaes depende a integridade do equilibrio acido basico do corpo.

.....

AMERICAN APOTHECARIES CO.

New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

**Simenex - Salinas & C.<sup>o</sup>**

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



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

Eficaz na  
 DOENÇA DE BANTI e na  
 CAQUEXIA CANCEROSA

**A. B. ASTRA**

SODERTALJE  
 Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de  
 FIGADO

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

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

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

**HEPATOTAL**



# 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.

*Á disposição do Corpo Médico. ha amostras e literatura que interessa.*

*Escreva ao Representante em Portugal.*

**RAUL GAMA,**  
Rua dos Douradores, 31.  
LISBOA.

# 'Petrolagar'

(Marca Registrada)

## 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

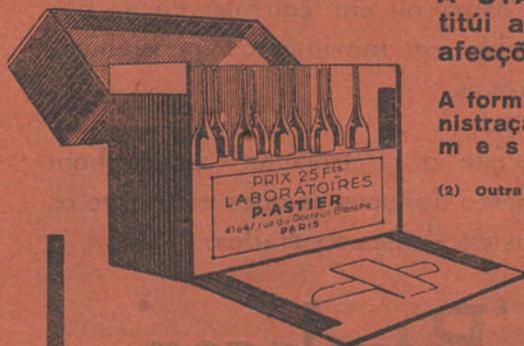
# stalysine

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

A STALYSINE injectavel constitúi 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.<sup>a</sup> — R. da Palma, 240-246 - Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>Sobre o diagnóstico do glaucoma inicial e do preglaucoma</i> , por A. Borges de Sousa.....	pág.	333
<i>Quistos hidáticos, equinococose hidática, hidatidose</i> , por Prof. Custódio Cabeça e Dr. Bernardo Vilar.....		355
<i>A vacinoterapia antitífica endovenosa como método piretolerápico</i> , por Dr. Jesus Marin Agramunt.....	»	365
<b>Notas clínicas</b>		
<i>Diarreias funcionais</i> , por J. Cândido de Oliveira.....	»	373
-----		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	380
<i>Bibliografia</i> .....	»	402
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	XXXV

## SÔBRE O DIAGNÓSTICO DO GLAUCOMA INICIAL E DO PREGLAUCOMA

POR

A. BORGES DE SOUSA

O glaucoma é essencialmente caracterizado pela elevação da pressão intraocular acima do nível compatível com a integridade anatómica do olho e, conseqüentemente, com a inteireza da sua função visual.

De tal maneira a «hipertensão» é o laço comum que uns a outros liga os diferentes estados glaucomatosos, que, abusivamente, os termos «hipertensão» e «glaucoma» se tornaram equivalentes em linguagem oftalmológica, a-pesar-de casos existirem, certamente raros, nos quais os sinais glaucomatosos se verificam sem que a hipertensão tenha sido claramente demonstrada.

O glaucoma não é uma doença definida, de etiologia lúcidamente apurada, é um síndrome, uma concorrência de sintomas, devidos às mais variadas causas, mas nesta constelação sintomática a hipertonia ocupa um lugar tão predominante e constante, que se justificam as vivas preocupações do médico com o combate do sintoma mais perigoso que o glaucoma oferece, crescendo que a maior parte dos outros sintomas concomitantes são conseqüência directa ou remota do exagêro de pressão intraocular. Simplesmente, quando nos esforçamos por baixar a hipertonia verificada no glaucoma, entenda-se que fazemos apenas terapêutica sintomática, e, se conseguirmos obter para o olho uma situação duradoura de pressão intraocular normal, a-pesar-da formidável importância d'êste facto, não devemos afirmar a cura do

glaucoma, porque mesmo nestas condições favoráveis pode infelizmente suceder que as funções visuais sofram depreciação progressiva causada pela persistência da verdadeira origem do processo patológico; assim, por exemplo, a alteração das paredes vasculares, consecutiva às modificações de inervação que originariamente determinaram a hipertensão e os outros sinais glaucomatosos, pode confirmar-se de maneira irreparável. Contudo, no estado actual do nosso saber é perfeitamente legítima a importância concedida à hipertensão e aos meios de a combater; neste caso, como em outros capítulos da patologia, a terapêutica sintomática é actualmente a única capaz de nos alentar a esperança de salvar o olho e a sua função.

Conquanto a palavra glaucoma seja etiologicamente desasturada, está ela enraizada tão profundamente na terminologia médica, que não há pensar em refugá-la, acrescentando que este vocábulo, consagrado pelo uso, nos é necessário e útil porque exprime concisamente uma idea complexa e um tanto obscura.

Toda a gente admite duas grandes classes de glaucoma: 1.º, o *primário* ou *primitivo* quando o glaucoma se manifesta num olho até então anatómica e funcionalmente normal, 2.º, o *secundário* ou *consecutivo* quando os sintomas glaucomatosos sobrevêm como consequência de alterações patológicas já existentes e diagnosticáveis. Por outras palavras, um glaucoma cujas causas se conhecem é secundário, aquele de que se ignora a origem é primário.

Apenas nos ocuparemos do glaucoma primitivo.

No glaucoma primitivo a hipertensão característica pode instalar-se brusca e intensivamente; desta brutalidade de início resulta uma sintomatologia local e geral ruidosa e imponente — é o *glaucoma agudo*. Mas se a hipertonía fôr moderada, exercendo a sua acção lenta e continuamente, persistentemente, os sintomas serão apagados e recatados constituindo a forma crónica insidiosa denominada *glaucoma simplex*, cujo diagnóstico tantas vezes só se estabelece após demorado e trabalhoso exame instrumental e funcional. Na forma aguda não, basta em geral a simples inspecção para reconhecer o glaucoma. As duas formas nada mais são do que estados diferentes dum mesmo processo: muitos glaucomas agudos espontaneamente, ou por virtude da terapêutica, passam a simples, e muitos glaucomas simples, evo-

lucionando durante meses e anos sem o menor sinal congestivo do segmento anterior do olho, súbitamente revestem o aspecto grave e solene do glaucoma agudo. Por isto, entre as duas formas longínquas, extremos confins do glaucoma, existem todas as variações transicionais.

O nosso estudo visará apenas o glaucoma simples nos períodos iniciais.

Na grande maioria dos glaucomas simples o período prodrômico, que tão característico é nos glaucomas agudos, falta por completo. No início, o aspecto exterior do olho atacado pelo glaucoma simples é normal, o doente não acusa dores, nem anéis corados em redor das flamas, nem baixa de visão central ou periférica. A instalação do glaucoma é de tal maneira lenta e insidiosa que o doente quasi sempre nos consulta quando já o glaucoma atingiu o estado confirmado e avançado, num olho pelo menos, crescendo para maior infelicidade que, sendo a afecção por via de regra bilateral, mesmo quando os dois olhos sofrem com o mesmo grau de intensidade nada chama a atenção do doente para a cegueira que se está instalando, porque a restrição típica dos campos visuais, fazendo-se em sectores simétricos dos dois campos, passa despercebida na visão binocular, não se resentindo portanto do facto a orientação do paciente.

Contudo, a-pesar-da bilateralidade quasi infalível do glaucoma simples, sucede na maioria dos casos que um olho apresenta muito maiores estragos do que o outro, e não poucas vezes um dos olhos está ainda aparente ou realmente são quando o paciente nos consulta por causa do olho manifestamente enfermo. Na prática são quasi sempre desta categoria os casos em que o problema se nos depara: um olho sofrendo de glaucoma simples confirmado, saber se o segundo olho está íntegro ou se apresenta já sinais de glaucoma tão leves e pouco evidentes que justifiquem o diagnóstico de preglaucoma.

Nas complicadas e tão discutidas questões do glaucoma simples o acôrdo é completo no princípio seguinte: «o tratamento tanto-médico como cirúrgico, sobretudo este último, será tanto mais proveitoso e eficaz quanto mais cedo fôr instituído».

É grave erro de officio esperar que os sinais clássicos do glaucoma simples se manifestem para instituir a terapêutica indis-

pensável. Numa doença cuja marcha progressiva e implacável leva à cegueira irremediável é preciso intervir tão cedo quanto possível. Urge prever, prefinir o glaucoma.

Os sinais clássicos do glaucoma simples são: a hipertensão, a escavação do nervo óptico e as modificações do campo visual. Vejamos cada um deles que valor tem para o diagnóstico precoce do glaucoma.

O *campo visual* nos seus limites periféricos, desenhados por meio do perímetro ordinário, sofre primeiro na parte nasal e superior. Esta predilecção topográfica que afecta a deficiência campimétrica resulta de dois factos anatómicos: em primeiro lugar explica-a a disposição das fibras nervosas da retina, as quais

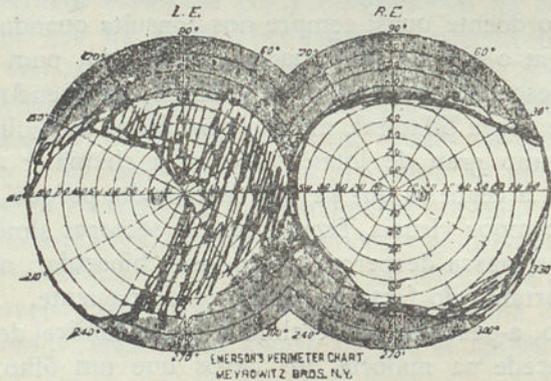


Fig. 1. — Glaucoma simples. — Apêrto nasal típico.  
Tomado no perímetro ordinário.

na metade temporal affectam desenho arqueado no longo caminho que correm até a periferia externa da retina, em contraste com a emergência mais directa e rectilínea das fibras nasais; por outro lado, a escavação glaucomatosa é geralmente mais acentuada na parte externa e inferior da papila do que no lado nasal da mesma, de onde resulta que as fibras que primeiramente é mais fortemente devem padecer são aquelas que sofrem contacto com o bordo agudo e vulnerante da esclerótica na margem da escavação. Em segundo lugar ainda há que considerar a irrigação vascular das duas metades da retina, sendo a irrigação da parte nasal mais fácil e directa do que a da parte temporal, onde a artéria central da retina chega por vias mais longas e indirectas.

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

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

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



LISBOA MÉDICA

*reijon*

# Gardénal

FENIL-ÉTIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS  
CONVULSÕES  
ESTADOS ANCIOSOS  
INSONIAS REBELDES**

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS

a 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE  
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE . PARIS. 3<sup>ÈME</sup>

Compreende-se sem esforço que ramos vasculares e fibras nervosas sejam numa e noutra metade da retina diferentemente afectadas pela hipertensão.

Com a progressão do glaucoma o campo visual vai restringindo-se mais e mais (fig. 1) até que, nos últimos estados, existe apenas uma pequena fenda central de campo visual conservado e o doente queixa-se do fenómeno de *visão tubular*, sofrendo então consideravelmente as suas possibilidades visuais de orientação, ou ainda, na onda implacável de descalabro, se vai o ponto de fixação, restando uma pequena zona temporal e paracentral de campo positivo, que ao depois, perdida também, deixa o olho

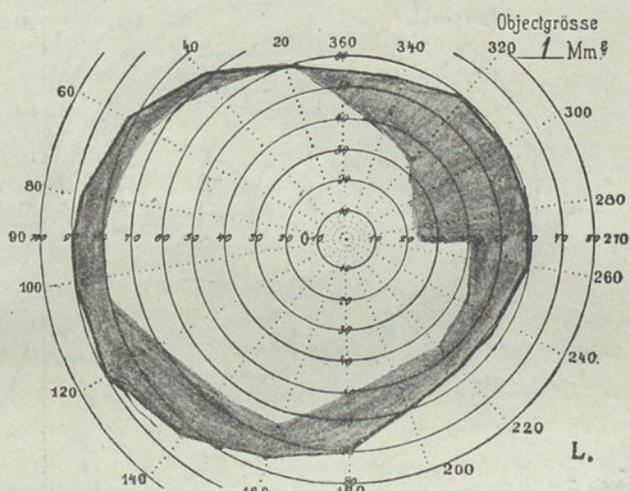


Fig. 2. — Degrau de Roenne.

completamente cego. Curiosamente, todo este desperdício visual se efectua conservando-se quasi sempre intacto o sentido das cores dentro da área reduzida do campo visual conservado. É o contrário do que sucede nas atrofias do nervo óptico.

O apêrto nasal do campo é um sinal freqüente mas não constante de glaucoma inicial e a sua aparição pressupõe a existência de lesões estruturais; é antes um sinal de glaucoma do que de preglaucoma. De resto, deficiências campimétricas periféricas manifestam-se em outros estados — na miopia elevada, por exemplo — para os quais Axenfeld chamou a atenção.

Outro tanto diremos do *degrau nasal de Roenne*, frequente nos campos visuais dos glaucomatosos e que consiste no facto seguinte: quando no perimetro percorremos com a marca de prova o meridiano horizontal, partindo do centro para o lado nasal, e a seguir os dois meridianos muito próximos, superior e inferior, verificamos que a periferia nasal do campo não tem a mesma extensão acima e abaixo do meridiano horizontal; esta falta de coincidência traduz-se pelo aparecimento dum degrau

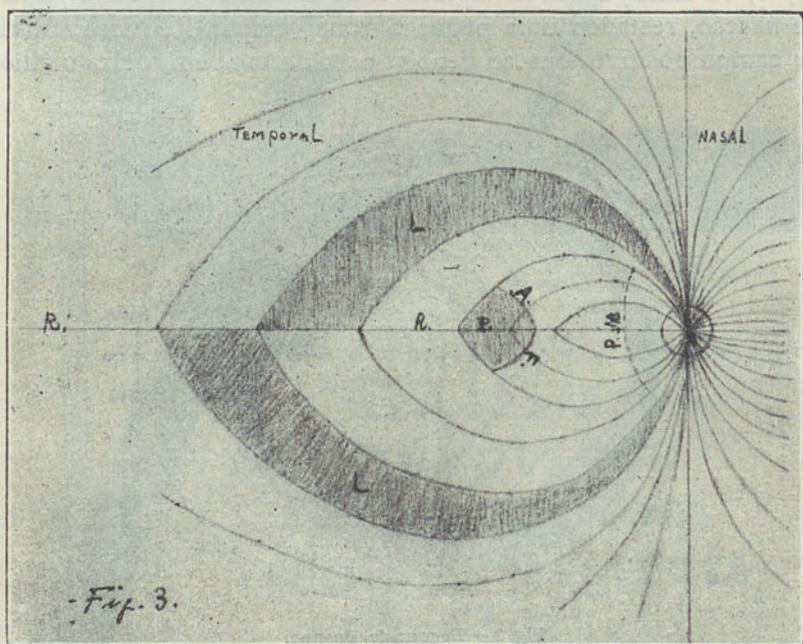


Fig 3. — Modificada de Elliot. — A treatise ou glaucoma. — P. M., feixe papilo-macular. A. F., anel da fovea. — R., rafe — P., plexo nervoso macular. — L. L., feixes de fibras cuja lesão explica os sinais de Roenne, de Bjerrum, de Seidel, etc.

brusco no campo (fig. 2). O *degrau de Roenne* é determinado por lesão, num sector temporal da papila, dum grupo das fibras nervosas temporais que, circundando a mácula, formam arcos e vêm reunir-se no «rafe» horizontal temporal (fig. 3).

Já para a apreciação do degrau de Roenne é útil deixar o perimetro usual para recorrer ao método de Bjerrum com a sua grande cortina preta, as marcas de prova pequenas e a distância

de exame grande, ou a algum dos escotómetros, como o de Bardsley, baseados no mesmo princípio. Ainda em alguns casos em que o defeito a apreciar — o escotoma — se encontra muito perto do ponto de fixação, e onde exista visão binocular, há vantagem no emprêgo do campímetro estereoscópico.

No método de Bjerrum a pequenez do *test* empregado, a distância grande a que se trabalha (1 metro ou mais), permitindo a projecção do escotoma com grande ampliação, e a facilidade com que se imprimem ao *test* movimentos circulares, e não só radia-

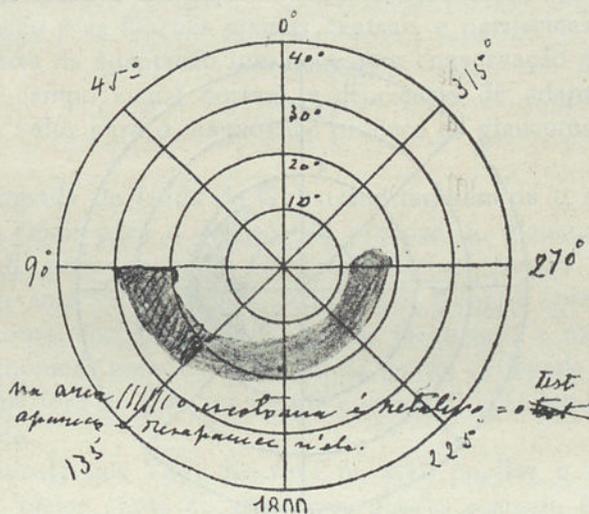


Fig. 4. — Sinal de Bjerrum.

dos, possui vantagens preciosas de sensibilidade e de precisão que com o perímetro se não alcançam.

Bjerrum com o seu método descobriu o grupo de alterações no campo visual que correm com o nome de «sinal de Bjerrum» e que consistem na presença dum escotoma anular, ou arqueado como um cometa, no campo nasal, começando na mancha cega de Mariotte e terminando no meridiano horizontal ao longo do «rafe» das fibras nervosas (fig. 4). A importância d'este sinal é grande, sobretudo no que respeita o prognóstico e a indicação terapêutica cirúrgica urgente. Peters procura tornar mais sensível a pesquisa e portanto mais precoce o diagnóstico, usando *tests* verdes, Wessely prefere o vermelho. Fleischer, atribuindo

a sensibilidade da prova mais a diferenças de luminosidade do que propriamente à côr empregada, usa *tests* cinzentos.

Bjerrum atribui com razão o sinal que tem o seu nome à destruição limitada a um feixe, ou feixes de fibras nervosas no bordo da papila ou em sua vizinhança imediata. E tanto assim é que o sinal, a-pesar-do valor que tem, em vez de ser patognomónico de glaucoma encontra-se em várias outras lesões do nervo óptico, como em neurites retrobulbares, papilo-retinites e sobretudo na cório-retinite juxtapapilar de Jensen.

O sinal de Seidel (fig. 5) mostra-se muito cedo no glaucoma. Vem êle a ser uma fase do sinal de Bjerrum e consiste no apa-

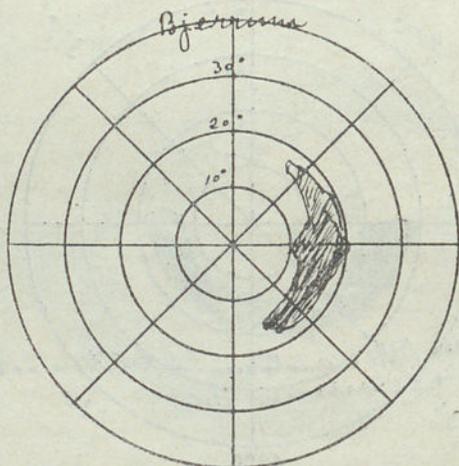


Fig. 5.—Sinal de Seidel.

recimento no bordo superior ou inferior do ponto cego, ou nos dois bordos simultâneamente, dum escotoma com feitiço de crescente cuja concavidade está voltada para o ponto de fixação.

O «sinal de Elliot» mostra que o bordo do escotoma correspondente ao ponto cego não é regular mas dentado e anfractuoso.

Todas estas alterações nos campos visuais, e outras que não menciono, têm valor considerável no estudo do glaucoma, mas todas elas, dependendo de alterações estruturais de fibras nervosas, causadas pela hipertensão, pertencem aos sinais de glaucoma, talvez em princípio, mas já constituído.

A escavação glaucomatosa não vai demorar-nos, é um sinal

característico de glaucoma confirmado, e o único interêsse que para o caso poderia oferecer seria o diagnóstico diferencial nos períodos iniciais da escavação, mas o período inicial do glaucoma prefigura com grande antecipação o início da escavação.

Feigenbaum mostrou últimamente que a *adaptação* do olho sofre com a hipertensão e que volta aos valores normais quando a pressão se normaliza, o que leva a pensar que estas perturbações de adaptação dependem de modificações circulatórias, tornando-se elas definitivas quando sobrevêm lesões secundárias dos elementos retineanos. Como existe uma certa independência entre a adaptação e as funções visuais centrais e periféricas, podendo haver baixa da adaptação luminosa com conservação de agudeza central e campo visual normal, a deficiência de adaptação pode ter certo valor para o diagnóstico precoce do glaucoma.

A lâmpada de fenda de Gullstrand também dá o seu contingente de sinais para o diagnóstico precoce do glaucoma. A dispersão de pigmento pela face posterior da córnea e sobre a superfície anterior da íris, anunciada por Koeppe como sintoma de glaucoma, encontra-se com grande freqüência e nada tem de patognomônica; tenho-a, como muita gente, verificado em múltiplos casos fóra do glaucoma e até como indicação pura e simples de velhice.

A cutícula que Vogt descreve na área pupilar e que encontrou em vários casos de glaucoma, dando, segundo êle, origem aos glaucomas cápsulo-cuticulares, não encontra no momento actual confirmação geral; é ainda uma questão em estudo.

Finalmente Thiel observa à lâmpada de fenda a dilatação freqüente dos vasos ciliares anteriores, cobertos por conjuntiva proeminente cuja face profunda se vê semeada de grãos de pigmento. Claramente é a hipertensão persistente que dá origem a estes sinais.

Vê-se pois até este ponto que, se a sintomatologia do glaucoma é rica e bem apurada, nenhum dos sinais estudados nos serve para, nos períodos em que o glaucoma se não confirmou, afirmar ou excluir a disposição em que o olho se encontra para desenvolver o glaucoma, isto é, para diagnosticar o preglaucoma.

Creio que pelo estudo cuidadoso e detalhado da pressão intraocular adquirimos a possibilidade de melhor resolver esta questão importante; e vale a pena atentar no caso porque é certo que a terapêutica hipotensora se impõe desde que haja a menor suspeita bem fundada de que o olho está disposto para se tornar glaucomatoso. É erro esperar que a hipertensão se estabeleça evidente, porque há olhos que não toleram, sem danos sérios, pressões que, sendo vizinhas das normais, são contudo para eles excessivas.

Por todas estas razões é da maior importância estudar métodos que nos permitam diagnosticar o glaucoma num período em que os outros sintomas clínicos habituais ainda não existem.

A hipertensão é o vínculo que reúne todos os estados glaucomatosos, e sendo, como é, o principal sintoma do glaucoma, justifica-se que lhe dediquemos atenção cuidadosa. Em verdade os progressos consideráveis realizados no estudo do glaucoma nos últimos tempos são directamente atribuíveis à possibilidade de estudar com precisão a pressão intraocular, dependem da criação do tonómetro prático, devem-se a Schiøtz.

Na cavidade de forma aproximadamente esférica que é o olho encontra-se a uvea, constituída pela íris, corpo ciliar e coroideia; é uma estrutura tão abundantemente vascularizada que mereceu a designação de túnica vascular. Depois vem a retina com a sua distribuição vascular própria, o cristalino cuja função é exclusivamente óptica, e os líquidos intraoculares: o humor aquoso que enche a câmara anterior e o líquido que embebe o tecido esponjoso do corpo vítreo.

O valor da pressão intraocular depende evidentemente da relação existente entre a capacidade da cápsula ocular (córnea e esclerótica) e a quantidade do seu conteúdo. Se a primeira diminuir ou a segunda aumentar haverá elevação da pressão intraocular.

As modificações de capacidade da cápsula ocular em condições fisiológicas são de tão fraca importância que se podem tomar praticamente como não existentes; de facto as paredes do globo são dotadas de tão fraca extensibilidade que não admitem sem ruptura a injeção intraocular de uma quantidade de líquido superior à centésima parte do conteúdo ocular (70 mm. cúbicos

num olho cuja capacidade anda habitualmente por 7 cm. cúbicos). Sucede além disso que a resistência do involucre fibroso não é proporcional à pressão mas aumenta rapidamente com a elevação dela.

De maneira que, praticamente, a pressão intraocular vem a ser determinada pelo volume do conteúdo do olho, e, como as partes sólidas dos tecidos que compõem este conteúdo são constantes, as variações de pressão serão devidas a variações quantitativas dos líquidos que o olho contém, portanto, à quantidade de líquido do corpo vítreo e das câmaras oculares, bem como à quantidade de sangue que a cada sístole cardíaca penetra no olho.

O mecanismo da pressão intraocular normal, bem como as suas modificações para mais ou para menos, tem sido e será ainda por muito tempo interpretado de maneiras diferentes. É uma questão em que a controvérsia é sempre ardente e viva e que se prende com os difíceis, complexos e ainda obscuros problemas da produção dos líquidos intraoculares e com as teorias da hipersecreção e da retenção, que demoradamente ainda prenderão a atenção e o engenho dos clínicos e dos fisiologistas sem que a palavra final e decisiva possa ser pronunciada.

Certamente, o ponto de partida para o estudo da questão, a base sólida sobre a qual todo o problema assenta, é a seguinte: a pressão intraocular depende da relação entre a quantidade de líquido intraocular produzido na unidade de tempo e a remoção, a transferência do mesmo líquido para fora do olho, também na unidade de tempo, pelas diferentes vias exólicas. As incertezas surgem na interpretação fisiológica da produção e da excreção do líquido. ; Influências nervosas simpáticas e parasimpáticas, aparelho endócrino, pressão sanguínea geral, local e capilar, pressão osmótica, sais e colóides no sangue e no aquoso; secreção? filtração? quanto cabe à íris, quanto ao corpo ciliar, ao canal de Schlemm, às vias linfáticas, às veias vorticosas, à embebição do vítreo, às alterações anátomo-patológicas do ângulo da câmara anterior, à sua obliteração, à esclerose do ligamento pectíneo, às lesões das veias vorticosas. ; Quão difícil é saber o que é causa de glaucoma, destrinçar o que é causado pelo glaucoma! O problema colóido-químico, o problema tóxico-pigmentar, tudo assenta em alicerces vacilantes, e tudo isto demonstra a vastidão complexa do problema que demasiado longe nos arrastaria se

pretendêssemos aqui esmiuçá-lo. (Ver Elschmig-Glaukom. Handb. der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Henke und Lubarsch. Ver Baurmann-Der Wasserhaushalt des Auges. Handb. der normalen und pathologischen Physiologie. Bethe, Bergmann, etc. Receptionsorgane II. Photoreceptoren).

No ponto de vista prático, a influência da pressão sanguínea local e geral e do estado do sangue sôbre a pressão intraocular, com a correlativa congestão e permeabilidade dos vasos intra-oculares, presta-se a deduições de alto valor cuja importância para o diagnóstico do preglaucoma aprenderemos a avaliar.

*Pressão intraocular.* — A pressão intraocular pode ser medida por dois processos diferentes: empregando o manómetro ou adoptando o tonómetro.

A oftalmomanometria é o método mais exacto e científico, mas para a sua execução torna-se necessário perfurar a parede do globo com a cânula que, introduzida na câmara anterior, ou no vítreo (a pressão nas duas cavidades é idêntica), vem a estabelecer a comunicação do interior do olho com o manómetro. É evidente que êste método, salvo casos muito excepcionais, não pode ser empregado em clínica humana.

Na oftalmotonometria a pressão interior é avaliada ou medida pelo valor duma pressão executada sôbre a parede ocular, de fora para dentro, e pelo grau de deformação da parede que corresponde àquela pressão. É o único método possível de uso clínico corrente.

O processo tonométrico mais simples e de uso mais antigo e geral consiste na palpação digital do globo ocular. O tato educado avalia com certo grau de precisão, às vezes grande, a força a empregar para vencer a resistência oposta pela parede do globo, e todos nos familiarizámos com a notação clássica que Bowman introduziu na clínica:  $T_n$ ,  $T + 1$ ,  $T + 2$ ,  $T + 3$ , e  $T - 1$ ,  $T - 2$ ,  $T - 3$  para a designação dos diferentes graus de hipertonia ou de hipotonia.

Os resultados obtidos pela tonometria digital, mesmo quando praticada por mãos educadas e obedecendo-se aos preceitos e regras necessárias, são evidentes nas hipertônias elevadas e nas hipotônias consideráveis, mas são imprecisos e enganadores quando se trata de desvios pequenos, de diferenças subtis, so-

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

# DIGIBAINÉ

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

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

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

## STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

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

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :  
**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ,** etc.

## MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

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

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

# SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6 0/0), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

Doenças catarrhaes dos órgãos respiratorios, bronchite aguda e chronica, tuberculose pulmonar e laryngea, gripe, coqueluche e asma.

.....  
 TEMMLER — WERKE  
 BERLIN — Johannisthal

# BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levadura

INDICAÇÕES:

Neurasthenia e padecimentos nervosos de toda a especie, especialmente insomnia nervosa e nevrose cardíaca. Padecimentos nervosos sobrevindo durante a menstruação e durante a menopausa. Estados de excitação de origem psychica; nevroses de terror e afecções semelhantes. Hyperexcitabilidade sexual. Nevralgias e enxaqueca. Epilepsia. Alem disso o Brosedan é empregado, quando se quizer fazer uma alimentação pobre de sal (na nephrite, rheumatismo, tuberculose).

.....  
 TEMMLER — WERKE  
 BERLIN — Johannisthal

# Hãmafopan

feito de

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

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflammatorias

# SINNODIN

(Dr. Bauer)

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

Chem. Fabrik Milkal, Altona-Hamburgo

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

# SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal

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

bretudo quando o outro olho não sirva para termo de comparação, e são justamente estes desvios pequenos os que mais importa apurar para firmar um diagnóstico hesitante de glaucoma ou para avaliar da eficácia dos meios terapêuticos empregados no combate dêste mal.

Todos sentiam a necessidade de registrar, melhor do que com os dedos, as variações fracas de pressão, por isso as tentativas e esforços para o conseguir foram grandes e porfiados. O grande Donders, Helmholtz, Maklakoff, Fick e outros deram à tonometria valioso impulso, mas é preciso chegar a 1905, época em que Schiøtz criou o tonómetro que deu ao seu nome a fama merecida que hoje disfruta, para ver a tonometria ocupar na clínica o papel importantíssimo que indiscutivelmente lhe pertence. Durante êste quarto de século, devido à introdução do tonómetro de Schiøtz na prática oftalmológica, o problema do glaucoma sofreu uma remodelação completa, a tal ponto que hoje será difícil encontrar um oftalmologista que dispense o auxílio que o tonómetro lhe presta. «Era pre-Schiøtziana» chama Elschmig com razão àquela que se refere aos estudos do glaucoma nas épocas que ficam para trás de 1905.

Não vou descrever o tão conhecido aparelho de Schiøtz, nem tão pouco a técnica do seu emprêgo, de tal maneira rotineira que oftalmologista não há que a desconheça; nem me ocuparei das diferentes modificações introduzidas no aparelho, que figuram nos instrumentos de Mc. Lean, de Bailliart, de Wendt, e de tantos outros. O aparelho de Schiøtz é certamente e com razão o mais universalmente usado, e a tendência moderna é antes para obter uniformidade de fabrico que garanta concordância nos resultados obtidos com tonómetros de Schiøtz de proveniência variada e ao mesmo tempo encontrar meios práticos para a aferição dos instrumentos em uso.

Comberg construiu três blocos metálicos de prova com os quais se pode ajustar e verificar a exactidão das indicações fornecidas por um tonómetro (prèviamente aferido) sempre que haja dúvida sôbre o seu correcto funcionamento. Arnold e Karpow servem-se, para a aferição, dum tonómetro padrão: sôbre uma delgada membrana de borracha sujeitada a uma certa pressão compara-se o tonómetro padrão com o tonómetro a aferir, e Samojloff serve-se do olho do coelho vivo, no interior do qual

introduz uma cânula ligada a um manómetro; o tonómetro aplicado sobre a córnea deverá acusar pressões semelhantes áquelas que o manómetro indica. As objecções quanto à exactidão deste processo complicado são óbvias.

Actualmente em Berlim, na Clínica Universitária, existe uma secção onde os tonómetros são verificados, fornecendo-se um certificado de aferição aos aparelhos examinados.

Em tonometria clínica corrente é útil recordar rapidamente certas regras práticas às quais tenho às vezes visto que pouca atenção se presta. Contra o que à primeira vista se poderia esperar, são os pequenos desvios do ponteiro, compreendidos entre duas e quatro divisões da escala, aqueles que fornecem resultados mais seguros, de maneira que temos toda a vantagem em escolher o pêso que occasiona um desvio do ponteiro dentro daqueles limites, evitando os pêsos maiores aos quais corresponde um desvio mais considerável. É de bom costume fazer três medidas tonométricas sucessivas e tomar como resultado a média das três leituras. Num paciente que tranquilamente se presta ao exame é extremamente freqüente observar pequenas oscilações no ponteiro, abrangendo meia a uma divisão da escala; elas são causadas pela propagação do pulso ao olho: a cada sístole cardíaca corresponde a entrada duma certa quantidade de sangue no globo ocular que, funcionando como uma cápsula cheia de líquido incompressível, sofre uma elevação momentânea de pressão. Estas oscilações são sinal e garantia duma boa aplicação do tonómetro e devemos utilizar para a leitura o número mais baixo da escala que o ponteiro toca e que corresponde à pressão sistólica máxima.

É preferível exprimir as medidas tonométricas por meio dum quebrado cujo numerador indica o pêso empregado e o denominador o desvio da agulha na escala, fazendo seguir, ou não, este quebrado dum sinal de igualdade e do valor em milímetros de Hg. que o quebrado representa, valor que se encontra no gráfico que acompanha o aparelho, onde as abscissas correspondem às excursões do ponteiro, as ordenadas à pressão intraocular medida em mm. Hg. Indicar o resultado tonométrico em mm. Hg. apenas é menos de aconselhar por dois motivos: primeiro porque o quebrado indica imediatamente se a mensuração foi correctamente executada (um denominador alto mostra que deveria

ter sido usado um pêso menor), em segundo lugar as curvas de Schiøtz são sujeitas a correcções, como a que o próprio Schiøtz fez em 1924 ao seu gráfico primitivo; é claro que a alteração do diagrama em nada altera a exactidão dos resultados marcados pela deflexão do ponteiro em correspondência com um certo pêso, a equivalência dessa deflexão a determinada altura da coluna de Hg. é que foi alterada, e aqueles que anotaram os resultados em mm. de Hg. apenas têm de explicar de qual dos gráficos, primitivo ou corrigido, se serviram. O emprêgo do quebrado torna desnecessárias todas as explicações e evita qualquer confusão. Como os valores nada têm de absoluto eu tenho o hábito de me servir do gráfico primitivo na inscrição dos mm. Hg. de que faço seguir o quebrado.

Se se trata dum doente examinado com grande freqüência podem com vantagem os resultados tonométricos serem inscritos numa fôlha ordinária de temperaturas, mostrando o gráfico à primeira vista a marcha e as oscilações da pressão, bem como a influência da terapêutica médica ou cirúrgica empregada no caso.

Da leitura da grande massa de trabalhos e publicações referentes à tensão do ôlho normal deve concluir-se que os números fornecidos pelo inventor do aparelho se podem tomar a crédito de verdadeiros. Schiøtz indica para um pêso de 5,5 grs. um desvio do ponteiro de três a cinco divisões, desvio que no gráfico primitivo corresponde a 15-25 mm. Hg., no diagrama corrigido de 1924 os mesmos números equivaleriam a 19-30 mm. Hg. Servindo-nos como disse do gráfico antigo, e fazendo uma média aproximada dos números achados pelos diferentes autores, tomaremos como pressão mínima normal 15 mm. Hg. e como limite superior 26 mm. Hg., obrigando já estes números extremos a um estudo mais cuidadoso do ôlho em questão. Contudo convém não esquecer que os valores fornecidos pela tonometria nada têm de absoluto, e lembrar que casos há, como por exemplo os que Elschnig aponta, nos quais pressões intraoculares consideráveis, mantidas durante anos, não deram motivo à aparição de fenómenos glaucomatosos. Por outro lado pressões compreendidas dentro dos limites considerados normais podem em realidade ser patológicas, quando intermitentemente se manifestam num ôlho que em outras ocasiões revela pressão muito mais baixa.

Nas diferentes décadas da vida as pressões intraoculares não

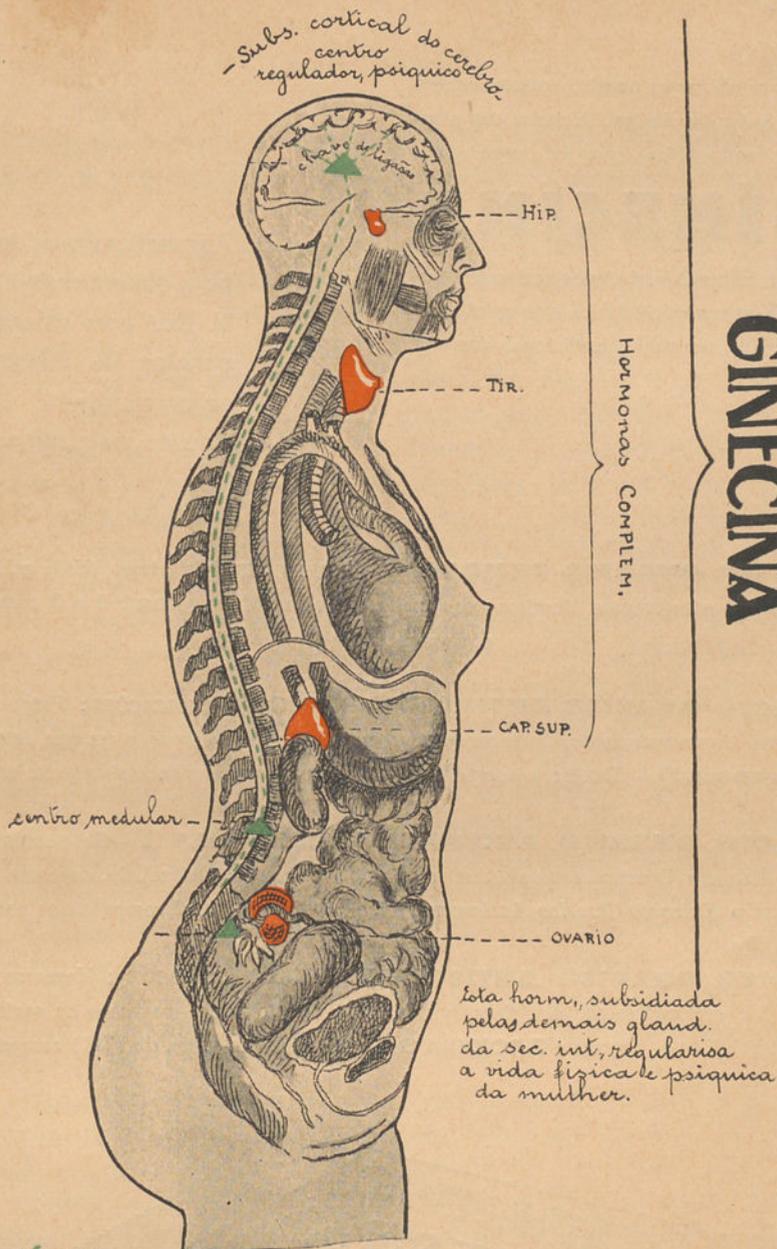
sofrem alterações de maior. Nos valores tonométricos obtidos, applicando o aparelho sôbre a córnea, a idade pouca ou nenhuma influência tem, outro tanto não succedendo quando a applicação fôr feita sôbre a esclerótica cuja rigidez progressiva no percurso da vida tende a accentuar as diferenças na leitura da escala, insinuando erradamente pressões mais elevadas na velhice do que na juventude. Em verdade não é a pressão que varia mas sim a elasticidade da parede fibrosa.

Normalmente as pressões intraoculares dos dois olhos são idênticas; as levíssimas diferenças encontradas por alguns (poucos) observadores são de tão diminuto valor que facilmente se explicam pelo êrro inevitável inerente a êste como a quási todos os métodos de exame. Daqui resulta que, quando verificamos existir uma diferença sensível e certa de tensão entre um e outro ôlho, a suspeita da presença dum processo glaucomatoso deve immediatamente dominar o espírito do médico. Se outros sintomas de glaucoma não existem ainda, êste é um sinal de preglaucoma.

Ao passo que durante êste quarto de seculo os estudos continuados e porfiados da tonometria vieram enriquecer com tantos dados novos, scientificos e práticos, o complexo problema do glaucoma, uma aquisição do mais alto valor para o conceito e para o diagnóstico precoce da doença resultou mais recentemente destes trabalhos aturados; quero referir-me às investigações sôbre oscilações e modificações de pressão intraocular que sobrevêm por virtude de causas várias.

Já de há muito se sabe que a maçagem ou a compressão do ôlho normal tem como consequência a diminuição da pressão intraocular, e não faltou quem preconizasse por isto a maçagem para o tratamento do glaucoma. Simplesmente succede que no ôlho glaucomatoso a baixa de pressão alcançada é de muito pouca duração e a miúdo seguida de hipertonia, elevando-se a pressão acima do valor registado antes do ôlho ter sido maçado. Wegner demonstrou que 5 minutos depois de terminada a maçagem já o ôlho glaucomatoso recuperára a tensão prévia, enquanto que o ôlho normal gastara 15, 30 e 45 minutos para fazê-lo.

Schicetz, em seu tempo, notara que a applicação repetida do tonómetro no ôlho normal produz diminuição da pressão intraocular e esta hipotonia foi cuidadosamente medida por Stock e v. Gelder. O abatimento da pressão está em relação directa com



# GÍNECINA

HORMONAS COMPLEM.

## 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 Anti-menorreico.**

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

# GÍNECINA

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.<sup>a</sup> para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios

**EXTRACTO OVARICO COMPLETO** — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, 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 successivamente 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.<sup>a</sup> a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0.1.



o valor gramas do pêso empregado, e Wegner mostrou que após três aplicações sucessivas do tonómetro no olho normal a pressão desce 3 a 4 mm. Hg.

Se em vez de aplicações sucessivas deixarmos, o que é preferível, repousar demoradamente o tonómetro sobre o olho, Wegner verificou que, com o pêso 5,5 e sobreposição permanente do instrumento durante 3-5 minutos, a pressão baixa no olho normal a  $1/3-1/2$  do valor que primitivamente tinha. Nas mesmas condições o olho glaucomatoso ou preglaucatoso mostra abatimentos muito menos consideráveis, mesmo quando o efeito da maçagem é realçado pelo emprêgo de pesos de maior vulto (7,5, 10-15 grs.), voltando o olho glaucomatoso muito mais rapidamente a atingir a pressão primitiva do que o olho normal. Wegner provou além disso que a diminuição de pressão não é devida à expulsão do aquoso pela maçagem, porque as medições da profundidade da câmara anterior acusam os mesmos valores tanto antes como depois da maçagem tonométrica, dependendo o fenómeno provavelmente da remoção de sangue para fora dos vasos endoculares por efeito da maçagem.

Disto resulta que a inalterabilidade da tensão ou o seu débil decrescimento consecutivamente a repetidas sobreposições do tonómetro, ou a uma só aplicação prolongada, constitui um dos primeiros e mais valiosos sintomas de preglaucoma.

A simplicidade e facilidade com que o método se aplica faz que eu o possa empregar correntemente com grande e proveitosa satisfação. A sua combinação com um outro método, a que presstes farei referência, completa e torna mais preciso o diagnóstico assim obtido.

Maior importância ainda tem o estudo das flutuações da pressão intraocular durante as diferentes horas do dia astronómico para o diagnóstico do glaucoma.

Já Masslenikoff tinha notado em 1905, usando o tonómetro de Maklakoff, que existiam variações diurnas da pressão intraocular, e Pissarello, Wessely e sobretudo Koellner confirmaram os resultados de Masslenikoff. Koellner mostrou que a curva da pressão intraocular, estabelecida por meio de umas cinco medições feitas dia e noite durante as 24 horas, indica que há uma pressão mínima que ocorre durante a tarde, a pressão eleva-se durante a noite gradualmente, e chega à máxima entre as 5 e as 7 horas

da manhã, antes de o indivíduo se levantar. Estas variações de pressão são leves no olho normal, a diferença entre a máxima e a mínima alcançando apenas uns 2 a 4 mm. Hg. e as curvas correndo sensivelmente paralelas nos dois olhos. Outro tanto não sucede no olho glaucomatoso; mesmo quando os valores máximos e mínimos da sua pressão se mantêm a dentro dos limites normais, as oscilações são muito mais pronunciadas.

Mas, por via de regra, o olho glaucomatoso ou disposto para o glaucoma mostra, como foi estabelecido por Loehlein e Thiel, pressão acima da normal nas horas da madrugada, antes do levantar, e oscilações tonométricas que vão até 20 mm. Hg. Esta hipertensão matinal atinge também o olho preglaucomatoso, no qual durante o dia não foi possível constatar exagêro algum de tensão, e muito menos de tarde, à hora habitual da consulta, ocasião em que a pressão desce ao seu mínimo.

Diz Thiel, e com razão, que quando um olho sofre de glaucoma simples e o segundo olho, ainda clinicamente intacto, mostra oscilações tonométricas consideráveis durante as 24 horas, êle está em estado de preglaucoma, mesmo quando a pressão máxima não exceda os 26 mm. Hg. que habitualmente se tomam como limite superior normal.

O estabelecimento da curva das 24 horas, além do seu alto valor diagnóstico, tem ainda a vantagem de indicar o momento em que a terapêutica hipotensiva é mais necessária.

Quanta importância prática tem a tonometria matinal nos casos difíceis mostra-o claramente o caso seguinte da minha clínica: W. H., súbdito britânico, 38 anos, homem saudável e forte, queixa-se de sentir uma dor intensa supra-orbitária esquerda com irradiações para a região fronto-temporal. Durante o dia passa perfeitamente, manifestando-se a dor na madrugada, pelas três horas, e durando até perto das oito, hora a que se levanta habitualmente. Desde que a dor se instala não mais concilia o sono. Como viveu em África algum tempo, julga serem de origem palustre as suas neuralgias, mas o quinino que por êsse motivo tem tomado não o alivia da dor. O exame mostra agudeza visual normal e o oftalmoscópio não revela a menor lesão no fundo do olho. A pressão intraocular ao Schiøtz é  $\frac{5,5}{5} = 20$  mm. Hg. Há uma levíssima restrição no campo visual nasal, cousa muito insi-

gnificante. Não há pontos dolorosos à pressão. Em diferentes dias chego sempre a resultados idênticos, continuando as dores nocturnas com perfeita regularidade. Convidei êste doente, que vivia fora, a passar uma noite num hotel de Lisboa e então uma tonometria feita às seis da madrugada esclareceu a situação, deu ao Schicetz:  $\frac{7,5}{3,5} = 35$  mm. Hg, hipertensão manifesta.

Durante a noite a hipertensão é causada pela posição horizontal, como o demonstra o facto de a baixa de tensão matinal deixar de manifestar-se quando o paciente se conserva no leito, sem levantar-se.

E sem dúvida difícil e trabalhoso fazer 5 tonometrias durante as 24 horas a um paciente de clinica particular, outro tanto não sucedendo num serviço clínico bem montado onde as curvas completas se podem obter com perfeita facilidade. Respectivamente a doentes não hospitalizados podemos, ou contentar com a medida tonométrica feita de manhã, antes do levantar, ou conservar o paciente na cama durante o dia todo. Seja como for, é êste um precioso método para o diagnóstico do preglaucoma e que deve ser sôfregamente aproveitado nos casos duvidosos.

¿ Qual é o mecanismo provável da hipertensão nocturna e o das hipertensões provocadas que em breve vou mencionar?

Wessely demonstrou, servindo-se dum manómetro registador de grande exactidão, que no animal em experiência a pressão intraocular concordava com a curva da pressão sanguínea: oscilações respiratórias, arritmias, elevação ou descida da pressão sanguínea geral, apareciam inscritas na curva da pressão intraocular, e alterações artificiais no estado de plenitude dos vasos endoculares coincidiam com uma elevação ou descida da pressão intraocular. As variações de plenitude dos vasos intraoculares actuam sôbre a tensão ocular principalmente pelas modificações de volume que determinam na estrutura eminentemente vascular que é a coroideia. Uma hiperemia desta membrana rouba capacidade à cápsula ocular, e se o sistema regulador da pressão estiver imperfeito poderá registar-se hipertensão, assim como, e nas mesmas condições, a anemia da coroideia poderá ter como consequência a hipotensão. O nitrito de amilo eleva a pressão intraocular graças à sua acção vaso-dilatadora cefálica electiva, o mesmo se observa com a caféina e o contrário sucede com a suprarenina.

A máxima nocturna de pressão é causada provavelmente por diferenças de plenitude no sistema vascular endocular. Masslenikoff conjecturava que durante o sono, comedindo-se a pressão sanguínea, existe certa estase nos vasos da cabeça determinada pela posição horizontal e pela inactividade muscular. O sistema regulador mantém a pressão intraocular dentro dos limites normais, compensando qualquer tendência para desvios. Mas no olho glaucomatoso a desafinação da função dos reguladores vasculares faz que a compensação não possa realizar-se.

O olho normal pode, mercê do funcionamento perfeito dos vasos endoculares, adaptar-se a variações da pressão sanguínea geral e a modificações da distribuição sanguínea local; no olho glaucomatoso tal adaptação é insuficiente ou falta de todo, seja por deficiência primitiva do sistema vascular, ou seja por alterações secundárias ocorridas no decurso da doença (Thiel). Esta disfunção do sistema regulador da pressão pode tornar-se aparente empregando vários meios, chamados «provocadores», que alteram propositadamente a distribuição do sangue na cabeça e no olho.

Thiel e Wegner revelaram que, se a um indivíduo em decúbito dorsal inclinarmos a cabeça, fazendo-a pender para baixo cêrca de 30°, manifesta-se no olho normal uma débil elevação de pressão intraocular que anda por volta de 2-3 mm. Hg. No olho glaucomatoso estabelece-se quási instantâneamente um aumento de pressão que será tanto mais considerável quanto mais elevada fôr a pressão inicial do olho. Esta estase venosa da cabeça provoca no olho preglaucomatoso uma elevação considerável de pressão: 8 a 10 mm. Hg. Eis aqui um outro meio útil e fácil para o diagnóstico do preglaucoma e cuja eficácia posso asseverar por experiência.

Ao mesmo resultado se pode chegar apertando o pescoço por meio duma fita elástica, ou comprimindo as jugulares por meio de pelotas. O olho normal, diz Thiel, suporta esta estase venosa durante uma hora sem que a sua pressão aumente, no glaucomatoso ao fim do mesmo tempo há uma elevação de tensão de 5 a 6 mm. Hg. Nunca ensaiei esta forma de proceder.

Em vez de manobras mecânicas limitadas aos vasos da cabeça, podemos recorrer a expedientes cuja acção se exerça sôbre todo o sistema vascular.

# Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,  
enxaquecas, odontalgias,  
dôres articulares e musculares.  
Insônia devida a  
dôres. Nervosidade, excita-  
bilidade, etc.

**CIBALGINA**  
**CIBA**

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:  
CATULLO GADDA  
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,  
único representante dos Productos, Ciba em Portugal.

# AMPOLA COOLIDGE GAIFFE-GALLOT ET PILON

**TYP0-R6**

*o melhor tubo  
para as*

*radiographias  
em serie  
e  
teleradiographias*

**GRANDE POTENCIA EM  
REGIMEN PROLONGADO**

**REPRESENTANTES: LISBOA**  
SOCIEDADE IBERICA DE CONSTRUÇÕES ELECTRICAS  
**PRAÇA LUÍZ DE CAMÕES, 36-2º - T.1722**



Loehlein demonstrou que a pressão do olho glaucomatoso se eleva consecutivamente a uma injeção intravenosa de 0,2 de cafeína, não produzindo no olho normal a cafeína efeito algum. Mais acentuado resultado se obtém pela administração *per os* duma xícara de café forte, a qual, a-pesar-de conter menos quantidade de cafeína do que a injeção, eleva mais consideravelmente a tensão ocular. É que na chávena de café, além da cafeína, há ainda a quantidade de líquido ingerido, e como na maioria dos glaucomas há deficiências no aparelho vascular intraocular, não é de molde a causar surpresa que o olho reaja obedecendo às influências que incidem sobre o restante sistema vascular. As experiências e observações de Schmidt mostram com efeito que em muitos casos de glaucoma a simples ingestão de água eleva a pressão intraocular.

Seja como fôr, a prova provocadora do café é um outro dos meios simples, fáceis e eficazes para o diagnóstico do preglaucoma; maior valor lhe daremos ainda se a conjugarmos com a prova da maçagem tonométrica, já apontada, a qual resultará mais decisiva e realçada em clareza. Incidentemente se presente com quanto extremo rigor o café deve ser banido do regime dos glaucomatosos.

Seidel e Serr mostraram que certos olhos glaucomatosos ou preglaucomatosos, apresentando câmara anterior muito estreita, e sem sinal algum de glaucoma, revelam hipertensões de 40 e 60 mm. Hg., quando conservados durante uma hora num quarto obscurecido. Passado certo tempo à luz ordinária (1/2 hora a 3/4 de hora) e exercendo o doente esforços de acomodação, a tensão volta ao seu primitivo valor. Aqui evidentemente a hipertensão relaciona-se com a dilatação da pupila: a íris engrossada na periferia vindo obstruir o ângulo da câmara anterior.

Estes factos são certamente interessantes, sob qualquer aspecto que os consideremos, pena é que sejam referentes apenas a um pequeno número de glaucomas de forma especial; se isso não fôra, possuiríamos mais um sinal de preglaucoma de investigação fácil e inofensiva.

O estudo do glaucoma é, e será por muito tempo, um campo de estudo de fascinante atracção para o oftalmologista, porque êle se prende com os mais difíceis e complicados problemas da

fisiologia, da fisio-patologia e da histo-patologia. A solução completa da questão aguarda que se esclareçam as muitas incógnitas que o problema encerra, mas o diagnóstico do glaucoma confirmado está bem estudado e apurado, sobretudo desde que Schioetz com o seu tonómetro veio dissipar as dúvidas que eivavam o principal dos sintomas glaucomatosos — a hipertensão — até então incertamente avaliada pela exploração digital.

Contudo, quantos glaucomas evidentes passam ainda desconhecidos, por os alcuñharem de catarata, sabem-no bem os oftalmologistas tantas vezes procurados por estes infelizes, já à margem de uma cegueira, que em tempo oportuno poderia ter sido evitada ou recuada por largos anos. E é assim em todos os países. Nem todos fazem como aquele cirurgião inglês que, diz-se, tinha pendurada sôbre o seu espelho de barba a lista dos sinais glaucomatosos, para que, recordando todas as manhãs os sintomas, não fôsse deixar escapar um glaucoma com que na clínica porventura topasse.

Mas se a doença crónica e incurável, devemos dizê-lo, que constitui o glaucoma simples confirmado, é em geral facilmente diagnosticada, se bem que em determinados casos surjam dificuldades consideráveis, outro tanto não sucede durante os períodos iniciais onde os sinais característicos faltam, e com maior razão ainda quando existe apenas disposição para o glaucoma, no nebuloso período preglaucomatoso.

É certo também que a terapêutica do glaucoma, para ter probabilidades de ser verdadeiramente eficaz, deverá ser aplicada tanto quanto possível cedo. É nos períodos iniciais que os vários meios hipotensores de que dispomos, tanto médicos como cirúrgicos, são realmente úteis, porque só então serão capazes de sustar o aparecimento das alterações estruturais consecutivas e secundárias à hipertensão persistente, às quais nada poderá dar remédio.

Creio que estas considerações sôbre o preglaucoma e sôbre o glaucoma inicial oferecem interêsse prático promovendo diagnósticos precoces da miopragia do sistema regulador da pressão ocular: a importância desta disfunção, cedo reconhecida, far-nos há sair do nihilismo diagnóstico e terapêutico no momento preciso em que a sua necessidade mais se faz sentir.

## QUISTOS HIDÁTICOS, EQUINOCOCOSE HIDÁTICA, HIDATIDOSE

POR

PROF. CUSTÓDIO CABEÇA e DR. BERNARDO VILAR

*(Continuação do número anterior)*

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
203	Q. hid. do fígado, supurado ....	Marsup. ....	15 - 19	H	Cura	20-III-915	A. Lamas
204	Q. hid. do fígado, lobo dir., face inferior. ....	»	30 - 34	»	»	13-VI	
205	Q. hid. do fígado	»	35 - 39	M	»	3-IV	Crav. Lopes
206	Q. hid. do fígado, recidiva .....	»	50 - 54	H	Morte	22-VII	A. Monjardino
207	Q. hid. do fígado, rim, peritoneu e pelve.....	Extirp. do q. do fig. e do perit.; amput. supra-vag. ..	20 - 24	M	Cura	11-V	R. Jorge
208	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	5 - 9	»	»	26-VI	A. Monjardino
209	Q. hid. da tibia	Ressec. total	15 - 19	»	»	2-VIII	A. Lamas
210	Q. hid. do músc. transv. do abd.	Extirpação..	35 - 39	»	»	14-VI	Cabeça
211	Q. hid. vesico-rectal. ....	Marsup. ....	25 - 29	H	»	3-IX	Sena Pereira
212	Q. hid. do fígado, lobo dir. face superior.....	»	55 - 59	M	»	11-V	H. Bastos
213	Q. hid. do baço e rim direito..	Marsup. do q. do baço	20 - 24	H	»	23-IX	P. Coelho
						12-VI	R. Jorge

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
214	Q. hid. do fígado	Marsup. . .	40 - 44	H	Cura	6-VII-915	R. Santos
215	Q. hid. da face exter. da coxa esquerda . . . . .	Extirpação..	25 - 29	M	»	26-X	A. Monjardino
216	Q. hid. do fígado	Marsup. . . .	40 - 44	»	»	15-IX	J. Pais
217	Q. hid. do fígado e pleura direita	Ressec. da 8.ª cost., dren.	35 - 39	»	»	18-X	D. Mora
218	Q. hid. do fígado, lobo direito..	Marsup. . . .	30 - 34	»	»	23-XI	T. Pereira
219	Q. hid. do fígado	Capitonage..	10 - 14	»	»	15-XII	Moreira
220	Q. hid. do fígado, face sup. fist. brônquica . . . .	Dren. trans- pleural . . .	45 - 49	»	»	8-XII	A. Monjardino
221	Q. hid. do perit..	Marsup. . . . .	50 - 54	»	»	21-XI	F. Cruz
222	Q. hid. do fígado, bordo infer. . . . .	»	30 - 34	»	»	29-X	R. Jorge
223	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	»	40 - 44	»	»	14-IX	M. Macedo
224	Q. hid. do fígado, face sup. . . . .	»	25 - 29	»	Morte	24-XI	A. Monjardino
225	Q. hid. do fígado	»	50 - 54	»	Cura	28-XII	Sena Pereira
226	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	Incis., dren.	65 - 69	H	Morte	27-IV-916	M. Miranda
227	Q. hid. do fígado, face anterior..	Marsup. . . . .	45 - 49	»	Cura	10-III	D. Mora
228	Q. hid. do fígado, lobo esq. . . . .	»	20 - 24	M	»	10-III	Cabeça
229	Q. hid. do mús- culo costureiro esquerdo. . . . .	Extirpação.	30 - 34	»	»	30-VII	Manuel Feijão
230	Q. hid. meso-sig- moideu . . . . .	Capitonage.	30 - 34	H	»	11-VIII	Sena Pereira
231	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	45 - 49	M	»	11-VII	J. Gentil
232	Q. hid. do fígado, lobo esq. face sup., supurado	»	45 - 49	H	»	19-VIII	Sena Pereira
233	Q. hid. do triân- gulo de Petit.	Extirpação e drenagem..	35 - 39	»	»	19-XI	J. Gentil
234	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	15 - 19	M	»	26-X	R. Jorge

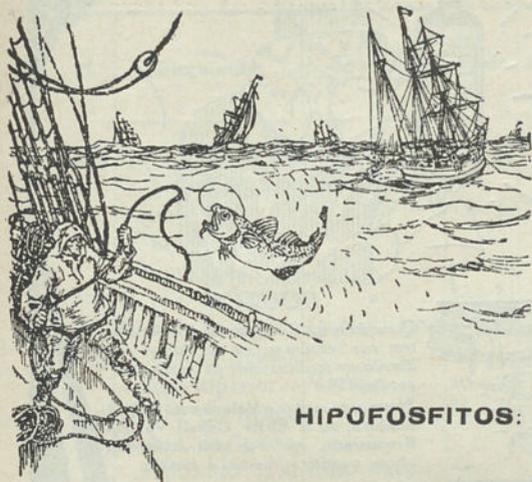
N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resulta- do	Data da operação	Operador
235	Q. hid. do pulmão esquerdo . . . . .	Res. das 7. <sup>a</sup> e 8. <sup>a</sup> cost. <sup>as</sup> ; sut. do pul- mão à pa- rede costal	20 - 24	H	Cura	21-I-916	Cabeça
236	Q. hid. da pleura, sup. (recidiva)	Pleurotomia, formol e drenagem..	35 - 39	M	Melh.	13-XII	D. Mora
237	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	Marsup. . . . .	50 - 54	»	Cura	13-XI	Cabeça
238	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	»	20 - 24	H	»	17-X	Sena Pereira
239	Q. hid. do ôsso max. sup. esq.	Inc. por via bucal. . . . .	25 - 29	M	»	23-I-917	R. de Almeida
240	Q. hid. do ligam. largo direito..	Hister. total	40 - 44	»	»	11-I	A. Monjardino
241	Q. hid. do max. sup. esq. . . . .	Inc. por via bucal. . . . .	55 - 59	»	»	23-I	C. Branco
242	Q. hid. do fígado, face superior..	Marsup. . . . .	30 - 34	»	»	22-VII-916	A. Monjardino
243	Q. hid. do fundo do saco de Dou- glas . . . . .	Extirpação..	25 - 29	H	»	12-III-917	»
244	Q. hid. do rim es- querdo . . . . .	Nefrect. lom- bar . . . . .	15 - 19	M	»	9-III	Sena Pereira
245	Q. hid. do fígado supurado . . . . .	Marsup. . . . .	20 - 25	»	»	20-XI-916	Alberto Gomes
246	Q. hid. do fígado	»	25 - 29	»	»	29-XI	J. Pais
247	Q. hid. do fígado	»	35 - 39	H	»	26-I-917	F. Gentil
248	Q. hid. do ovário dir. supurado .	»	40 - 44	M	Morte	11-VII	D. Mora
249	Q. hid. do baço	»	35 - 39	»	Cura	25-V	Alberto Gomes
250	Q. hid. do fígado	»	35 - 39	H	»	1-VIII	J. Gentil
251	Q. hid. do fígado, lobo dir. inf. . .	»	50 - 54	»	Melh.	25-VIII	Craveiro Lopes
252	Q. hid. do fígado, com gases. . . .	»	30 - 34	»	Morte	9-X	Alberto Gomes

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
253	Q. hid. da pleura (recidiva) . . . . .	Res. de duas cost.ªª; formol e dren.	35 - 39	M	Melh.	13-VI-917	D. Mora
254	Q. hid. do figado aberto na vesic.	Marsup. . . . .	35 - 39	»	»	25-VII	F. Cruz
255	Q. hid. do figado, face sup. . . . .	»	25 - 29	H	Cura	30-VI	J. Pais
256	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	»	40 - 44	»	Morte	27-X	Sabino Pereira
257	Q. hid. da parede do ventre, cic. operatória . . .	Extirpação..	40 - 44	M	Cura	21-XI	D. Mora
258	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	45 - 49	»	»	24-X	Sena Pereira
259	Q. hid. do figado, lobo esq. . . . .	»	45 - 49	»	»	25-IX	»
260	Q. hid. do figado	»	35 - 39	H	»	15-VI	F. Gentil
261	Q. hid. do figado, face sup. . . . .	»	30 - 34	M	»	25-X	Sena Pereira
262	Q. hid. do figado	»	35 - 39	H	»	26-X	Balbino Rêgo
263	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	»	40 - 44	»	Morte	16-III-918	Torres Pereira
264	Q. hid. dos múscl. da nuca . . . . .	Extirpação e drenagem..	20 - 24	»	Cura	29-IV	Cabeça
265	Q. hid. do figado, fistulado . . . . .	Incisão, rasp. e dren. . . . .	35 - 39	»	Melh.	3-VI	Craveiro Lopes
266	Q. hid. do figado, lobo direito . .	Marsup. . . . .	15 - 19	M	Cura	28-III	F. Gentil
267	Q. hid. do figado, lobo esq. pedic.	Extirpação..	10 - 14	»	»	19-VII	»
268	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	35 - 39	H	»	13-VII	F. M. Ferreira
269	Q. hid. do figado	Marsupial. e formol. . . . .	30 - 34	M	Melh.	28-VI	D. Mora
270	Q. hid. do figado	Inc. e dren.	40 - 44	»	»	30-VIII	Amor de Melo
271	Q. hid. do figado	Posadas . . . . .	40 - 44	H	Cura	16-VIII	F. Gentil
272	Q. hid. do figado, calc. multiloc.	Laparotomia explorad..	65 - 69	M	M. estado	3-XII	Cabeça
273	Q. hid. do pul. dir.	Res. 8.ª cost.	15 - 20	H	Cura	30-X-917 8-II-918	Sena Pereira

N.	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
274	Q. hid. do pulmão direito . . . . .	Res. 8. <sup>a</sup> cost.	40-44	H	M. estado	28-III-918	F. Gentil
275	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	20-24	M	Cura	9-IX	Dias da Silva
276	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	"	45-49	"	"	19-VII	Sena Pereira
277	Q. hid. do fígado	"	15-19	"	"	26-XII	Pinto Coelho
278	Q. hid. do fígado	"	60-64	"	"	31-VIII	A. Monjardino
279	Q. hid. do fígado, aberto no pulmão direito . . . . .	Inc. transdiaphragmática e dren. . . . .	40-44	H	Morte	2-V-919	R. Santos
280	Q. hid. do fígado, lobo dir. face inferior . . . . .	Marsup. . . . .	25-29	"	Cura	31-I	Cabeça
281	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	"	40-44	M	Melh.	3 X-918	J. Gentil
282	Q. hid. do fígado, lobo direito . . . . .	"	35-39	"	Cura	8-III-919	Sena Pereira
283	Q. hid. do fígado, multilocular . . . . .	Extirpação e marsup. . . . .	40-44	"	"	8-VI	Pinto Coelho
284	Q. hid. do peritoneu . . . . .	Extirp. parcial . . . . .	25-29	"	M. estado	18-VI	D. Mora
285	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	55-59	"	Cura	27-V	A. Monjardino
286	Q. hid. do fígado, lobo esq. . . . .	"	40-44	H	"	27-V	Crav. Lopes
287	Q. hid. no ventre	Extirpação e marsup. . . . .	50-54	M	Melh.	12-IV	J. Gentil
288	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	40-44	"	Morte	26-VII	Pinto Coelho
289	Q. hid. da parede do ventre . . . . .	Extirpação . . . . .	30-34	"	Cura	7-VII	J. Gentil
290	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	15-19	H	"	28-V	A. Gomes
291	Q. hid. do fígado	"	25-29	"	"	18-III	J. Pais
292	Q. hid. do fígado, face sup. . . . .	"	35-39	M	"	26-III	Sena Pereira
293	Q. hid. do fígado, com bilis . . . . .	"	25-29	H	"	1-VII	Cabeça
294	Q. hid. do fígado	"	30-34	M	"	13-VII	J. Gentil
295	Q. hidáticos do fígado; 3 quist.	Marsup. . . . .	55-59	"	Melh.	3-VII	D. Mora

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resulta- do	Data da operação	Operador
296	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Ressecção da 9.ª costela, drenagem..	25 - 29	M	Cura	3-VI-919	F. Gentil
297	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	40 - 44	"	"	13-I	Moreira
298	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Marsupial. e formol. . . . .	55 - 59	H	"	1-IX	Alberto Gomes
299	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	Marsup. . . . .	25 - 29	"	Melh.	24-IX	Pitschieller
300	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	"	30 - 34	M	Cura	26-VIII	Sena Pereira
301	Q. hid. da glân- dula mamária direita. . . . .	Amputaç. da mama . . . . .	30 - 34	"	"	29-VII	Pinto Coelho
302	Q. hidáticos do figado e pulm. esquerdo . . . . .	Marsup. nos do figado.	35 - 39	H	Morte	23-VII	J. Pais
303	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	35 - 39	"	Cura	15-X	Alberto Gomes
304	Q. hid. do pulm. direito. . . . .	Fixação da pleura à parede to- rácica, in- cis., dren.	10 - 14	"	"	4-V-920 10-V	F. Gentil
305	Q. hid. do figado	Marsup. . . . .	20 - 24	M	"	3-VI-919	Pinto Coelho
306	Q. hid. do figado, lobo esq. . . . .	"	50 - 54	"	"	31-I-920	Cabeça
307	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	"	50 - 54	"	"	9-I	Alberto Gomes
308	Q. hid. do figado	"	35 - 39	H	Morte	22-III	Santos Paiva
309	Q. hid. do figado, supurado . . . . .	"	20 - 24	M	"	2-IV	Silva Araújo
310	Q. hid. do figado	"	20 - 24	H	Cura	26-III	Pinto Coelho
311	Q. hid. do figado	"	5 - 9	"	"	28-IV	J. Gentil
312	Q. hid. do figado, face sup. . . . .	"	30 - 34	M	"	7-XI-919	Sena Pereira
313	Q. hid. do figado, face inferior..	"	45 - 49	H	"	7-III-920	Ricardo Jorge

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.

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



Laboratório de Preparados Dermatológicos

**J. Caballero Roig**

Rocafort, 135 Telephone 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 afeções cutâneas dos adultos.

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

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

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

Deposítários Gerais para Portugal: - **Petana Branco & Fernandes, L.da**  
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

**DOUTOR**

Quando se trala de receitar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desa gradavel ?  
Nesse caso receite o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma acção tao eficaz quanto agradavel é tomal-o.

M. Noroia

Amostras a disposição dos Ex<sup>mos</sup> Srs. Medicos

Representante :

**LARANJEIRAS & AGOSTINHO, L.<sup>da</sup>**

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.<sup>o</sup>

LISBOA

*Não há no mundo Termómetros clínicos que possam suplantar a grande marca*

**NEGRETTI & ZAMBRA**

*No seu próprio interesse experimente V. Ex.<sup>a</sup> esta marca. Não são possíveis imitações!*



*Todos teem a marca registada dos fabricantes. Não se deixe enganar.*

**Vendem com garantia todas as farmácias do País**  
Agente: **A. G. ALVAN**

Rua da Madalena, 66, 2.<sup>o</sup> - LISBOA

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
314	Q. hid. do fígado	Marsup. ...	45-49	M	Cura	8-I-920	F. Gentil
315	Q. hid. do fígado, lobo esq. ....	"	35-39	"	"	29-III	A. Monjardino
316	Q. hid. do fígado, supurado ...	"	15-19	H	Morte	14-III	J. Pais
317	Q. hid. do fígado	"	30-34	M	Cura	21-XI-919	F. Gentil
318	Q. hid. do fígado	Quistectom.ª	20-21	"	Morte	10-VIII-920	D. Mora
319	Q. hid. do fígado, face superior..	Marsup. ....	20-24	"	Cura	24-VI	A. Monjardino
320	Q. hid. do fígado	"	35-39	H	Melh.	14-VIII	D. Mora
321	Q. hid. do fígado, supurado .....	Res. parcial da cápsula, drenagem..	15-19	M	Morte	27-IX	Jorge Falcão
322	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	25-29	"	Cura	11-VI	D. Mora
323	Q. hid. do fígado, icterícia .....	"	60-64	H	Morte	11-XII	A. Gomes
324	Q. hid. pulmonar	Punt.ª e aspi- raç. sob radi- oscopía..	50-54	"	M. estado	?	MIA
325	Q. hid. do pulmão direito .....	Ressec. da 3.ª cost.; rádio	45-49	"	Cura	8-III-921 15-III	Cabeça
326	Q. hid. do pulmão direito .....	Ressec. cos- tal, formol, drenagem..	30-34	"	"	14-V	F. Gentil
327	Q. hid. do fígado	Laparotomia	10-14	M	"	25-IX-920	V. Palmeirim
328	Q. hid. do fígado, lobo esq. ....	Marsup. ....	30-34	H	"	8-IX	Dias da Silva
329	Q. hid. do fígado, face sup. ....	"	55-59	M	"	17-XI	F. Gentil
330	Q. hid. do fíg. (2), lobos dir. e esq	"	10-14	"	"	11-III-921	J. Gentil
331	Q. hid. do fígado, face inf. ...	"	50-54	H	Melh.	7-II	F. Gentil
332	Q. hid. do fígado	"	25-29	"	Cura	30-XII-920	V. Palmeirim
333	Q. hid. do fígado	"	30-34	"	"	22-XI	A. Gomes
334	Q. hid. do fígado	Marsupial. e formol....	50-54	"	"	10-IV-921	A. Mac-Bride
335	Q. hid. do fígado, face inf. ....	Marsup. ....	35-39	M	"	4-III	J. Pais

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
336	Q. hid. do fígado, face sup. supurada invadindo a pleura . . . . .	Ressec. da 9. <sup>a</sup> cost., dren.	35 - 39	H	Morte	20-V-921	Luis Adão
337	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	Marsup. . . . .	35 - 39	M	Cura	3-V	Dias da Silva
338	Q. hid. do fígado	»	35 - 39	H	Morte	25-VI	Crav. Lopes
339	Q. hid. hepato-renal . . . . .	»	30 - 34	M	Cura	30-111	F. Gentil
340	Q. hid. do pulm. direito . . . . .	»	35 - 39	»	Melh.	11-III	»
341	Q. hid. do fígado, lobo esq. . . . .	»	35 - 39	»	Cura	31-III	J. Pais
342	Q. hid. do fígado	»	10 - 14	H	»	10-IX	Paredes
343	Q. hid. do fígado	»	10 - 14	»	»	28-VII	»
344	Q. hid. do fígado	»	70 - 74	M	»	2 - VIII	Pinto Coelho
345	Q. hid. do fígado	Marsup. do tumor . . .	60 - 64	»	»	?	Moreira
346	Q. hid. do fígado, 2 hidátides. . . . .	Marsup. . . . .	50 - 54	»	»	6-VII	Cabeça
347	Q. hid. do fígado, lobo esq. . . . .	»	35 - 39	»	»	15-IV	»
348	Q. hid. do fígado	»	15 - 19	H	»	10-IX	Paredes
349	Q. hid. do fígado	»	35 - 39	»	»	27-VII	Amândio Pinto
350	Q. hid. do pulm. esquerdo . . . . .	Ressec. cost., drenagem.	15 - 19	M	»	6-VII	V. Palmeirim
351	Q. hid. do fígado	Extirpação..	2 - 4	»	»	27-XII	Salazar
352	Q. hid. do fígado	Marsup. . . . .	25 - 29	H	»	?	J. Pais
353	Q. hid. do fígado	»	5 - 9	»	»	28-XI	»
354	Q. hid. do fígado	»	40 - 44	M	»	1-II-922	R. Jorge
355	Q. hid. do fígado, multilocular . . . . .	»	30 - 34	»	»	10-II	Cabeça
356	Q. hid. do fígado	»	30 - 34	»	»	6-XI-921	J. Pais
357	Q. hid. do fígado e pelvi-peritoneal . . . . .	»	5 - 9	»	»	18-I-922	»
358	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	»	10 - 14	H	Morte	30-III	F. Gentil
359	Q. hid. do fígado, supurado . . . . .	»	50 - 54	M	Cura	27-III	»

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
360	Q. hid. do fígado, multilocular .	Marsupial. e formol....	5 - 9	H	Morte	11-VII-922	Salazar
361	Q. adenoma do fíg., hid., multilocular.....	Laparotomia explorad. .	35 - 39	»	M. estado	9-VIII	
362	Q. hid. do fígado	Marsup. ...	45 - 49	»	Cura	3-VI	F. Gentil Mart.º Rosado
363	Q. hid. do fígado, supurado . .	»	30 - 34	»	»	25-IV	
364	Q. hid. do fígado, face inferior ..	»	5 - 9	M	»	25-VIII	Crav. Lopes
365	Q. hid. do fígado	Marsupial. e formol....	30 - 34	H	»	27-VI	Alberto Gomes
366	Q. hid. do fígado, supurado.....	?	30 - 34	M	Morte	1-VI	F. Gentil
367	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	30 - 34	»	Cura	16-X	Alberto Gomes
368	Q. hid. do fígado	»	25 - 29	»	»	20-VI	A. Monjardino
369	Q. hid. do fígado, central.....	»	25 - 29	H	»	5-XII	Pinto Coelho
370	Q. hid. do fígado, lobo direito..	Marsup. com ressec. da costela...	30 - 34	»	»	15-VIII	A. Martins
371	Q. hid. do fígado	Marsup. ...	50 - 54	»	Melh.	22-XI	Cabeça
372	Q. hid. do fígado, supurado.....	»	35 - 39	»	»	26-I-923	M. de Almeida
373	Q. hid. do fígado, face sup.....	Capitonage.	20 - 24	M	»	28-IX-922	V. Palmeirim
374	Q. hid. do fígado, lobo esq. calc.	Marsup. ....	35 - 39	»	»	4-IV-923	Amândio Pinto
375	Q. hid. do fígado, supurado . . . .	»	30 - 34	H	»	6-II	Cabeça
376	Q. hid. do fígado	Ext., formol	30 - 34	M	»	20-III	Balbino Rêgo
377	Q. hid. do fígado, peritonite ...	Laparotom.ª, marsup....	10 - 14	H	»	9-V	Paredes
378	Q. hidáticos do fígado e mesentério .....	Marsup. e extirpação	35 - 39	M	Melh.	15-IV	Sabino Pereira
379	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	30 - 34	»	Cura	20-IV	
						23-III	M. da Silva
						12-II	J. Gentil

N.º	Diagnóstico	Operação	Idade	Sexo	Resultado	Data da operação	Operador
380	Q. hid. do fígado	Extirpação..	35 - 39	H	Cura	1 - VI-923	Amândio Pinto
381	Q. hid. do fígado	Marsupial. e formol....	30 - 3	»	»	4-VII	J. Pais
382	Q. hidáticos do fígado, baço e pulmão dir....	Marsup. do fig. e baço	30 - 3	M	Morte hemorr. <sup>a</sup>	9-III	»
383	Q. hid. do fígado	Formol e extirpação.	25 - 29	H	Cura	9-VII	»
384	Q. hid. do fígado	Capitonage..	35 - 39	»	»	10-VII	Tôrres Pereira
385	Q. hid. do fígado	Marsup. ...	25 - 29	»	»	13-XI-922	F. Gentil
386	Q. hid. do fígado	»	25 - 29	M	»	12-VII-923	Luís Adão
387	Q. hid. do fígado, supurado .....	Laparotom. <sup>a</sup> , drenagem..	25 - 29	H	M. estado	30-VIII	R. Santos
388	Q. hid. do fígado, fistulado ....	Incisão, rasp.	30 - 34	»	Cura	8-VI	Cabeça
389	Q. hid. do fígado, face sup. ....	Ressec. da 9. <sup>a</sup> cost., marsupial....	30 - 34	M	»	10-VII	»
390	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	10 - 14	»	Morte	26-IV	Paredes
391	Q. hid. do fígado	Extirpação.	30 - 34	»	Cura	42-IX	J. Gentil
392	Q. hid. do fígado, pediculado...	Extirp. parcial, marsupial. ...	15 - 20	»	»	10-VIII	R. Jorge Salazar
393	Q. hid. do fígado	Marsup. ....	10 - 14	»	»	27-VII	»
394	Q. hid. do fígado, faces sup. e inferior.....	»	30 - 34	H	Melh.	31-VIII	J. Pais
395	Q. hid. do fígado, face inferior...	»	10 - 14	M	Cura	27-IX	Pinto Coelho
396	Q. hid. do fígado, face infer. hemático .....	»	55 - 59	H	»	12-VI	Cabeça
397	Q. hid. do pulm. esquerdo ....	Ressec. da 6. <sup>a</sup> costela ...	40 - 44	M	Melh.	17-IX	A. Martins

(Continua).

# A VACINOTERAPIA ANTITÍFICA ENDOVENOSA COMO MÉTODO PIRETOTERÁPICO (1)

(TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO)

POR

DR. JESUS MARIN AGRAMUNT

Director Facultativo do Manicómio Provincial de Valença (Espanha)

Como nem sempre é fácil dispor de bactérias vivas para empregá-las como agente piretoterápico, como além disso estas não são inofensivas, motivo porque somos obrigados a limitar a sua aplicação aos casos cujo prognóstico fatal antecipadamente sabemos para nos decidirmos ao seu emprêgo, e como são cada vez maiores os casos piretoterápicos, decidimo-nos a investigação cujos resultados vamos expor.

Os métodos piretoterápicos são infinitos e podemos classificá-los em físicos, químicos e bioquímicos; os primeiros são pouco usados pela inseguridade da sua acção e escasso valor piretogénico, sendo por isso preferidos, como de todos é sabido, os bioquímicos, que, salvo o abcesso de fixação e a proteinoterapia que têm as suas indicações restrictas, são constituídos pela bacterioterapia. Quando esta se realiza com bactérias vivas tem de vencer-se uma série de dificuldades técnicas e económicas bastante frequentes, derivadas do desconhecimento do meio de cultura, que obriga pelo momento a conservá-los com passagens inter-humanos, ou entre ratos segundo a espécie microbiana empregada, e a-pesar-de todos os cuidados o germe desaparece com todas as suas conseqüências. Assim succede com o *plasmodium vivax e malariae*, e com o treponema hispânico melhor que o Dutonni e Obermaier quando os empregamos como piretogeneos.

Existem preparados comerciais com bactérias vivas colhidas

---

(1) Tradução de José Rocheta.

do ar, irrepreensivelmente preparados, como o *saprevitan* ou melhor o *neosaprevitan*, mas os efeitos piretogénicos e os resultados não superam o método que exponho, que à sua fácil aquisição une o seu pouco custo, ao mesmo tempo que uma maior largueza de dosificação permite com segurança tirar uma maior acção piretogénica do antígeno sem nenhum perigo. Por isso mesmo tem vantagem sobre Dmelcos. Quando tiver feita a comparação estatística da duração das remissões obtidas com a malária, recorrente, soduko, etc., com as conseguidas por meio desta vacinoterapia, mas sempre com a possível igualdade de período anátomo-patológico dos casos clínicos, poderemos então analisar o verdadeiro valor deste método, pois julgo que em igualdade de fase anátomo-patológica e efeitos piretogénicos os resultados devem ser parecidos.

Com alguma razão os clínicos recomendam a aplicação da piretoterapia precoce, isto é, na fase de flogose vascular, com a menor desintegração celular e nenhuma hiperplasia nevróglia, quando se trata de paralíticos gerais, pois quando se atinge esta última lesão, toda a piretoterapia fracassa, por elevados que sejam os acessos e vegetabilidade do agente empregado.

As bactérias mortas empregadas neste método são do grupo tífico, administradas por via endovenosa em doses progressivas; os casos tratados são 69, durante um período de ano e meio. As vacinas antitíficas do comércio podem servir dentro do prazo marcado.

Segundo o método de preparação das vacinas assim injectaremos bactérias mais ou menos atenuadas e até o agente atenuador. Todos os métodos de preparação das vacinas antitíficas se podem classificar em físicos, físico-químicos, bioquímicos e químicos, e pela composição da vacina, em puros de Hebert e mixtos do mesmo grupo tífico T. A. B. ou deste com outros, como as vacinas tifo-pestes, tifo-cólera, etc.

As vacinas preparadas em gelose durante 24 horas e emulsionadas com soro fisiológico, de cuja quantidade empregada depende a titulação, podem atenuar-se por agitação e aquecidas durante 1 hora a 57° (Vidal, Salambeni), ou aquecidas durante 1 hora a 50° (Castellani), ou atenuadas pelo frio do ar líquido (Rawland), ou ainda por agitação da emulsão durante 3 horas e filtrada em vidro Berkefeld (Mayer, Conradi). Quando se ate-

# GYNERGÈNE

SANDOZ

Tartrato da Ergotamina cristalisada (Stoll)

**Medicação com cravagem de centeio  
de toda a precisão**

## FORMAS :

**COMPRIMIDOS**

Ergotico inodor

**GOTAS**

Titulo constante

**EMPOLAS**

Injecção indolor

## INDICAÇÕES :

**SIMPATOSSES,  
HEMORRAGIAS GINECOLOGICAS,  
ATONIA POST-PARTUM**

**O mais fiel e o mais potente dos hemostaticos  
uterinos**

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz : : Bâle (Suisse)

CORRESPONDENCIA

Queira enviar-me **GYNERGÈNE "SANDOZ"**  
ou **OPTALIDON "SANDOZ"** sob as formas de :

Nome

Morada

Assinatura :

Endereço exacto e ligivel

# Optalidon

SANDOZ

Associação **anfinevralgica**, sedativa e hipnotica de:

Isobutililmalonilurêa (Sandoptal) . . . . .	0,050
Dimetilaminofenazona . . . . .	0,125
Cafeina . . . . .	0,025

**FORMA:**

**DRAGEAS**

Tubos de 10 — Frascos de 25

**INDICAÇÕES:**

NEURALGIAS,  
MIALGIAS,  
SCIÁTICAS,  
DÔRES MENSTRUAIS,  
DÔRES ESPECIFICAS, ETC.

**APAZIGUA A DÔR SEM ESTUPEFICAR**

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz : : Bâle (Suisse)

Productos Farmaceuticos **SANDOZ**

ANTONIO SERRA, L.<sup>DA</sup>

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96

**LISBOA**

nuam as bactérias por estes processos físicos, os laboratórios que assim preparam as vacinas têm o cuidado de comprovar a estabilidade da atenuação que há que ter presente, ainda que Consi e Nicolle tenham injectado por via endovenosa, com fins profiláticos, 490 milhões, e após 2 semanas 1.400 milhões de vacina antitífica só atenuada pelo aquecimento a 46° durante 25 minutos. As minhas experiências até a data não compreendem esta espécie de vacina que se pode ensaiar depois de prévio estudo, em lotes de animais de laboratório e depois no homem, para conhecer a amplitude de dosificação de efeitos piretogénicos altos, numerosos e inofensivos. Também não temos ensaiado as vacinas preparadas por processos químicos (Ranke), ainda que julgemos que, dada a tolerância do nosso organismo para os preparados iodados, se possa ensaiar.

Para as minhas experiências servi-me das vacinas antitíficas preparadas por métodos físico-químicos, isto é, tratando a emulsão pelo éter e 24 horas de geleira (Vincent), o cloreto de etilo a 1:10 (Berthelot) ou aquecendo a 53°, e adição de 0,4 de lisol (Urigh-Leisman), cresol ou ácido fénico a 2 1/2 0/00 (Chantemesse), o aquecimento a 60° durante 2 horas e adição de 3 0/00 de ácido fénico e novo aquecimento de meia hora a 60° (Pfeiffer-Kolle). Estes são os métodos de preparação das vacinas antitíficas do Instituto Nacional de Higiene de Afonso XIII, que prepara as vacinas pura de Hebert e a mixta T. A. B., assim como temos também empregado as vacinas mixtas antitíficas que prepara o Dr. Peset no seu seu laboratório privado desta cidade, aproveitando a oportunidade de agradecer aos Drs. Tello, Ferret e Sanchis Bayani, funcionários de sanidade, e ao Dr. Peset, proprietário do mencionado laboratório particular, a gentileza do serviço do material necessário.

Não nos devemos preocupar com o emprêgo endovenoso das vacinas atenuadas por meios físico-químicos, pois a substância química é das doses dos miligramas, não tendo por isso acção patogénica.

Os doentes tratados são 69 e assim classificados:

Paralisia geral, 19.

Psicastenias, 18.

Sindromas epilépticos, 15.

Esclerose em placas, 3.

Tabes, 4.

Síndromas esquizofrénicos, 10.

O grupo da P. G. é formado por doentes de 34 a 57 anos, a maioria com antecedentes luéticos de data não inferior a 8 anos. Quanto ao período do processo em que se iniciou a vacinoterapia, 7 em pleno período inicial e nos 12 restantes a enfermidade datava de alguns meses, tendo-se já empregado diversas piretoterapias, entre as quais em 3 casos a paludização.

Nos dois grupos o síndrome humoral coincidia com o clínico, com a típica hipermanometria, linfocitose e albuminometria, faltando num deles a R. W. e floculação. Clinicamente, 3 classificaram-se na forma maniaco-expansiva, 3 paranóicos, 2 auto-acusadores, 1 forma motora com paresia facial e 10 forma simples.

Os 18 casos de psicastenia integravam-se nos diversos síndromas psíquicos e neuro-vegetativos sem alterações neurológicas que nos servissem para considerá-los como pre-paralíticos, mas em troca o síndrome humoral de 6 destes doentes apresentava uma R. W. positiva e floculação ao benjoim em 5 tubos; nos restantes só em 3 a R. W. era positiva no sangue.

Os síndromas epiléticos tratados, 2 eram de tipo nuclear e os restantes vulgares, e em todos a radiografia e exploração clínica não deram o menor dado etiológico, só a investigação serológica do L. C. R. descobriu em 2 uma origem sífilítica, em 5 Pandy positivo e nos restantes nenhuma modificação.

Os casos de esclerose foram 5 com floculação no L. C. R., dos quais 2 para a zona luética, os restantes sem nenhum dado, apesar do tempo que tinham de doença.

Os tabéticos, diagnosticou-se 1 pelo síndrome humoral, visto encontrar-se no período inicial, os 3 restantes em pleno período de estado.

Quanto aos síndromas esquizofrénicos, 6 apresentavam ligeira linfocitose e Weichboortd positivo mas com Wassermann negativa, nos restantes sem modificação do L. C. R.

*Técnica.* — Afastadas as contra-indicações próprias de toda a piretoterapia inérgica, por lesões do coração, rim, pulmão, diabetes, inclusive infecções larvadas, de carácter vulgar, pois neste

LISBOA MÉDICA

# Termómetros Clínicos "Scott Precisão,, de absoluta garantia

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

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

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

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creosote. 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 nucleica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES

ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO

ASTHENIA CRONICA DOS ADULTOS

PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO

FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) 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)

*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 immediato alívio aos enfermos.

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

## **ATOPHANYL**

indicado especialmente nos casos rebeldes.

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

Para injecções 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

caso devem tomar-se precauções para que a reactivação não prejudique, assim como lesões hepáticas de importância, e comprovada a apirexia, injecta-se por via endovenosa a vacina pura antitífica Hebert de 1.000 milhões; esta dose é uma dose inicial de prova e só produz em geral de 38°,4 a 39°. O doente no dia da injeção fica na cama, vigiando-se-lhe o coração e as vias digestivas, estabelecendo-se a reacção febril ao fim de uma ou mais horas, precedida de calafrios, acompanhada de vômitos, algumas vezes de afonias. Passadas 5 ou 6 horas a febre desaparece completamente. Nas 48 horas seguintes injecta-se pela mesma via uma dose de 2.500 e 3.000 milhões, reproduzindo-se desta vez o acesso febril com 39° a 40° e de idêntica duração. Em completa apirexia, e nas 48 horas da última injeção, administra-se a terceira dose de 4.000 à 5.000 milhões e em seguida, em dias alternados e sucessivos, injectam-se sem receio algum as doses quarta de 6.000 a 7.000 milhões, a quinta de 8.000 a 9.000 milhões, a sexta de 10.000 a 12.000 e a sétima de 12.000 a 15.000 milhões; esta última e a penúltima, algumas vezes repetidas, dão-nos reacção febril de 39° e alguns décimos, mas só uma única vez. Como este antígeno se esgota a estas doses, pensamos e temos experimentado mudar ou ampliar o antígeno, e neste sentido pode-se em continuação das anteriores doses empregar a vacina antitífica mixta T. A. B., sendo a primeira dose desta última em número de milhões igual à dose última empregada da vacina pura, ou seja de 12.000 a 15.000 milhões, que produzem 36° a 40°, ao fim de 48 horas injectam-se 17.500 e, ao fim das outras 48, 20.000.

Como com esta técnica temos conseguido os 10 acessos febris necessários para a P. G. tabes, esclerose em placas, etc., não temos passado destas doses.

Além disso, sem dúvida as imunisinias desenvolvidas com o Hebert servem também para o A. e o B., porquanto, a-pesar-de estas últimas doses serem elevadas, são menos febris.

Como nem em toda a ocasião ou lugar se podem adquirir as vacinas de Hebert e é mais fácil encontrar as vacinas mixtas T. A. B. antitíficas, a escala de doses que acabamos de expor serve também para começar a piretoterapia com estas vacinas polivalentes, sem que importe a titulação que varia de um laboratório para outro, pois qualquer que seja a titulação operar-se-á com milhões, e é impressionante nas titulações fracas injectar

4, 6, 8, 12 ou 28 c. c., que contêm os milhões já indicados, sem nada suceder além da reacção febril desejada.

*Revacinação.* — Passado o tempo esperado para a declinação do syndroma, se este se apresenta de novo depois duma remissão, pode ensaiar-se a repetição da vacinoterapia, doentes que, assim tratados, apresentam todos aglutininas ao T. a 1 por 2.500 do A e a B a 1 por 500 (Dr. Sanchis Bayrir); as doses a empregar nestes casos são: 4.000, 8.000, 10.000, 12.000, 16.000, 20.000 e 25.000 milhões em dias successivos e alternados conforme a sensibilidade.

*Complicações.* — Nos 69 casos em que ensaiámos este método não se apresentou nenhuma complicação, pois os 3 P. G. que faleceram em pleno tratamento temos a certeza que foi devido à própria doença. A morte dum doente com esclerose em placas foi devida a um íctus congestivo e em plena apirexia. Não tivemos ocasião de verificar nenhuma complicação a-pesar-de tão altas doses e elevadas temperaturas, principalmente se se tem o cuidado, quando a febre persiste mais de 6 horas, ou logo que surja um mau estado geral, de investigar orgânica ou serològicamente o doente, e, quando isto acontece, é certa a afecção ou infecção que tinha passado despercebida.

A cefaleia que às vezes fica depois do acesso febril é a indicação da reacção meníngea, corroborada em vários casos pela análise do L. C. R. com aumento de linfócitos e albumina.

Há ainda a observar que em 3 destes casos se apresentou paludismo larvado que foi aproveitado em 2, tendo sido necessário empregar o quinino, e ainda esta vacinoterapia no terceiro em virtude do mau estado originado. Houve, além disso, um caso de antraz em plena terapia assim como um outro de furunculose e 3 de dermite de aspecto purulento; a análise das exsudações destes casos revelou apenas os germes vulgares próprios, podendo supor-se que os productos de desintegração bacilar tífica, ao eliminar-se pela pele, tenham favorecido as dermatoses indicadas.

*Resultados.* — Como toda a bacterioterapia depende da oportunidade do seu emprêgo, assim se explica que os 7 P. G., nos quais se empregou a vacinoterapia poucas semanas depois do

início clínico do processo, 4 tenham apresentado a remissão ao terminar esta terapêutica num prazo de 1 a 4 meses. Dois dêles maníaco-expansivos, um hemi-parésico facial e outro auto-acusativo, voltaram às suas antigas profissões de comércio, advocacia, da administração militar e de chefe de atelier, o mais recente dos quais já com 4 meses de trabalho e o mais antigo 1 ano.

Como é natural são curtos os prazos para formar juízo. Dêstes 4 doentes só um apresenta melhora do síndrome humoral, linfócitos, albumina e Wassermann fracamente positiva mas sem modificação dos tubos de flocculação do benjoim.

Os 12 casos tratados depois de vários meses de enfermidade e diversas piritoterapias, entre elas 3 de malarioterapia, só apresentaram remissões 3 casos, um de forma simples, outro megalómano e o terceiro auto-acusativo, os 2 primeiros com capacidade para trabalhar em pedagogia e em revisão de bilhetes de caminho de ferro respectivamente; o auto-acusativo só podendo viver em família e ficando submetido ao tratamento anti-luético mercúrio-arseno-bismútico. As modificações do síndrome humoral dêstes casos são até à data escassos.

Como nos casos em que fracassa a piritoterapia hiperpirética e de segura acção, fracassam todos os outros que posteriormente se empreguem; nos 3 casos que chegaram às nossas mãos, já impaludizados, também não foi possível nenhuma melhora com o método que expomos.

Nas remissões obtidas no grupo de psicasténicos há três melhoras; dois que apresentaram síndromas psíquicos e humorais, lues positiva no L. C. R. e só um Wassermann positiva no sangue, a melhora estabeleceu-se desde as primeiras injeções endovenosas, com remissão dos síndromas psíquicos ao fim dum mês, a-pesar-do tempo que duravam os processos. Dois casos de psicastenia com albuminometria e lincitometria moderada, e sem Wassermann nem benjoim positivos, apresentaram remissões da sua enfermidade ao fim de 8 acessos febris.

Os outros casos, a-pesar-de continuar esta terapêutica com outras, não melhoraram, entre êles 2 com antecedentes luéticos, com ideas obsessivo-imperativas.

Emquanto às remissões dos epiléticos, dois com estigmas luéticos melhoraram; de três outros sem causa precisa por falta de dados radiográficos e orgânicos abster-nos-emos de ajuizar,

visto que não se pode falar de melhoria senão depois de bastante tempo. Um caso de esclerose em placas é digno de menção pelas melhoras alcançadas na sintomatologia mental, motora e neuro-vegetativa.

Dos tabéticos, só apresentou remissões o caso do período inicial, que continua submetido a terapêutica antilúética, instituída depois da vacinoterapia.

Finalmente, nos esquizofrênicos, um caso agudo esquizomaniaco sem fenómenos infecciosos, apresentou a remissão lentamente a partir do primeiro acesso febril. Outro caso de forma simples ao fim de um mês de tratado; os restantes, a-pesar-de dois dêles acusarem linfocitose e reacção de Weischorst, não melhoraram mesmo depois de vários meses desta terapêutica.

Resumindo, a vacinoterapia com a técnica que expomos é um sucedâneo da bacterioterapia viva, mas mais inofensiva, de fácil aquisição em qualquer momento, eficaz, e que em todos os casos empregados produz melhoras físicas, salvo complicações.

## NOTAS CLÍNICAS

### DIARREIAS FUNCIONAIS

Diagnóstico clínico e laboratorial

POR

J. CANDIDO DE OLIVEIRA

Entendemos por *diarreias funcionais* aquelas que tomam origem em alterações do conteúdo intestinal, sem que exista qualquer perturbação anatómica primária da mucosa do intestino.

A ausência de modificações orgânicas conduziu os autores, à porfia, a aventarem uma ou outra causa das diarreias funcionais. Entre elas sobressaiu e teve grande voga a doutrina das alterações nervosas e, de feito, em alguns casos, podemos afirmar que a opinião tem visos de verdade. Não obstante, ainda que os distúrbios nervosos sejam factor importante, é, em geral, na exaltada actividade bacteriana que devemos procurar, segundo von Noorden, a causa das diarreias funcionais.

As fezes diarreicas são quasi sempre constituídas pelo conteúdo intestinal modificado por processos fermentativos ou putrefactivos, o que não sucederá se a determinante do estado mórbido fôsse apenas a aceleração do peristaltismo. Os microorganismos que tomam parte activa no processo ou preexistem no intestino e prejudicam-no mercê do exagêro de virulência ou chegam a êle provindo doutros pontos do organismo.

Seja esta ou outra a verdadeira etiologia das diarreias funcionais, importa ao clínico, fundamentalmente, o diagnóstico e a terapêutica dum tão vasto grupo das diarreias crônicas. É sobre o problema do diagnóstico que elaborámos estas notas.

#### ESQUEMA DIAGNÓSTICO-DIFERENCIAL E MÉTODOS DE EXAME

O primeiro obstáculo a remover é verificar se o doente apresenta, na realidade, uma diarreia.

Este estado mórbido, sob o aspecto fisiopatológico, consiste na rápida evacuação de fezes mais líquidas que normalmente. É, por consequência, o *aumento da proporção de água das fezes* que constitui a sua feição característica. A causa dêste aumento reside, em grande parte, na evacuação rápida do conteúdo intestinal, impossibilitando a perfeita absorção de água através

da parede do intestino. No entanto, Krehl afirma que, na maioria das diarreias, ainda que funcionais, desempenham papel primordial as secreções líquidas patológicas do intestino e a sua reabsorção.

Não nos deteremos na diagnose entre verdadeiras e falsas diarreias (Mathieu, Bensaúde), porquanto reputamos incorrecta tal distinção. É sobejamente conhecido o aforismo de Potain sobre semelhantes designações para que seja necessário reproduzi-lo.

Assentes em que, de facto, estamos em presença duma diarreia, surge novo escolho, e este mais difícil de transpor. ¿Trata-se duma diarreia orgânica ou funcional?

O estudo *anamnástico* do doente revela um conjunto de sintomas que muito se assemelham em todas as diarreias crónicas e que, portanto, nos prestam um fraco auxilio na diferenciação que nos propusemos.

Aparte as fezes fluidas e em geral frequentes, de carácter crónico, que são sintoma dominante, o doente apresenta habitualmente dores. São, na maioria dos casos, difusas, mal definidas, acompanhadas de borboríngos e tendência ao meteorismo. Noutros casos, há verdadeiras cólicas de carácter expulsivo, coexistindo ou não com tenesmo anal e vesical, e que se apresentam ora generalizadas ora localizadas a qualquer dos segmentos abdominais. Têm sido referidas dores a distância capazes de iludir o diagnóstico. A-par das manifestações dolorosas, o doente apresenta, em regra, anorexia, saburra lingual, cansaço e mau humor.

Afirma Schmidt que o grau ligeiro de perturbações intestinais, a escassa ou nula influência sobre o estado geral e a falta de febre são indicações de valor na pesquisa das diarreias funcionais.

Alguns antecedentes pessoais (acidentes tóxicos, doenças anteriores, estado em países tropicais, profissão, etc.), poderão facilitar o diagnóstico.

Escassamente elucidados até aqui, deveremos logo iniciar o *exame objectivo* geral eliminando as diarreias sintomáticas. Estarão assim presentes no espirito do clínico as diarreias da tuberculose intestinal, das neoplasias, da tuberculose dos gânglios mesentéricos (nas crianças), da uremia, dos processos peritonias crónicos, da amiloidose intestinal e da estase intestinal (notavelmente da cirrose hepática), que, num exame geral bem conduzido, poderão tornar-se facilmente evidentes.

Os métodos semiológicos clássicos nada mais conseguem acrescentar aos resultados que enumerámos. É então necessário recorrer a outros processos de maior valia.

O *exame rectoscópico* só pôde dar indicações acerca da porção terminal do intestino grosso. A observação do estado da mucosa não irá, por conseguinte, além de 30 cm. do ânus. Não obstante, como este trajecto é frequente sede de colites e de neoplasias, a distinção entre diarreias orgânicas e funcionais pode, neste caso, ser estabelecida por uma rectoscopia.

Também o *exame radiológico* poucos ensinamentos prestará, ainda que, nalguns casos, poderá evitar erros grosseiros.

Resta, como método de grande alcance diagnóstico, a *análise de fezes*. É sobre o exame coprológico que costuma repousar a separação entre as diarreias por processos inflamatórios do intestino e as simplesmente funcio-

nais. No entanto, esta distinção é, por vezes, tão difícil que Schmidt e o seu colaborador Strasburger renunciaram com frequência a este empreendimento. Acresce que, muitas vezes, uma diarreia funcional crónica produz secundariamente alterações orgânicas.

O carácter fundamental das diarreias orgânicas, revelado pela análise coprológica é, para Schmidt, a *presença de muco nas fezes*, quer este muco esteja apenas aderente quer intimamente misturado com elas. Nothnagel leva o interesse diagnóstico deste sintoma ao ponto de avaliar a altura do intestino em que se produziu a diarreia pelo aspecto e grau de união do muco com as matérias fecais. Apesar de tudo Schmidt já concedia que em muitas lesões inflamatórias intestinais não havia muco, do mesmo modo que nas perturbações de carácter funcional se podia encontrar muco até em abundância. Este autor criou mesmo o quadro da *mixoneurose intestinal pseudo-membranosa crónica (cólicas mucosas* de Nothnagel), conceito que se opõe paradoxalmente ao do valor do muco nos processos inflamatórios.

A existência das cólicas mucosas é hoje admitida por quasi todos os autores. É sabido também, em fisiologia experimental, que, após a secção dos nervos distribuídos ao intestino, se origina uma *secreção paralitica* constituída em grande parte por muco. Este produto não pode, portanto, significar sempre lesão orgânica, antes a sua secreção constituirá talvez um reflexo de defesa e de lubrificação (von Noorden). Devemos pois assentar em que, de facto, *a presença de muco nas fezes significa inflamação na maior parte dos casos mas não em todos*. Adquire maior valor quando está misturado intimamente com as fezes e ligeiramente corado pela bÍlis. O muco em fitas, à superfície da massa fecal, não afirma a existência de lesão orgânica (Bensaúde e Stieffel). A ausência completa e permanente de muco, adicionada a interrupções na marcha da doença nas quais o doente volta ao estado normal, é, para von Noorden, o indício mais seguro da existência duma diarreia funcional.

O método mais simples e útil de comprovação do muco é o exame macroscópico feito quer depositando as fezes num pano fino e deixando cair sobre elas um jacto de água, quer praticando a observação num prato de fundo negro. O exame microscópico, coloração pela tionina e precipitação em forma filamentososa pelo ácido acético são processos a que, em geral, não é necessário recorrer; lançamos mão dêles apenas para avaliar a quantidade de células e bactérias incluídas na substância mucosa.

A presença de *sangue e pus* nas fezes confirma o diagnóstico de alteração orgânica. Um e outro podem aparecer em grande abundância e ser visíveis macroscopicamente, mas, na maior parte dos casos, só o exame microscópico e químico são capazes de apreciar a sua existência.

O sangue proveniente da porção terminal do intestino é vermelho vivo e dispõe-se à superfície da massa fecal, o que provém das porções superiores sofreu já a transformação da sua hemoglobina em hematina, apresenta-se escuro e intimamente misturado com as fezes.

O exame espectroscópico, segundo o método de Snapper, é um processo de pesquisa valioso; mais prático é, porém, o exame químico.

Para a avaliação química do sangue deve manter-se o doente em dieta isenta de carne durante os 3 dias que precedem o exame. As provas usadas

são numerosas, mas todas representam reacções de oxidases (reacções de Adler, Weber, Meyer, Thévenon, Boas, etc.). Na nossa prática empregamos a prova de Adler (benzidina a 0,5 % e a 3 % + água oxigenada) e a de Thévenon (piramidona a 5 % + ácido acético + água oxigenada).

O pus evidencia-se pela *reacção da catalase de Norgaard* que, por pouco conhecida, merece mais larga citação. Executa-se numa lâmina, estendendo-se as fezes em camada delgada. Sobre ela lançam-se algumas gotas de água oxigenada. A reacção é positiva quando se desprendem numerosas bôlhas de gás que aparecem à superfície da preparação. Pode fazer-se a avaliação quantitativa, medindo o gás libertado por um dado volume de fezes.

A pesquisa da *albumina dissolvida*, pela reacção de Simon (modificada por Ury e Schüssmann), também é um indício valioso de alteração inflamatória do intestino.

#### TIPOS DE DIARREIAS FUNCIONAIS

As diarreias funcionais têm, por vezes, uma etiologia difícil de precisar. Não obstante, a sua classificação em grupos definidos é de grande utilidade, porquanto fornece uma base para a instituição da terapêutica adequada.

Schmidt e Strasburger propuseram-se a destrinça dos vários grupos de diarreias funcionais fundamentados na análise minuciosa das fezes resultantes duma dieta de prova estabelecida previamente. A dieta por nós usada é a de Schmidt-Strasburger, conforme já detalhámos numa nota anterior (1). Submetemos o doente a esta dieta mixta durante 3 dias, ministrando-lhe conjuntamente uma hóstia de 0,5 gramas de carmim, consoante o preceito de Strauss.

O regime em questão apresenta à acção dos sucos digestivos três espécies de alimentos: os protides, os lipides e os glucides. São as perturbações da digestão destes alimentos, ajudadas de um certo número de provas especiais, que nos permitem a classificação das diarreias sem lesão orgânica.

As *fezes normais* têm reacção quasi anfotérica e aspecto uniformemente homogêneo. Não possuem elementos capazes de ser reconhecidos pelo exame macroscópico, a não ser pequenos detritos vegetais.

Na enumeração sumária das diarreias funcionais, que vai seguir-se, veremos em relêvo apenas as alterações de interesse diagnóstico.

*Diarreias gastrogêneas.* — O seu mecanismo é discutido. A causa mais comum é a aquilia ou, pelo menos, a hipoquilia.

Devemos fazer a advertência de que este tipo de diarreias também pode aparecer com valores normais ou exagerados de ácido clorídrico. É possível que se trate de casos de heteroquilia.

O doente apresenta muitas vezes, no início, *sintomatologia gástrica* (vômitos, opressão gástrica, eructações, anorexia) que pode apagar-se para reaparecer algum tempo depois. A diarreia é *periódica*, sem dores nem mal-estar. A análise de suco gástrico revela as alterações já indicadas.

(1) A insuficiência pancreática. — J, Cândido de Oliveira. *Lisboa Médica*. 1930. Págs. 520 e seguintes.

**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 biologico 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).*

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

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

**FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA**

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

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

# Vidalon

(Óleo de fígado de bacalhau estandarizado com Vigantol)

Possui 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 tomal-o uma só vez por dia.



Posologia:

Lactantes e crianças de tenra idade:  $\frac{1}{2}$  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 Douradoures, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos  
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Lda.

Rua dos Douradoures, 7

LISBOA

O exame coprológico após a dieta de Schmidt põe em evidência as chamadas *fezes de putrefacção*. São estas uniformemente fluidas, castanho-escuras, secando depressa e intensamente fétidas por decomposição anormal das substâncias albuminóides (*substâncias fétidas*). Têm *reação alcalina*.

É a pepsina em meio clorídrico que está entregue o papel de solubilizar o tecido conjuntivo. Nos casos de aquilia, o tecido conjuntivo não é, por consequência, digerido e o exame microscópico das fezes revela o carácter fundamental destas diarreias: *a presença de fibras conjuntivas intactas*.

Não esqueceremos, contudo, que o tecido conjuntivo nas fezes não implica a existência certa de aquilia, podendo coexistir com perturbações gástricas de outra ordem.

Como não é solubilizado o tecido conjuntivo que une as fibras musculares da carne, estas aparecem nas fezes em fragmentos de tamanho anormal.

A digestão dos lipóides verifica-se como habitualmente.

Os glucídeos são também digeridos e, portanto, *a prova da fermentação de Schmidt é negativa ou fracamente positiva*.

Schmidt ligava grande importância aos caracteres bacteriológicos das fezes pútridas (leveduras, sarcinas, bacilos de Oppler-Boas, *bacillus fluorescens*, etc.) que elle supunha análogos aos do estômago. Tal facto é, porém, raras vezes observado.

Oury e Terrial consideram valiosa a presença de cristais de oxalato de cálcio incluídos em células do feijão que elles juntam à dieta. Estes cristais são solúveis no ácido clorídrico do estômago normal.

Corroboração do diagnóstico de diarreia gastrogénea a *eficácia do tratamento dirigido no sentido das perturbações gástricas*.

*Dispepsia de fermentação*. — Isolado por Schmidt, este quadro clínico é representado pela existência de diarreias resultantes duma deficiente digestão dos hidratos de carbono, os quais sofrem consequentemente processos anormais de fermentação.

A causa desta perturbação é, para aquele autor, a incapacidade de digestão da cellulose, teoria fortemente controvertida.

As diarreias são a queixa fundamental do doente, cujo estado geral se mantém com escassas alterações. A diminuição de peso é moderada e os sintomas gástricos quasi nulos. Raras vezes se produzem cólicas, mas os doentes apresentam frequentemente flatulência e notam repetidos borboríngos. O abdómen timpaniza-se e deixa ouvir gorgolejo quando se palpa.

As alterações das fezes são características. Têm consistência pastosa e cor amarelo-clara. Algum tempo depois de emitidas apresentam bôlhas gasosas à superfície, o que lhes dá um *aspecto espumoso*. Nas fezes resultantes de dieta de prova não há restos de tecido conjuntivo nem de fibras musculares. Macroscopicamente já se notam grumos constituídos por restos de batata mal digerida. Ao microscópio vêem-se *abundantíssimos grãos de amido* capazes de ser postos em evidência pelo iodo, que lhes dá uma cor azul. Há grande abundância de *bactérias iodófilas (clostridium butyricum, etc.)*.

*A prova da fermentação, na estufa, é positiva*. Realiza-se, como se sabe, no aparelho de fermentação de Schmidt.

*Diarreias pancreatogéneas*. — Surgem quando se estabelece a insuficiên-

cia pancreática cujo diagnóstico já foi por nós tratado (1). Dissemos então que, à parte a observação clínica (cujos dados são variáveis conforme a causa da insuficiência), o exame simultâneo das fezes, do líquido duodenal, do sangue e da urina é indispensável na avaliação da incapacidade secretória do pâncreas.

As fezes são abundantes e têm o aspecto conhecido pelo nome de *fezes gordas*.

Após a dieta de Schmidt-Strasburger, o exame coprológico mostra-nos as perturbações da digestão dos protídeos (creatorreia e prova dos núcleos positiva), dos lípides (esteatorreia e hiposteatólise) e dos glucídeos (sem valor), bem como a falta ou diminuição dos fermentos pancreáticos: tripsina (processo de Schlecht, de Müller e Schlecht, e de Gross e Fuld), lipase (método da monobutirina de Frank) e amilase (processo de Wohlgemuth).

No sangue e na urina doseia-se fundamentalmente a diástase amilolítica e, no suco duodenal, os três fermentos pancreáticos.

Acentuámos que nos merece consideração a *prova da secretina purificada* de Chiray. O seu valor restringe-se com a dificuldade de obtenção da secretina.

*Diarreia jejunal*. — Foi descrita por Nothnagel e incluída por Schmidt no grupo das perturbações funcionais. Apesar de tudo afasta-se bastante das diarreias indicadas até aqui.

Consiste na emissão de massas espessas, viscosas, gelatinosas, de cor amarelo-esverdeada e reacção ácida. Na prova do sublimado dão cor verde acentuada, à custa da bilirrubina. Estendidas em prato de fundo escuro, mostram restos de alimentos ingeridos pouco antes.

São, portanto, fezes que devem corresponder a um peristaltismo intenso. O conteúdo intestinal é, pois, expulso sem sofrer alteração.

Este tipo de diarreia é muito discutível. Schmidt confessa tê-lo visto apenas 6 ou 8 vezes e Matthes nunca o observou.

*Diarreias nervosas*. — É sabido que as impressões morais violentas, como a angústia, o terror e a expectativa, são causa de diarreias, especialmente no sexo feminino. Podem estas iniciar-se por borborigmos ou por sensações cólicas que, muitas vezes, se acompanham de náuseas, vômitos, palidez do rosto, suores frios e lipotimias. O quadro clínico é polimorfo.

Não devem apenas atribuir-se a uma exclusiva aceleração peristáltica, visto que, como mostrou Bickel, há, em geral, um afluxo de líquido ao intestino.

As fezes deveriam ter o aspecto do conteúdo intestinal íntegro, mas Schmidt pondera que muitas vezes adquirem o carácter pútrido ou fermentativo.

Como diz Fleiner, para o diagnóstico da diarreia emocional, «o conhecimento do homem e a psicologia são muito mais importantes que as investigações de laboratório feitas nas fezes com o maior esmero e prolixidade».

É o carácter caprichoso deste padecimento que nos auxilia no diagnóstico.

(1) Loc. cit.

*Diarreias anafláticas e endócrinas.* — Em indivíduos sensibilizados para determinados alimentos, a ingestão destes ocasiona diarreias. Conjuntamente surgem outros fenómenos anafláticos como urticária, elevação térmica, vômitos, etc.

Os caracteres coprológicos (cujo estudo tem sido insuficiente) indicam que as matérias fecais percorrem o intestino com grande velocidade, ao mesmo tempo que se segrega líquido para o lume intestinal.

São exemplos de diarreias endócrinas as das doenças de Basedow e de Addison. A diarreia basedowiana ou se manifesta por forma acessal e então é muito aquosa ou se apresenta com o aspecto de fezes gordas, sobre cuja patogenia as hipóteses são numerosas. Nalguns casos é do tipo gastrogêneo.

*Outras diarreias ditas funcionais.* — É uso incluir neste grupo as *diarreias estercoráceas* que se produzem na prisão de ventre crónica por irritação do cólon ao contacto das fezes duras. Tal é a opinião de Knud Faber a-pesar-de conceder que, nas fezes, «a intensa reacção da catalase costuma demonstrar que a perturbação não é puramente funcional, mas muitas vezes inflamatória».

As evacuações acompanham-se em geral de cólicas e iniciam-se por fezes duras para terminar por descargas fluidas. Fundamenta-se o diagnóstico na existência anterior duma prisão de ventre crónica súbitamente interrompida pela diarreia actual.

As fezes apresentam, freqüentes vezes, muco.

As *diarreias de origem bucal* (Bensaúde) vêm-se quer nos indivíduos que mastigam mal, quer nos portadores de afecções supuradas da boca.

Nas fezes aparecem pedaços de alimentos mal digeridos. É o exame da cavidade bucal e o interrogatório do doente que permitem fazer o diagnóstico.

As *diarreias de causa hepato-biliar*, sendo perturbações sintomáticas, saem um pouco do âmbito destas notas.

Quanto às *aftas tropicais* (Sprue), de causa desconhecida, incluídas convencionalmente neste capítulo das diarreias, não serão aqui tratadas por este motivo e ainda por não aparecerem no nosso país.

## Revista dos Jornais de Medicina

A reacção leucocitária nos tuberculosos em tratamento com pneumotorax artificial. (*The leucocitic reaction in tuberculosis patients receiving artificial pneumothorax*), por E. MEDLAR e J. PESQUERA. — *The Am. Rev. of Tuberc.* Abril, 1931.

O valor do pneumotorax artificial como meio de tratamento de certos casos de tuberculose pulmonar é hoje devidamente reconhecido, pôsto que não se tenha por emquanto apurado qual a feição particular dêsses casos, em que o tratamento é indicado, assim como também de determinados detalhes que visam a sua oportunidade e duração.

Muitos doentes não logram benefícios com o pneumotorax e em alguns não é possível executá-lo. Nestas últimas condições poder-se há lançar mão de outros recursos de ordem cirúrgica, frenicectomia, pneumólise, etc.

Os elementos de que se têm servido na prática para aferir do sucesso ou insucesso do tratamento constam do exame radiológico em série e da marcha clínica do doente, mas melhor que qualquer dêles, mais exacto nas suas informações parece ser o estudo repetido da fórmula leucocitária.

A fórmula leucocitária não pode ser usada como um meio de diagnóstico porque não há alteração específica para a tuberculose. Uma vez estabelecido o diagnóstico de tuberculose é essencial interpretar a reacção leucocitária em relação com a patogenia do processo tuberculoso, que pode ser sumariamente assim descrita: a monocitose representa a extensão da lesão tuberculosa; a neutrófilia a sua abcedação; a linfocitose a tendência para a cicatrização.

Segundo os autores a reacção leucocitária reflete, com maior exactidão do que qualquer outro método de observação clínica, o estado actual do processo tuberculoso. Em alguns casos que demonstraram uma melhoria aparente sem uma correspondente modificação da fórmula leucocitária, o exame ulterior mostrou que a informação mais certa proveio da interpretação conveniente dos dados hematológicos.

Segundo os autores afirmam, nunca se encontrou exemplo de um doente com agravamento clínico significativo em que a fórmula não revelasse também alterações no mesmo sentido.

Os casos de tuberculose pulmonar considerados como susceptíveis de tratamento pela colapsoterapia e que mantêm uma fórmula leucocitária do tipo séptico ou hiperplástico permanente, a-pesar-do repouso absoluto, beneficiam com o tratamento.

Quando decorridos 6 meses de tratamento a fórmula se fixa sem tendên-



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

ciãs para uma melhora, o pneumotorax deve considerar-se como tratamento insuficiente, salvo aqueles casos em que o quadro hematológico representa o agravamento por uma nova localização da tuberculose no outro pulmão ou em qualquer outro ponto do organismo.

MORAIS DAVID:

Uma análise dos dados coligidos pela comissão encarregada do estudo do «status lymphaticus». (*An analysis of the status lymphaticus investigation committee*), por M. YOUNG e H. TURNBULL.—*The Jour. of Path. and Bact.* Março, 1931.

Os dados em que o relatório se baseia foram obtidos pelas investigações organizadas pelo *Medical Research Council* em conjunção com a *Pathological Society of Great Britain and Ireland*.

O objectivo especial do estudo foi primeiramente estabelecer, por meio de largo exame, os pesos e medidas normais do timo em tôdas as idades e em proporção com o pêso, do corpo assim como investigar com precisão a causa da morte em pessoas que morreram súbitamente de causa trivial ou inexplicável e em que a única causa aparente parecia residir no facto da existência de um aumento do timo.

Conclusões:

Os pesos comuns dos timos normais em diferentes idades acima de um ano podem considerar-se com seguramente estabelecidos, dentro de estreitos limites, em inteira concordância com resultados obtidos nos últimos anos por outros observadores.

Os valores médios das relações entre os pesos do timo e do corpo, em idades abaixo de um ano, aparecem também seguramente estabelecidos e em acôrdo com estudos anteriores.

Em face dos elementos colhidos não se pode concluir que as doenças agudas de curta duração, abaixo de 3 dias, reduzam o pêso do timo em grau apreciável.

O timo aumentado de volume não pode, por si só, considerar-se como sinal de *status* tímico-linfático, quando se não encontra causa explicativa da morte.

Em séries de casos normais encontrou-se um aumento de volume do timo em 20 doentes, 10 dos quais com idade inferior a 16 anos, e apenas 4, em que a morte foi atribuída a anestesia ou a *shock*, se pôde suspeitar uma provável disposição para a morte súbita.

O significado do estrangulamento da traqueia pelo timo é ainda interpretado de diversas maneiras pelos investigadores; esta condição é relativamente rara nos casos de aumento de volume do timo e aparece também sem aumento dêste órgão.

Nos casos estudados, com idades que vão até os 16 anos, não se apura qualquer espécie de relação entre o pêso do timo e o desenvolvimento do tecido linfóide, e bem assim se não pode concluir que haja uma hiperplasia geral das estruturas linfóides associada com o aumento anormal do timo.

Em alguns casos de doença de Graves o timo appareceu com um pêso muito acima do normal.

O aumento do volume do timo não se complica, nem de hipoplasia do sistema arterial nem tão pouco de alterações de certos caracteres sexuais secundários. O artigo termina textualmente :

«In the opinion of the Committee the facts elicited in the present inquiry are in harmony with those of Hammar (1926 and 1929) and Greenwood and Woods (1927) in offering no evidence that so-called «status thymico-lymphaticus» has any existence as a pathological entity».

MORAIS DAVID.

O soluto de dextrose e cloreto de sódio no tratamento esclerogénio das varizes. (*Solution of dextrose and sodium chloride for obliterating varicose veins*), por H. KERN. — *An. of Surg.* Março, 1931.

As injecções de substâncias esclerogénias (cloreto de sódio, salicilato de sódio e cloreto de sódio com dextrose) feitas nas veias jugulares de cães determinaram a formação de trombose sem um único caso de embolia. No que se refere ao emprêgo do método esclerogénio no tratamento das varizes o autor aconselha a mistura em partes iguais dos soluto de cloreto de sódio e dextrose, respectivamente nas percentagens de 30 e 50 % e nas quantidades variáveis de 1 a 10 c. c., consoante a extensão e calibre das varizes a tratar.

Em 400 casos do autor apontam-se complicações locais em dois dêles devidas à injecção extravascular do soluto e a injecção de uma variz de paredes muito delgadas. Em outros 5 casos appareceu uma reacção de periflebita em seguida a injecções de quantidades excessivas de soluto irritante. Finalmente a injecção provocou uma reactivação inflamatória em uma veia, trombosada 2 meses antes.

Em qualquer dos casos a resolução dos processos fez-se sem complicações e exclusivamente com tratamento local. Não houve uma única embolia. Os resultados foram principalmente brilhantes nos doentes com grandes varizes. Também nos casos complicados com úlceras o tratamento se mostrou de valor; estas cicatrizam rapidamente desde que se obliteraram as varizes «tributárias» das úlceras.

Os eczemas varicosos são mais rebeldes; apenas 50 % dos doentes obtiveram vantagens com o tratamento.

MORAIS DAVID.

A produção experimental da escarlatina por meio do «*streptococcus scarlatinae*». (*Experimental production of scarlet fever by means of a scarlatinal hemolytic streptococcus*), por TOYODA, FUGATI e OKAMOTO. — *The Jour. of Inf. Disca.* Abril, 1931.

Serviram para o trabalho experimental dos autores 3 estirpes diferentes de estreptococos isolados de doentes com escarlatina. Uma das estirpes foi isolada do sangue e cultivada através de 150 gerações, aproximadamente: é a denominada estirpe velha de estreptococo hemolítico. Outras duas estir-

pes foram isoladas das fauces de doentes e cultivadas até a 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> geração: estas foram chamadas estirpes frescas de estreptococo.

Em 8 indivíduos de 3 a 7 anos, com reacções de Dick positivas, pincelaram-se as fauces com umas zaragatoas de algodão embebidas em emulsão de culturas de estreptococos. Em 5 pessoas em que se empregaram as estirpes velhas os resultados da inoculação foram negativos. Em 3 inoculadas com as estirpes recentes apareceram os sintomas da escarlatina.

Conclusão:

A escarlatina é uma infecção determinada pelo estreptococo e não por um vírus filtrável associado ao estreptococo hemolítico.

MORAIS DAVID.

Uma modificação da reacção de Aschheim-Zondek para o diagnóstico da gravidez. (*A modification of the Aschheim-Zondek test for pregnancy*), por H. REINHART e E. SCOTT.—*Jour. of Am. Med. Ass.* 9 de Maio de 1931.

O principal obstáculo que se encontra na execução da prova Aschheim-Zondek deriva da dificuldade em encontrar as ratinhas jovens, nas condições apropriadas de actividade genital e de idade requeridas, conforme a técnica dos próprios autores.

Segundo Friedman, que primeiro advogou a modificação, os autores empregam em vez das ratinhas as coelhas com mais de 3 meses de idade e não grávidas.

A injeção de 5 a 15 c. c. da urina, colhida na 1.<sup>a</sup> micção da manhã, feita na veia marginal da orelha, é seguida de alterações ováricas nos casos de reacção positiva.

É preciso saber que as coelhas têm habitualmente foliculos maduros, fora da gravidez. Após a cópula dá-se a rotura do folículo e depois sucessivamente a sua transformação em *corpus hemorrhagicum* e *corpus luteum*. A ovulação e a hemorragia folicular são nestes animais manifestações da gravidez.

O exame macroscópico dos ovários faz-se por laparotomia decorridas 24 horas. Nos casos em que o exame macroscópico é negativo convém repetir nova injeção da urina no mesmo animal, renovando a observação no fim de mais um dia. A luteinização do folículo só se faz decorridas 48 a 96 horas depois da injeção.

A prova positiva consta por isso na existência exclusiva do *corpus hemorrhagicum*, no intervalo de 1 a 2 dias da 1.<sup>a</sup> injeção.

MORAIS DAVID.

O efeito das infecções secundárias no tracoma experimental. (*The effect of secondary infections on experiential trachoma*), por P. OLITSKY, R. KNUTTI e J. TYLER.—*Jour. of Exper. Med.* Maio, 1931.

Os autores conseguem produzir nos macacos uma lesão ocular extremamente semelhante ao tracoma flórido humano inoculando culturas de *Bacte-*

*rium granulosis* ou tecidos humanos tracomatosos, deixando desenvolver as lesões granulosas e introduzindo depois infecções secundárias experimentais.

MORAIS DAVID.

**Hiperinsulinismo produzido por um adenoma de células  $\beta$  do pâncreas.** (*Hyperinsulinim from  $\beta$  cell adenoma of the pancreas*), por A. CARR, R. PARKER, E. GROPE, A. FISHER e J. LARIMOVE. — *Jour. of And Med. Ass.* 25 de Abril de 1931.

Historia-se detalhadamente o caso de um doente de 19 anos que sofria de ataques semelhantes aos da hipoglicémia, que eram atenuados pela administração de dextrose. O agravamento progressivo do doente determinou a intervenção operatória.

Verificou-se a existência de um tumor pancreático constituído principalmente por células  $\beta$ , que foi extirpado. A cura foi completa após o acto operatório.

MORAIS DAVID.

**Terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar.** (*Medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose*), por F. KLEMPERER. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 5. 1931.

No tratamento da tuberculose pulmonar empregam-se medicamentos numerosos e os mais variados. Esses medicamentos usam-se em parte para combater a própria doença, em parte para combater alguns dos seus sintomas, e por esse motivo o autor admite um tratamento específico e outro sintomático. Não se trata verdadeiramente dum tratamento específico da tuberculose no sentido dum medicamento que actue sobre a causa da doença, tal como o tratamento da malária pela quinina, ou da sífilis pelo salvarsan; os fármacos empregados na tuberculose actuam indirectamente sobre a doença, influenciando todo o organismo ou o foco mórbido de modo a estimularem as defesas naturais do organismo.

Como primeiro medicamento específico considera o autor a tuberculina, sendo a palavra específico empregada no sentido de que a tuberculina é um produto específico do bacilo de Koch. A sua acção terapêutica não é específica: a tuberculina nem imuniza, nem actua sobre o bacilo de Koch. A sua acção curativa não está completamente esclarecida; apenas conhecemos que a tuberculina determina, no tecido tuberculoso, reacções focais de que resulta muitas vezes uma vantagem terapêutica. Entretanto esta reacção focal não é específica visto que idênticas reacções se obtêm com produtos de outras bactérias e também com numerosos corpos proteicos de outra origem, como por exemplo o leite, o aolan, o yatrén-caseosan.

A tuberculinoterapia é pois uma terapêutica excitante e como tal apenas está indicada nos casos em que essa excitação não é prejudicial ao organismo; isto é, nas formas produtivo-fibrosas.

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.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

## *Veinosine*

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

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

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

LISBOA MÉDICA

# Eldoformio

M. R.

Contra as diarreas  
estivaes

## ELDOFORMIO

Combinação de levadura e tanino

**Acção anti-diarréica  
rápida e segura.**

O Eldoformio acalma como adstringente as mucosas irritadas, provoca a diminuição da hiperemia, acarretando assim indirectamente uma diminuição dos movimentos intestinaes accelerados, suspendendo deste módo a diarreia por acção puramente fisiológica.

### INDICAÇÕES:

Dispepsias, catarro intestinal, diarreas, enterites, também devidas à gripe e tuberculose.

Especialmente apropriado para a clínica infantil.

### EMBALAGEM ORIGINAL:

Tubo com 20 compr. de 0 gr. 50



» *Bayer-Meister-Lucius* «

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

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

Quanto aos numerosos e recentes preparados de tuberculina, o autor não lhes encontra vantagens que levem a pôr de lado a tuberculina velha de Koch. A tuberculinoterapia conduzida durante muitos meses com doses pequenas e sem determinar reacções não tem valor algum; para o autor é mais benéfico e vantajoso o tratamento que provoca pequenas reacções, até 38° e mesmo um pouco mais. Nas suas linhas gerais o tratamento consiste: começo cuidadoso com pequenas doses,  $\frac{1}{10}$   $\frac{1}{100}$  mgr., ou ainda menos, repetição das injeções só depois de completamente desaparecida a reacção, em intervalos de 4, 7, 14 dias, subir pouco a pouco, de modo a provocar apenas pequenas reacções e prolongamento da cura, sem dose final determinada previamente, e enquanto a tuberculinoterapia for seguramente vantajosa.

O autor considera a cura tuberculínica como o melhor dos tratamentos chamados específicos.

Não há razão para substituir o tratamento tuberculínico pela proteino-terapia. Os preparados albuminóides — leite, aolan, yatren-ceseosan — têm apenas valor no tratamento de complicações tais como furunculose, inflamações articulares, etc.; sobre o foco tuberculoso actuam muito menos do que a tuberculina.

A terapêutica com preparados de baço, figado, timo, etc., não dá resultados seguros.

A seroterapia, tal como a empregou Czerny em crianças, em injeção diária de doses progressivas de 0,1 de c. c. a 2 c. c. de sôro normal de cavalo actua principalmente sobre o estado geral e é aconselhável nos casos em que este é precário.

Nos últimos anos, e depois que Koch e Behring verificaram a propriedade frenadora de certos preparados de ouro sobre o desenvolvimento dos bacilos tuberculosos, a auroterapia tomou grande desenvolvimento.

Feldt e outros autores atribuem a certos preparados de ouro uma acção protectora e curativa sobre determinadas infecções dos animais de experiência. Entretanto em relação à infecção tuberculosa é difícil de descortinar esse efeito do ouro, e não se pode admitir uma acção bactericida deste metal nas concentrações em que se emprega, quer nos homens quer no animal de experiência. Hoje a terapêutica pelo ouro deve considerar-se como uma terapêutica estimulante.

Não há razão para preferir o ouro à tuberculina e o autor só o emprega nos casos em que a tuberculina é recusada ou mal suportada ou ainda em alternância com ela. Segundo a experiência do autor com os preparados triphal e solganal (este último intravenoso em doses iniciais de 0,01 com 3, 8 dias de pausa e subindo até 0,5-1) os preparados de ouro não têm extraordinária acção curativa, mas actuam por vezes favoravelmente nos casos apropriados, isto é, em condições idênticas àquelas em que se emprega a tuberculina. A sanocrisina do Prof. Möllgaard não tem acção diferente, nem superior à dos outros preparados de ouro. As grandes doses aconselhadas por Möllgaard são perigosas e proibidas.

Outros metais têm acção semelhante à do ouro.

A terapêutica pelo ácido silícico, baseada no facto de Kobert encontrar um maior conteúdo de ácido silícico no tecido cicatricial dos focos tuberculo-

so curados, nunca teve muitos partidários, uma vez que é suficiente o ácido silícico da alimentação.

A lipoidoterapia, baseada nos trabalhos de Deyke e Much, dá resultados que não são inferiores aos do ouro e outros preparados.

O tratamento medicamentoso-sintomático não tem sofrido alterações.

Para combater a febre julga o autor como melhor meio a piramidona em administração contínua de pequenas doses (0,1 e 0,05 em intervalos de 1, 1 1/2, 2 horas). Bacmeister emprega a mistura de 0,1 de quinina com 0,25 de aspirina, ou 0,25 de diplosal ou 0,25 de aspirina com 0,25 de lactofenina três a quatro vezes ao dia.

Dos medicamentos para a tosse os mais dados são os preparados de creosota e guaiacol sirolin, beatin, kresival; para injeção intramuscular ou intravenosa aconselha o preparado de guaiacol-anastil. Como calmantes da tosse emprega a pertussina, gotas de codeína, *tablettes* de dilaudid ou acedicon.

Contra os suores noturnos e além dos velhos medicamentos (atropina, agaricina, cânfora) aconselha o emprêgo da salvysat Bürger e do magn. sulfur. (25 : 100, 1-2 c. c. intramuscular).

No primeiro plano da terapêutica da tuberculose figura o tratamento higieno-dietético que é o suficiente para a grande maioria dos casos.

Em segundo lugar está a terapêutica cirúrgica e especialmente o pneumotorax. Nos casos em que o regime higieno-dietético não é suficiente e a cura pelo pneumotorax não está indicada lançaremos mão do tratamento medicamentoso.

F. FONSECA.

**Contribuição para o tratamento da intoxicação pelo sublimado. Experiências de desintoxicação com a dioxiacetona e glucose.** (*Ein Beitrag zur Behandlung der Sublimatvergiftung. Entgiftungsversuche mit Dioxyaeton und Traubenzucker*), por I. v. TROSSEL. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 5. 1931.

A dioxiacetona em solução fracamente alcalina tem acção redutora sobre o sublimado e pode portanto empregar-se como antidoto na intoxicação pelo bicloreto de mercúrio. A glucose actua do mesmo modo mas mais fracamente.

F. FONSECA.

**O tratamento da anemia perniciosa com estômago de porco.** (*Über die Behandlung der perniziösen Anämie mit Schweinemagem*), por J. WILKINSON. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 17. 1931.

Esta comunicação é o prolongamento de trabalhos anteriores nos quais o autor frisa os bons resultados que se obtêm com o estômago de porco no tratamento da anemia perniciosa. Apresenta 50 casos que submeteu a este tratamento.

O tratamento consiste no emprêgo de estômago fresco de porco ou dum preparado seço do mesmo.

Foram observados casos durante 64 semanas sem que se notassem recaídas.

O tratamento com estômago de porco dá resultados extraordinariamente satisfatórios, actuando melhor e mais rapidamente de que a terapêutica hepática. As doses relativas são mais pequenas do que as do fígado.

Os resultados clínicos qualitativos e a acção sobre o quadro hematológico não são diferentes dos obtidos com a terapêutica hepática.

A eosinofilia é frequente, mas não se observa em todos os casos.

Com este modo de tratamento observa o autor uma acentuada tendência para um aumento da produção dos eritrócitos, conservando valores da hemoglobina normais donde resulta um valor globular baixo.

Um tratamento prolongado com pequenas doses é necessário para manter um bom estado geral. É conveniente fazer repetidos exames do sangue, porque a dose da droga varia consoante o indivíduo e a estação do ano.

O emprêgo de medicamentos adjuvantes, tais como o ácido clorídrico e a pepsina, não parece necessário, dado o conteúdo em peptona do estômago de porco. Isto está em opposição com o que se passa com o tratamento hepático.

Mais do que 92 % dos casos tratados com estômago de porco conservam um bom estado geral, e desses 88 % estão aptos para o trabalho, 4 % começaram o tratamento há pouco tempo, mas dentro em breve estão em condições de retomarem as suas ocupações. Esta percentagem é muito boa em comparação com os 65 % dos indivíduos do grupo hepático. Três doentes sofrem duma doença sistemática da medula e o quarto duma paralisia agitante; abstraindo dos sintomas nervosos estão bem.

A comparação dos processos de tratamento mostra a vantagem da terapêutica pelo estômago de porco.

Em quatro casos observou-se uma notável reacção eritroblástica, em 3 mais de 6 milhões de glóbulos rubros por mil. cúbico e num 7,25 milhões.

O tratamento com estômago de porco, exactamente como o de fígado, não tem qualquer acção sobre a aquilia gástrica.

O tratamento com estômago de porco seco constitui o método mais barato, mais rápido e mais satisfatório da terapêutica da anemia perniciosa.

F. FONSECA.

Contribuição experimental e clinica para a organoterapia das doenças do fígado e vias biliares. (*Experimentelle und Klinisch Beiträge zur Organotherapie der Leber — und Gallenveegerkrankungen*), por H. BUTTNER. — *Klinische Wochenschrift* N.º 17. 1931.

Trabalhos experimentais sobre a acção da organoterapia, segundo Luetkens (Cholotonon «Promonta») confirmam a acção colagoga do Cholotonon e mostram que este último, aplicado em determinadas doenças do fígado, normaliza a alterada curva do açúcar do sangue depois da administração de levulose.

F. FONSECA.

**Sobre a questão da terapêutica hepática da diabetes.** (*Zua Frage diner Lebertherapie des Diabetes*), por H. HABS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 20, 1931.

Não é para aconselhar a terapêutica da diabetes porque a acção hipoglicemiante da fracção fígado desaparece em virtude do elevado conteúdo do órgão em hidratos de carbone.

F. FONSECA.

**A raquianestesia na criança.** (*La rachianesthésie chez l'enfant*), pelo Prof. I. BALACESCO (Bucarest). — *Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. Tome LVII. N.º 9. 14 de Março de 1931. Pág. 370-374.

No seu completo trabalho sobre a raquianestesia, Forgue e Basset não aconselham êste método de anestesia em crianças abaixo dos 15 a 16 anos de idade. Parece que êsse conceito se firma na observação de muitos colegas, e contra êle se insurgiu Rocher, de Bordeus, quando do assunto se falou no Congresso de Cirurgia de 1928, por nenhuma razão de ordem moral, biológica ou cirúrgica ter sido apresentada.

O A. já há doze anos que usa a raquianestesia na sua clínica de cirurgia infantil e de ortopedia, sem que encontre nas crianças qualquer outra contra-indicação que não seja as que estão estabelecidas para os adultos.

Pretendeu-se que as crianças se assustariam com o aparato operatório, que estariam desinquietas e medosas. O A. afirma, baseando-se numa observação minuciosa de 526 casos da sua clínica hospitalar e de mais de 200 casos da clínica particular, que 95 % das crianças quando chegam à sala de operações já estão moralmente preparadas, sendo a sua educação feita automaticamente nas enfermarias onde as outras já operadas dão sempre detalhes de como a cousa se passou, que não sentiram nada, etc. Na clínica particular os pais das crianças insistem sempre pela raquianestesia, a tal modo ella está difundida na Romania graças ao prestígio de Ionesco.

É preciso, é claro, que alguém distraia a criança durante a operação. E quando chora basta a ameaça da máscara para que logo se cale.

Sob o ponto de vista biológico, não há também razão para rejeitar a raquianestesia, pois a criança suporta melhor que o adulto a influência do agente tóxico, e a prova disso é que quasi todos os accidentes immediatos ou secundários, que se observam muitas vezes nos adultos, não se vêem senão muito raramente nas crianças.

Segundo a experiência do A., a raquianestesia deve ser feita, na criança desde os quatro ou cinco anos, em todos os casos em que êste método tenha uma indicação.

Em mais de 826 casos de raquianestesia em crianças, o A. não teve uma única morte. Os accidentes immediatos, náuseas, vômitos, palidez, são absolutamente como no adulto, mas passam depressa e não nos devem inquietar.

Se tanto, 1,5 % dos seus operados apresentaram os fenómenos descritos por Chaput como de origem bulbar, mas sempre sem a menor tendência de gravidade, e que passaram immediatamente com uma injeccção de caféina. Em

crianças abaixo dos quinze anos nunca observou cefaleias, nas de mais idade viu-as raras vezes e não duravam mais do que dois a três dias. Nunca necessitou de fazer punção lombar. Nas de 15 a 18 anos viu de tempos a tempos uma raquialgia. Nunca acidentes paralíticos, nem acidentes tardios.

Como no adulto, vêem-se às vezes insucessos absolutos da anestesia, devidos ou a um defeito de técnica ou ao emprêgo duma solução velha. Nos 826 casos teve 15 insucessos, e como não quis repetir a injeção raquidiana, por não ter solução fresca à mão, deu clorofórmio sem o menor acidente.

Noutros casos o insucesso é parcial, a operação começa com anestesia, mas esta passa daí a pouco; isto sucede quando a dose de anestésico é demasiado pequena. Não hesitar em introduzir  $\frac{1}{2}$  centigrama a mais, sobretudo se a operação deve durar muito tempo.

Agulha fina, bisel curto, punção na linha média, não extrair liquido céfalo-raquidiano, introduzir o liquido lentamente, sem «barbotage».

Para operações no abdómen pode pôr-se a criança em Trendelenburg.

De princípio empregou a estovaina associada à estriçnina (método de lonnesco), mas desde que teve a novocaína só emprega esta, em solução fresca a 4%. A dose é variável com a idade, o tamanho da criança e a duração da operação. Assim, para as crianças entre três anos e meio e cinco anos, bem desenvolvidas, 3 a 4 centigramas; para as crianças entre seis e nove anos, 5 a 6 centigramas; para os de dez a doze anos, 6 a 7 centigramas, e emfim, para os maiores, treze a dezóito anos, 7 a 8 centigramas, e mesmo 9 centigramas.

A maior parte das operações feitas pelo A. sob anestesia raquidiana nas crianças foram de cirurgia abdominal infra-umbilical. Fez um grande número de operações no aparelho génito-urinário, no recto e ânus, e quasi tôdas as intervenções conhecidas nos membros inferiores, e ainda algumas acima do umbigo, sempre sob anestesia perfeita, como nefrectomias e quistos hidáticos do fígado.

Sob o ponto de vista da idade, os seus operados são de 150 entre os três anos e meio e sete anos, 210 entre oito e onze anos, 380 entre doze e quinze anos, e 86 entre dezasseis e dezóito anos.

Em conclusão, a raquianestesia, à parte as contra-indicações gerais, pode ser feita com tôda a segurança na criança, e o A. afirma ainda que deve ser preferida à anestesia geral pela sua inocuidade, que de dia para dia se vai tornando absoluta.

MENESES.

---

**Leites acidificados e suas indicações na primeira infância e na idade escolar.** (*Sauermilchen und ihre Indikationen im Kleinkindes — und Schullalter*), pelo DR. HANS BEHRENDT (Frankfurt a. M.). — *Kinderärztliche Praxis*. Ano 1, H. 3. Novembro de 1930. Págs. 105-109.

Hoje, muito mais do que antigamente, é assunto corrente na imprensa médica o emprêgo dos leites ácidos na alimentação infantil, que em qualquer idade da criança podem prestar notáveis serviços.

Temos a considerar dois grupos de leites ácidos: no primeiro, os produtos ácidos originam-se no próprio leite, partindo do açúcar de leite (lactose) ou da gordura, por intermédio da acção de bactérias. A estes leites acidificados «naturalmente» pertencem o *babeurre* (que em português se chama *leitelho*), o leite coalhado commum, o Yoghurt e o Kefir. O segundo grupo de leites ácidos é constituído pela adição de ácidos orgânicos ou inorgânicos ao leite completo. São leites acidificados «artificialmente» com os ácidos láctico, cítrico, acético ou clorídrico.

O emprêgo do leite ácido na alimentação dos lactantes data de mais de 100 anos; o *leitelho* (*babeurre*) há muito que é tido por um excelente alimento para essas idades. Mesmo sem se saber o seu modo de acção, reconhece-se a superioridade do leite ácido nas perturbações dispépticas e do metabolismo. Os estudos sôbre a patologia digestiva não conseguiram ainda pôr a claro a sua acção. Do mesmo modo, o emprêgo do Yoghurt e do Kefir baseia-se em factos empíricos.

O A. faz uma propaganda entusiástica do emprêgo dos leites acidificados na dietética infantil, no entanto acha necessário limitar o campo das suas indicações. Como Schiff, entende que o campo principal de aplicação dos leites ácidos, no lactante, é o do tratamento das perturbações nutritivas agudas, acompanhadas de diarreias. O A. prefere o leite com lactato de cálcio recomendado por Moll, cuja acção é extraordinária mesmo nas diarreias mais graves e pode ser dado como dieta de poupança (*Schonungsdiät*), na forma de leite a  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  ou completo.

Menos conhecido e por isso mesmo menos utilizado é o emprêgo dos leites ácidos nas crianças da primeira infância e da idade escolar. É então que são mais empregados outros dois leites ácidos: o Yoghurt e o Kefir. A sua acção é mais variada e mais interessante do que a dos outros leites ácidos. São leites coalhados, e no Yoghurt encontram-se sempre duas espécies de germens: 1) coccus formadores de ácido láctico; 2) bastonetes longos, «bactéria bulgárica», que formam igualmente ácido láctico. Estes últimos são a espécie bacteriana característica do Yoghurt, mas só podem produzir um Yoghurt típico quando em simbiose com os coccus lácticos. O Yoghurt só deve ser utilizado até dois dias depois de preparado, para ser empregado como alimento. No Kefir encontram-se também bastonetes longos e coccus, e, além disso, o que o distingue do Yoghurt, ainda espécies de leveduras. Pelo desenvolvimento desta flora origina-se, a par do ácido láctico, também álcool e anidrido carbónico, o que o torna agradável de tomar. O Kefir não deve ser mais antigo do que quatro dias.

Na América usa-se também o leite coalhado chamado *leite acidófilo*, contendo uma única espécie de bacilos, o bacilo acidófilo, de grande interesse pediátrico, encontrado no intestino das crianças de peito por Finkelstein e Moro, e cujas características foram rigorosamente estudadas por Adam e Kisson. Assemelha-se extraordinariamente ao Yoghurt, menos aromático e contém menos ácidos. Ao A. falta-lhe a experiência sôbre este leite.

Para fabricar estas três espécies de leite basta apenas semear no leite de vaca as respectivas bactérias; pode-se empregar para isso fermento sêco, enzimas líquidas ou restos de leite coalhado. Há bons e maus preparados, tẽ-

cnicas erradas e correctas, e assim bons e maus leites ácidos. O A. descreve o mecanismo da alteração do leite por meio destas bactérias.

Na infância, o principal campo de aplicação é constituído pelas *doenças intestinais infecciosas agudas*. Na colite infecciosa e na disenteria bacilar verdadeira, o Yoghurt constitui quasi o meio específico. As bactérias patogénias necessitam dum meio alcalino e morrem quando se obtém um índice hidrogénio de 4,0 e até menos, por meio do Yoghurt. As perdas de água e as dificuldades de alimentação (falta de vitaminas) são atendidas pelo tratamento com o Yoghurt. No primeiro dia dá-se um purgante de óleo de ricino, o doente apenas toma chá, e no segundo dia, além dum cozimento de arroz diluído, dá-se também Yoghurt às colheres de chá, durante dois dias, ou seja cêrca de 100 a 300 grs., segundo a idade. No terceiro dia aumenta-se a dose para 400 a 500 grs., depois ao máximo de 500-600 grs. por dia.

Na maioria das vezes, o A. tem podido alimentar quasi exclusivamente com Yoghurt durante 5 a 7 dias, dando biscoitos torrados (*gerösteter Zwieback*) e, às vezes, uma refeição leve com ovo, para completar a ração alimentar.

Se a inflamação do colón não deminuir, passa-se para clisteres de Yoghurt no 4.º ou 6.º dia, dando uma vez, diáriamente, um clister de 150-200 grs. de cozimento e Yoghurt em parte iguais, à temperatura do corpo, para ser retido, sendo possível, durante 20 minutos. Só nos casos em que existem ulcerações graves emprega adstringentes.

Outro campo de aplicação, que dá óptimos resultados, é constituído pela obstipação crónica da infância.

Em lugar de leite, dão-se 300-500 grs. de Kefir e fruta ao pequeno almôço.

Nas formas espásticas dá melhor resultado 1 a 2 dias de Yoghurt; 2 a 3 semanas duma cura de Kefir e fruta curaram um bom número de crianças com prisão de ventre crónica. Nalguns casos de colite mucosa e nas dispepsias fermentativas e putrefactivas, após curta dieta de fome, 100 a 300 grs. de leite ácido, por dia; a diarreia desaparece imediatamente.

Em resumo, excelentes resultados com o emprêgo dos leites ácidos, em síndromas que nesta quadra do ano aumentam de frequência.

#### MENESES.

**A transfusão sanguínea precoce no tratamento da toxi-infecção intestinal aguda do lactante.** (*La transfusion, etc.*), por T. VALLEDOR e R. GARCIA-MENDOZA. — *Boletín da Sociedad Cubana de Pediatría*. Outubro de 1930. Págs. 374-378.

Os AA. distinguem três formas de toxicose: a tóxica pura, a séptica e a mixta, em que a sintomatologia tóxica se associa à infecção, em maior ou menor grau, dando o tipo da toxi-infecção intestinal. Qualquer delas pode apresentar perturbações humorais ou revestir formas parenterais. O meio, a alimentação e, sobretudo, o clima, são factores que influem poderosamente na evolução delas. É a transfusão sanguínea a terapêutica de urgência adoptada pelos AA. nas toxi-infecções intestinais agudas. Chamam a atenção para a oportunidade do seu emprêgo. Antes da fase nervosa final qualquer das

formas é facilmente debelada. Observaram 15 casos em crianças dos dois sexos, entre 2 a 18 meses de idade, tratados por êsse método; 14 podiam-se incluir na forma mixta, predominando nuns o síndrome tóxico e noutros o síndrome infeccioso. Um, apenas, era da forma enteroséptica. Ao fazerem a transfusão, 4 já manifestavam sintomatologia nervosa encefálica, e morreram a-pesar-da transfusão. O número de transfusões foi de 1 em 13 casos, e nos dois restantes casos, de 2 e 3, respectivamente.

A quantidade de sangue variou entre 60 a 120 c. c. em cada transfusão. O sangue foi sempre doado por um parente são do doente com prova de homologia directa. As vias usadas foram, em 1 caso, a intra-peritoneal e nos outros em uma das veias do sangradouro. Em todos foi usada a dieta hídrica e na quasi totalidade a hidratação intensa com sôro glucosado e fisiológico em injecções hipodérmicas.

A realimentação, que é o problema mais difficil, deve levar um mês, pelo menos. Foi feita ou com leite feminino, ou de burra ou leite em pó. Os AA. dão grande importância ao maior ou menor aumento de volume do fígado como factor prognóstico. Das observações os AA. concluíram que:

1.º — A transfusão do sangue é, no momento, o método mais eficaz de que dispomos no tratamento da toxi-infecção aguda do lactante.

2.º — Deve ser feita precocemente e deve ser sistemática. Depois do aparecimento da fase encefálica, em estado de coma profundo, fracassa na maioria das vezes.

3.º — Deve ser repetida em curtos intervalos enquanto durar o estado de intoxicação.

4.º — Deve-se usar sangue fresco de doador familiar e são, com prova prévia de homologia directa. A via deve ser a endovenosa e em casos exceptionais a intraperitoneal.

5.º — Dieta hídrica, hidratação com soros glucosado e fisiológico e calomelanos em doses fraccionadas.

6.º — Desaparecido o quadro agudo, começar a realimentação, principalmente com leite materno. O leite de burra e o leite em pó devem ser usados apenas na falta daquele.

Os AA. afirmam que depois de a transfusão se generalizar nestes casos, as estatísticas hão-de melhorar, pois se torna verdadeiramente eficaz no tratamento das toxi-infecções intestinais agudas.

#### MENESES.

**As reacções de Nonne-Apelt, Pandy e Weichbrodt em soluções puras de substâncias proteicas do sôro.** (*Die Reaktionen von Nonne-Apelt, Pandy und Weichbrodt au reinsten Serumeiweißkörpern*), por V. W. SCHWISTS. — *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 128 Band.

O A. procura esclarecer o valor e a maior ou menor concordância entre as reacções de Nonne-Apelt, Pandy e Weichbrodt como reacções das globulinas.

# LUMINAL M.R.

Hipnótico e sedativo potente  
Antiepiléptico soberano

Embalagem original  
Tubos de 10 e frascos de 50 comprimidos de Luminal de  
0 gr. 10 e 0 gr. 30

## SOLUÇÃO DE LUMINAL A 20% M.R.

**Fórmula nova do Luminal soluto, de conservação permanente**

em ampolas prontas a ser usadas,  
para o uso em injeções intramusculares

Indicações especiais: estado epiléptico, eclampsia, tétania,  
vômitos da gravidez, tratamento de demorfinização, etc.

Embalagem original — Caixa de 10 ampolas de 1 c.c.

## LUMINALETAS M.R.

Fórmula especial para a ministração do Luminal em doses  
pequenas (0 gr. 015) — Isento de efeito hipnótico, devido  
à pequena dose de Luminal por cada comprimido (0 gr. 015)

Conveem no tratamento potrahido da epilepsia. Indicadas  
outrosim nas enxaquecas, nevroses vaso-motrizes, tosse con-  
vulsa, asma, angina do peito e outras afecções espasmódicas

Embalagem original.  
Frascos de 30 comprimidos dosados a 0 gr. 015



» *Bayer Meister Lucius* «

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

Representante:

» LUSOPHARMA «  
Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.º LISBOA

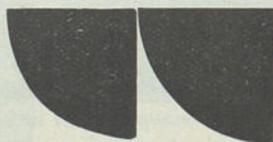
*Segundo as modernas teorias fisiológicas, para aumentar a quantidade de calcio no sangue é necessário aumentar também a quantidade de magnésio.*



# Foscal "Serono"

*é precisamente um preparado de calcio e de magnésio, com evidente superioridade sobre os outros preparados, mais ou menos similiares, que não associam o magnésio.*

O "**Foscal Serono**" contém, pois, 42,20% de óxido de calcio, 7,90% de óxido de magnésio e 21,50% de anidrido fosfórico,



*sendo, portanto, preparado nas mesmas proporções em que se encontra nos ossos, o que permite uma notável assimilação do calcio.*

## **Formas farmacêuticas :**

- Em pó (frascos de alumínio)
- Em hostias (cxs. de 90 hostias)
- Em tablettes (com açúcar ou cacau)

Envia-se amostras grátis aos Senhores Médicos que no-las requisitarem

**L. LEPORI**

Apartado 214 — Rua Victor Cordon, 1-E

**L i s b o a**

É conhecido de todos os experimentadores que em geral não se obtêm resultados de igual intensidade com estas três reacções.

O A. tenta aprofundar esta questão ensaiando os três reagentes com soluções puríssimas de substâncias proteicas do sôro do sangue obtidas por via electrodiálitica. Tais soluções eram constituídas ora somente por albumina, ora só por globulina, ora por uma e por outra em concentrações variáveis.

Essas soluções eram tornadas físico-quimicamente comparáveis ao L. c. r. levando-as à mesma percentagem de cloreto de sódio, à mesma alcalinidade, etc.

As soluções, assim preparadas, em presença dos respectivos reagentes mostraram que a reacção de Nonne e a de Weichbrodt são reacções puras das globulinas. A reacção de Pandy foi obtida também em presença da albumina em elevada percentagem.

Numa dada concentração das soluções a prova de Weichbrodt é negativa e as de Nonne e Pandy positivas. Isto é devido ao facto de a albumina do sôro, em quantidade notável, impedir a floculação pelo sublimado. Portanto nos casos de *liquor* muito rico em globulinas e pobre em albuminas (P. G.) a floculação da globulina torna-se muito intensa.

Também na reacção de Takata-Ara, que segundo Röhrs e Kohl-Egger difere apenas na aparência da de Weichbrodt, a falta de floculação nos líquidos meningíticos não luéticos deve relacionar-se com a acção impedidora da albumina presente no líquido em quantidades notáveis.

ALMEIDA LIMA.

**O tratamento da paralisia geral pelas doenças infecciosas.** (*Über die Infektiöusbehandlung der progressiven Paralyse*), por WAGNER JANREGG. — *Münchener medizinische Wochenschrift*. N.º 1. Janeiro, 1931.

O descobridor da malarioterapia, numa conferência na Associação dos Psiquiatras bávaros, fala do seu método e noutros mais recentes de tratamento pelas infecções da paralisia geral progressiva.

Primeiro responde aos que acusam a malarioterapia de ser um método perigoso. Faz notar a necessidade de para êsse, como para qualquer outro método terapêutico, saber ponderar a dose a empregar em cada caso. Nos doentes débeis, os acessos febris devem ser atenuados com a administração de pequenas doses de quinina, obtendo-se assim temperaturas nunca superiores a 40 graus.

Quando o tratamento pareça oferecer perigos para a vida do doente os acessos devem imediatamente suspender-se. O método do fraccionamento do tratamento malárico em dois tempos, fazendo no intervalo um período de tratamento pelos arsenobenzóis, é praticado sistematicamente com muito bons resultados por Mayor E Stewart em todos os P. G.

O perigo da malarioterapia está em relação com o número de acessos febris, interrompendo-os sempre que os doentes parecem oferecer algum perigo. Wagner Janregg afirma a ausência de accidentes mortais na sua clinica. A idade avançada não constitui contra-indicação para a malarioterapia (Kirschbaum).

Aos que negam a eficácia da malarização indica a estatística dos manicómios ingleses (30 % de remissões em 1917 de paralíticos tratados com malária, 4,3 % para os não malarizados).

Para ajudar porém da cura anatômica é do máximo interesse o estudo histo-patológico dos cérebros de paralíticos mortos em plena remissão por doença intercorrente. Num destes doentes, falecido por doença absolutamente independente da P. G. (peritonite post-operatória) dois anos depois do tratamento, o exame microscópico mostrava tão reduzidas lesões que o diagnóstico seria difícil senão impossível sem os dados anamnésticos (Shäunler).

Indica o A. o interesse do facto, plenamente demonstrado, de desaparecerem os espiroquetas do cérebro durante o tratamento malárico, devendo estes estudos também ser feitos em indivíduos que venham a morrer em completa remissão.

Para Wagner Janregg os tratamentos específicos da paralisia geral progressiva dividem-se em três grupos: os que usam substâncias não provenientes de micro-organismos, de resultados nulos; os que usam produtos provenientes de micro-organismos (tuberculina, vacinas, etc.) pouco eficazes; e os de inoculação de doenças infecciosas cujos resultados são os melhores.

O novo método de Schröder pela «sulfosina», preparado vizinho dos anti-luéticos específicos (Hg. Bi), se bem que pareça dar bons resultados não é de molde a rivalizar com a malarioterapia.

Nos estudos feitos por Wagner sobre a malarioterapia em confronto com a terapêutica pela febre recorrente resulta ser a primeira de maior eficácia. Quando se esteja em regiões abundantes em mosquitos malarigênicos, para evitar o perigo da difusão da febre palustre convém usar a recorrente.

O tratamento profilático da paralisia progressiva (casos de líquido positivo e sem sintomatologia clínica) preconizado na Baviera por Kyrle, é para o A. o melhor meio de combater a P. G.

ALMEIDA LIMA.

**A esclerose em placas e as «spherula insularis».** (*Fineminaded sclerosis and the «spherula insularis»*). *The Lancet*. 17 Jan. 1931. Pág. 139.

Do conjunto deste artigo conclui-se não estar ainda demonstrado serem os corpúsculos descritos por Miss Chevassut os agentes causais da esclerose em placas. Carmichael tentou reproduzir as experiências de Miss Chevassut sob os pontos de vista, da variação do pH nas culturas, do aspecto microscópico, da reacção coloidal de Lange, etc. Em quasi tôdas as conclusões está em desacôrdo com ela.

Miss Chevassut e Purves Stewart afirmam ser a diferença de resultados devida à diferença dos métodos empregados.

Carmichael objecta que tendo sido fornecidos a Miss Chevassut 32 amostras de líquidos céfalo-raquidianos, desconhecidos da experimentadora, entre os quais se encontravam 14 pertencendo a casos de esclerose em placas, não mostrou a presença da «spherula» em nenhum-dêles. Pelo contrário encontrou-a num líquido proveniente dum caso típico de coreia.

Carmichael faz ainda notar não ter nunca conseguido, nas suas experiências, as culturas vivas descritas por alguns autores.

Este artigo resume uma discussão ocorrida na Sociedade Real de Medicina, cujo relato completo é publicado no mesmo número.

ALMEIDA LIMA.

**Prognóstico das intervenções cirúrgicas na região hipofisária e chiasmática por via transfrontal.** (*Du pronostic des interventions chirurgicales pratiquées sur les régions hypophysaire et chiasmatique par vie transfrontal*), por A. VINCENT, P. PUECH e M. DAVID. — *R. Neurologique*. Março, 1931.

Estatística de trinta e dois casos de intervenção cirúrgica por via transfrontal na região hipofisária, com uma mortalidade global de apenas 3 %.

Os casos considerados são porém de gravidade muito diferente.

Os autores extirparam tão completamente quando lhes foi possível: onze adenomas da hipófise; cinco craniofaringiomas; um retinocitoma comprimito o chiasma; dois meningiomas supra-selares.

Desfizeram as aderências que englobavam os nervos óticos e o chiasma em sete doentes que pareciam ser portadores de «aracnoidite opto-chiasmática pura».

Praticaram além disto: uma exploração por adenoma da hipófise num acromégalo sem perturbações visuais (a conformação da sela turca não permitia a curetagem do tumor sem perigo para os nervos óticos, ainda intactos); uma exploração por glioma do chiasma que não foi tirado; quatro explorações por tumores da região do 3.º ventrículo que não foram extirpados.

Os autores insistem no facto da pequena mortalidade numa operação considerada muito grave e praticada regular e correctamente em França apenas há dois anos.

ALMEIDA LIMA.

**Participação dos vasos mesentéricos na doença de Buerger (Trombo-anjeite obliterante).** (*Mesenteric involvement in Buerger's disease*), por NORMAN FAUBE. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 2 de Maio 1931.

A trombo-anjeite obliterante é uma doença com predilecção pelos vasos das extremidades. Porém outros territórios vasculares podem ser atingidos pelo mesmo processo.

Cita, o autor, trinta e seis casos colhidos na literatura de localizações várias da doença. Têm-se constatado lesões dos vasos renais, do cérebro, do coração, esfermáticos, mesentéricos, etc.

Apresenta dois casos pessoais de localização mesentérica. Ambos os doentes tinham sido previamente amputados por anjeite das extremidades. Um dos doentes apresenta o síndrome da claudicação intermitente dos vasos mesentéricos.

ALMEIDA LIMA.

**Tratamento da nevralgia do trigêmeo pela Tricloroetilena.** (*Treatment of trigeminal neuralgia with Trichlorethylene*), por M. GLAIRER. — *Jour. of Am. Med. Ass.* Março 1931. N.º 12.

A tricloroetilena é um líquido de cheiro intenso não desagradável, usado na Alemanha durante a Grande Guerra para limpar das gorduras as peças metálicas das máquinas, entrando também na composição dos vernizes usados para proteger as telas dos aeroplanos.

Em 1915 são apresentados em Berlim os primeiros casos de intoxicação por esta droga. Além dos sintomas gerais, vertigens, náuseas, vômitos, apresentavam os envenenados uma anestesia bilateral dos territórios do domínio do trigêmeo.

Oppenheim lembrou-se então de empregar a droga no tratamento da nevralgia do V par.

O autor modifica um pouco a técnica inicial.

Emprega doses de 20 gotas de tricloroetilena duas ou três vezes ao dia, em inalação.

A estatística apresentada mostra 15 % de curas completas.

As curas relativas são só de 13,3 %, contra 73 % da estatística de Seelert.

A tricloroetilena é ideal no tratamento da nevralgia do trigêmeo, nos casos em que a droga é activa. Nesses doentes a dor desaparece, sem anestesia cutânea e sem perigo de paralisia dos mastigadores.

ALMEIDA LIMA.

**Sobre a etiologia e terapia da trombose.** (*Zur Aetiologie und therapie der Thrombose*), por O. BUTZENGEIGER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 17. 1931.

O A. baseando-se nalgumas investigações de anátomo-patologistas (Lubarsch, Dietrich) que admitem na patogenia da trombose o factor infeccioso, procura esclarecer este problema partindo do mesmo ponto de vista.

Afirmando o facto, já averiguado por muitos autores, dum aumento dos casos de trombose nos últimos 10 anos, procura filiá-lo no agente gripal, que continua a grassar, embora sem carácter epidémico, por quasi toda a parte. ? Que causas se podema pontar que apoiem esta hipótese?

1) A coincidência do aparecimento da gripe com o início provável dum maior número de casos de trombose.

2) A difusão desta doença que ataca operados e não operados e em qualquer idade da vida.

3) O carácter séptico da gripe provocando a introdução do agente ou das suas toxinas na corrente circulatória.

4) A gripe provoca com freqüência alterações graves do sangue e dos vasos, parecendo até lesar particularmente o endotélio.

5) A gripe não confere imunidade, por isso podendo contrair-se várias vezes dando assim lugar a lesões endoteliais altamente favoráveis à formação de trombose.

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

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

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

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphills — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## 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.

## ADRENALINE 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.

## GINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do  
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

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

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta  
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymintico)

Eliminador physiologico do acido urico.  
Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

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

## ISOBROMYL

(Monobromisovaleryturada)

Hypnotico e sedativo

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

## VALIMYL

(Diethylisovalerianide)

Antiespasmódico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

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

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

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

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

# 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, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 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.

# 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<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.

DOSES MÉDIAS: Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniodo.

LABORATORIO GALBRUN, 8 at 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

6) Tem-se averiguado (Quervain) um aumento maior no número das trombozes nos meses em que a gripe mais se intensifica.

7) As estatísticas da epidemia gripal 1889-90 mencionam um aumento de casos de trombose.

No que diz respeito à terapêutica, o A. refere apenas o tratamento pelas sanguessugas, com o qual tem tido muito bons resultados. A sua aplicação deve fazer-se logo que surjam os primeiros sintomas, os quais consistem na dor à pressão na planta do pé (trombose das veias dos membros inferiores), dores no ânus por introdução de cânula (trombose das veias hemorroidárias), retenção de urina alguns dias depois dum acto operatório (trombose das veias da bacia), etc.

Sob o ponto de vista técnico, a colocação das sanguessugas — em geral duas — deve ser feita na região das veias trombosadas, paralelamente ao tracto das mesmas, e deixá-las até caírem por si.

Os primeiros sintomas benéficos caracterizam-se por uma diminuição das dores e do edema. Se todavia a melhoria não é nítida, repete-se a mesma operação no dia seguinte, e em mais dois ou três consecutivos. É bom, apesar dos resultados favoráveis muitas vezes obtidos, a permanência na cama, de pelo menos três semanas.

J. ROCHETA.

**Choque e colapso operatório, sua patogenia e tratamento.** (*Operationschock und — Kollaps, ihr Wesen und ihre Behandlung*), por E. HOLZBACH. — *Fortschritt der Therapie*. Heft 6 1931.

Comumente são empregados na linguagem clínica os termos choque e colapso como sinónimos, e o certo é que ambos são fundamentalmente diferentes: o primeiro é a expressão duma excitação dos vaso-motores, portanto representa uma contracção, o segundo, pelo contrário, é devido a uma dilatação dos vasos periféricos, principalmente dos capilares do território do esplâncnico.

No choque a pressão não diminui, pôde até aumentar: o pulso permanece cheio, por vezes ligeira taquicardia, mantendo-se a consciência, em geral, em bom estado; no colapso originado por paralisia dos vasos, por ataque tóxico das paredes dos capilares, o coração trabalha com deficit sanguíneo, o que provoca secundariamente a perda de excitabilidade dos centros nervosos. Ou resumindo: enquanto o colapso provém duma intoxicação, o choque é a consequência duma excitação.

O diagnóstico, em virtude de alguns sinais comuns a ambos os estados, só pode fazer-se por meio do pulso, da pressão e da temperatura. Em caso de choque a temperatura mantém-se normal, o pulso cheio e a tensão normal ou ligeiramente aumentada; no colapso a temperatura desce abaixo do normal, o pulso torna-se filiforme e a tensão decresce sucessivamente. O primeiro, por ser muito mais raro que o segundo, tem sido até negado por alguns autores, a favor do segundo.

A terapêutica tem de naturalmente ser diferente: no primeiro caso o meio soberano é a morfina, ao qual se pode juntar aplicações quentes ou o

arco de lâmpadas, ou a cãfora, sobretudo sob a forma de cardiazol, que actua principalmente pela sua acção dilatadora dos vasos, sobretudo periféricos.

No colapso, a terapêutica deve utilizar essencialmente os fármacos constrictores dos vasos: adrenalina, efedrina e hipofisina. Como, porém, o coração pode ser demasiado sobrecarregado com a entrada brusca na circulação duma grande quantidade de sangue, é conveniente por vezes administrar a estrofantina.

A combinação destas quatro substâncias encontra-se no comércio com o nome de Reviten, e deve escolher-se a via endovenosa, embora por vezes, em virtude da pouca tensão venosa, seja necessário fazer-se a dissecação. A injeccção deve ser dada o mais lentamente possível, e calculada na dose de 1 empola para 60 quilos de pêso do doente, e além disso dissolvida em 10-20 c. c. dum soluto glucosado fisiológico.

Finalmente o A. aponta ainda a terapêutica a fazer-se em caso de paralisia respiratória e síncope cardíaca na mesa operatória; para a primeira hipótese deve empregar-se a lobelina em injeccção endovenosa, ou ainda a estricnina quando se pretende estimular os centros nervosos da medula; para a síncope cardíaca a injeccção intraventricular direita, de adrenalina, que deve sempre fazer-se diluída em sôro fisiológico ou soluto de Ringer.

J. ROCHETA.

**Tratamento das afecções reumáticas com Rheuma-Sensit.** (*Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit Rheuma-Sensit*), por M. SELIGURAN. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 8 1931.

A firma Sensit, de Berlim, apresentou ultimamente um preparado anti-reumatisural, o Rheuma-Sensit, que contém, além do ácido salicílico, cãfora, mentol, eucaliptol, etc.

O A. tem empregado êste medicamento com bons resultados, principalmente no reumatismo muscular, mas aconselha-o também nas nevrites e artrites (sciática, nevralgias intercostais, etc.). Utiliza-se a via cutânea por fricções, e nenhum dos casos tratados apresentou alterações da pele que contra-indicassem ou fizessem suspender o seu emprêgo. A reabsorpção é rápida e passado pouco tempo é notada a sua acção analgésica. Tem cheiro agradável e não mancha a roupa.

J. ROCHETA.

**O tratamento da septicémia puerperal.** (*Zur Behandlung der Puerperal-sépsis*), por H. ZIEGLER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 17. 1931.

O A. refere os resultados obtidos com o novo preparado Enuthagen em 47 casos de febre puerperal.

Abstraindo de 7 casos fatais nos primeiros cinco dias da entrada e onze com endocardite e peritonite generalizada, e entrando em linha de conta só



com os restantes, verifica nestes 10 mortes e 18 curas, resultados que justificam o uso dêste agente medicamentoso. Possivelmente é de esperar que, quando usado precocemente, possa impedir o aparecimento da septicémia. Como dose, recomenda a injeccção endovenosa de 5 c. c. (soluto a 5%) de dois em dois dias, ou todos os dias. Nalguns dos casos curados as injeccções atingiram o número de 20; a maioria, porém, não excedeu 8-10, sem que em nenhum dêles se verificassem fenómenos secundários nocivos. As injeccções não são dolorosas nem provocaram trombozes nas veias.

J. ROCHETA.

¿Deve tratar-se a criptorquidia cirurgicamente ou por meio de hormonas? (*Ist der Kryptorchismus chirurgisch oder hormonal zu behandeln?*) por B. SCHAPIRO. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 17. 1931.

O tratamento da criptorquidia tem sido, até hoje, quasi unicamente cirurgico, mas ultimamente tem-se discutido e olhado mais de perto êste problema e as relações que êle apresenta com o desenvolvimento sexual. O A., passando em revista os 44 casos da sua estatística, verifica que sô em 5 a criptorquidia se não acompanhava dum desenvolvimento insufficiente genital; nos restantes 39 casos ela representava um sintoma parcial dum deficit geral do aparelho genital: hipogenitalismo, eunucoidismo, infantilismo, destrofia diposo-genital. Isto significa portanto que o atraso na descida dos testículos não pode ser tratado pela fixação dêstes às bolsas, mas sim tratar-se da perturbação geral do desenvolvimento.

Por isso o A. resolveu empregar em injeccção preparados do lobo anterior do hipófise — Práhormon — tendo obtido bons resultados. Em geral os bons efeitos são tanto mais nítidos quanto mais próximo o paciente está da puberdade, verificando-se também paralelamente com a descida dos testículos um aumento dos órgãos genitais e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

J. ROCHETA.

Estudo geral da uretero-pielografia e dos seus resultados em 575 casos. (*Étude générale de l'urétéro-pyelographie et de ses résultats d'après 575 cas*), por A. BOECKEL e A. FRANCK. — *Lyon chirurgical*. TÔMO XXVIII. N.º 1. 1931.

Os AA. ao apresentar os 575 exames pielográficos, englobando as afecções mais diversas dos rins, chegam à conclusão de que a uretero-pielografia é um processo de grande valor para o diagnóstico das afecções cirurgicas dos rins e dos ureteres. Método de exame muito útil na hidronefroze, pose renal, neoplasias do rim, rim poliquístico, e absolutamente indispensável nalgumas circunstâncias para assegurar a natureza da afecção, como por exemplo nas hidronefroses médias e sobretudo pequenas na litíase reno-ureteral, nas diversas afecções dos ureteres e sobretudo na maior parte das malformações ureterais e renais. Os processos de que se serviram são:

1.º — A uretero-pielografia com sondas e líquidos opacos.

2.º — A uretero-pielografia retrógrada.

3.º — A pneumopielografia.

4.º — A uretero-pielografia após injeção intravenosa da uroselectan.

O primeiro destes processos é o que deverá utilizar-se na maioria dos casos. A uretero-pielografia retrógrada será preferida na ptose renal e em certas afecções do uretero, principalmente no uretero bífido. A pneumopielografia está sobretudo indicada na litíase renal e é recomendável nas grandes hidronefroses e nos tumores do rim. Quanto à uretero-pielografia intravenosa, a única praticável em certas circunstâncias, é o método de escolha nas afecções do uretero, em particular nas anomalias uretero-piélicas. A pielografia com o uroselectan tem além disso a vantagem de esclarecer, numa certa medida, o valor funcional dos rins (tuberculose renal). Além do seu valor diagnóstico, a pielografia constitui para o cirurgião um precioso recurso, visto que muitas vezes dirige útilmente a terapêutica.

J. ROCHETA.

**Alterações post-operatórias do trajecto gastro-duodenal nos gastro-enterostomizados.** (*Sulle alterazioni postoperatorie del circolo gastro-duodenale nei gastroenterostomizzati*), por P. VALDONI. — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. x. Fasc. 3. 1931.

Entre o grupo de complicações que surgem após a gastro-enterostomia, uma das mais importantes é a conhecida pelo têrmo de círculo vicioso, quer pela sua frequência, quer pelas conseqüências por vezes mortais que provoca, e que é essencialmente motivada pelo insuficiente esvaziamento do conteúdo gástrico pela ansa eferente. As causas podem dividir-se em mecânicas, algumas delas por defeito de técnica e que tendem a desaparecer com os progressos cirúrgicos e funcionais. Alguns autores só admitem estas últimas enquanto outros defendem apenas os primeiros.

Com a intenção de estudar o mecanismo do círculo vicioso, os AA. juntaram o material clínico dum decénio (1920-1930) no qual depois da gastro-enterostomia se verificaram perturbações no mecanismo normal gastro-intestinal. A técnica adoptada foi a do G. E. posterior transmesocólica com anastomose horizontal. O número de casos foi de 46. Sob o ponto de vista do aparecimento do vômito êste número divide-se em dois grupos: o primeiro constituído por 26, caracterizado pelo vômito precoce, 1.º e 2.º dia, e 4 no 2.º e 5.º dia; na maioria dos casos o vômito era nitidamente biliar e cessou espontâneamente ou depois duma lavagem gástrica.

Do 2.º grupo podem ainda distinguir-se um primeiro tipo no qual o vômito tardio foi precedido pelo mesmo fenómeno nos dois primeiros dias, seguido depois dum intervalo livre; o segundo tipo com aparecimento tardio do vômito por uma ou duas vezes e desaparecimento completo do mesmo; um terceiro tipo no qual o vômito se manifestou pela 1.ª vez depois do 7.º ou 8.º dia e se manteve constante por um determinado período. Passando em seguida às presumíveis causas do vômito, os AA. concluem que no 1.º grupo, aqueles deviam residir na atonia gástrica post-operatória, que, criando uma pressão negativa, aspira a bile, saindo esta pelo esófago e não pela stomia

por hipo-tonicidade das paredes gástricas. Os casos de vômito tardio na 2.<sup>a</sup> semana, em geral único, podem admitir a mesma causa, isto é, devidos a uma insuficiência motora seguida duma contracção vomitiva, em geral por uma ingestão muito abundante de alimentos ou líquidos.

O último tipo, composto de 5 casos, é interessante por que em todos êles se verificou, quer por reoperação quer por autópsia, que a causa do círculo vicioso não era funcional, mas residia num obstáculo mecânico da *stomia* que impedia o esvaziamento gástrico na ansa eferente, essencialmente constituído por um processo flagístico provocador de edema e aderências.

J. ROCHETA.

Sobre a terapêutica das nevralgias. (*Ueber die therapie der neuralgie*), por C. F. LIST.—*Klinische Wochenschrift*. N.º 16. 1931.

As nevralgias podem dividir-se em sintomáticas, idiopáticas e pseudo-nevralgias psíquicas, as últimas próprias de individuos constitucionalmente neuropáticos.

Terapêutica das nevralgias em geral. Quando sintomática (diabetes, má-laria, coqueluche, anemia, afecções do sistema nervoso central: radiculite lúética, tumores da medula,) etc., deve naturalmente tratar-se a causa. Quando não é fácil ou impossível descobrir-lhe a etiologia, deve recomendar-se em nevralgias recentes o emprêgo de sudoríficos: salicilato, atophan, aspirina, etc., combinados com o uso do calor, (lâmpada Sallux, caixa de lâmpadas, etc). Nas nevralgias crônicas êstes procedimentos são quasi sempre inefficazes e então é de aconselhar a proteinoterapia: leite yatren-carein, vaccineurin, olobinthin, além do emprêgo racional dos agentes físicos: massagens, irradiações térmicas, diatermia. Não se conseguindo o desaparecimento com a terapêutica medicamentosa mencionada, tentar-se as injeções intravenosas ou paravertebraes de novocaína ou cloreto de sódio ou ainda de alcool (só nos nervos sensitivos), e só quando falham todos êstes processos se deve recorrer à ganglionectomia ou radicotomia.

*Nevralgia do trigêmeo.*— Para o seu diagnóstico é necessário um exame cuidadoso, em parte a cargo do oto-rino-laringologista, assim como radiografias de todo o trajecto dêste nervo: dentes, esqueleto da face, base do crânio. Na nevralgia idiopática é de aconselhar a atropina ou a aconitina; e quando êstes fármacos são insufficientes ou falham, deve lançar-se mão de injeção de alcool. A sua acção anestésica mantém-se por vezes e pode repetir-se a injeção a quando das recidivas.

A mais freqüente de tôdas as nevralgias é a sciática, nevralgia do plexo lombo sagrado.

Nesta afecção não esquecer o toque rectal e vaginal, radiografia e ainda a punção lombar (tabes, radiculite especifica, tumor da cauda equina). Tratando-se duma nevralgia idiopática e nos casos recentes, deve empregar-se: repouso no leito, pondo o membro inferior correspondente em completo relaxamento, terapêutica medicamentosa sudorípara, e applicações locais de calor, luz, diatermia, etc,

Depois de 3 semanas começar com a galvanização cuidadosa. Nos casos crónicos, diatermia, banhos termais ou envolvimentos de lamas radioactivas. Deve evitar-se atrofia muscular com massagens e uma ginástica judiciosa.

Em última instância resta-nos a injeção epidural, 30-80 c. c. dum soluto fisiológico de cloreto de sódio ou a  $1/2$  % de novocaína, que muitas vezes é necessário repetir. Evauz aponta 25 % de insucessos.

J. ROCHETA.

## Bibliografia

**Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung**, publicados por H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRAEUNING e ST. ENGEL. — Edição de G. Thiene. Leipzig.

1.º volume, 573 páginas, 1930.

2.º volume, 490 páginas, 1931.

3.º volume, 695 páginas, 1931.

A bibliografia médica sofre de uma crise tremenda — a publicação excessiva. Não nos referimos às memórias clínicas originais que carregam material para a construção da patologia, àquelas que trazem factos novos aproveitáveis. Essas asseguram a estabilidade do terreno tão movediço das sciências médicas. E a todos os países se impõe a obrigação dêsse concurso; o nosso é bem precário. Referimo-nos a tantas publicações que enchem o mercado do livro médico, compilações e repetições abusivas que inundam as casas editoriais de todos os países, aumentando assim a crise da superabundância da bibliografia médica. Um acréscimo de inutilidade. Em matéria de tuberculose, então, êste mal epidémico é assustador. É sempre a mêdo que abrimos uma monografia de tisiologia. São aleijões de toda a sorte que morrem ao nascer.

De entre as publicações que apareceram nestes últimos tempos distingue-se um tratado de tuberculologia da maior importância — *Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung* — do qual estão já publicados 3 volumes, e que constituirá o melhor tratado de tuberculose até hoje publicado. Não há comarca de tuberculologia que aí não esteja magistralmente tratada: *clínica, anatomia patológica, bacteriologia, radiologia, serologia, imunologia, higiene e terapêutica*.

É um tratado constituído de trabalho honesto e sério que trará bons ensinamentos ao clínico. Abundam os achados pessoais retinidos sob uma orientação clínica da qual são mestres os povos do norte. É um livro que fica. Apontando-o e acouselhando-o ao leitor temos a certeza de lhe prestar um bom serviço.

F. GOELHO.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Lisboa

Hospital Escolar

Estatística do segundo ano da Clínica de Garganta-Nariz-Ouvidos  
Novembro de 1929 a Novembro de 1930

POR

J. CORDEIRO LOBATO  
Assistente voluntário

Fiéis aos nossos princípios e métodos de trabalho, apresentamos mais um relato do que foi o segundo ano de existência do Serviço de Oto-rino-laringologia do Hospital Escolar.

Lutando com dificuldades materiais que logo no início se fizeram sentir,

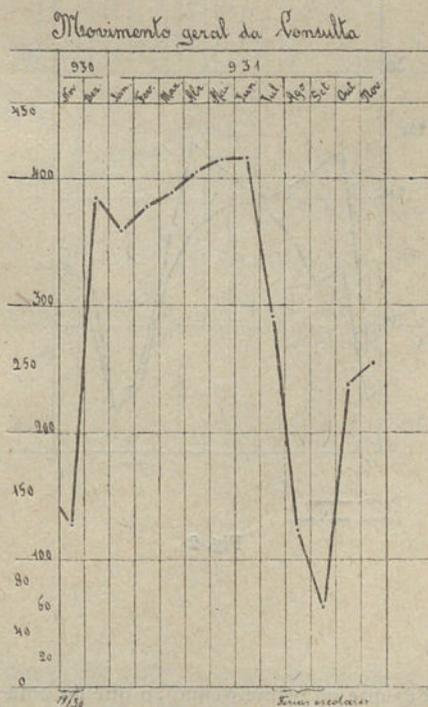


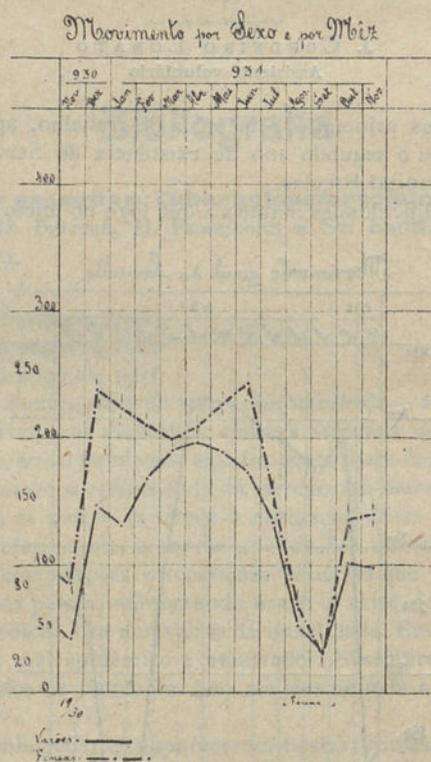
Fig. 1

acentuadas presentemente pela maior afluência de doentes, não obstante as restrições à sua admissão, tivemos ocasião de observar 1.483 doentes em 99



dias de consulta, que tantos foram os que couberam no período acima indicado. Mais 301 doentes foram observados fora destes dias, o que dá um total de 1.784 (mais 664 que em igual período do primeiro ano).

O número global de observações e tratamentos executados nestes 96 dias



foi de 3.845 (mais 817 que no primeiro ano), o que dá uma média de 40 doentes por dia de consulta (31,5 no primeiro ano).

O número de intervenções cirúrgicas efectuadas foi de 213.

Como no primeiro ano, e pelas mesmas razões, foi limitado o número de doentes de primeira consulta a admitir em cada dia, o que não obsteu a que aumentasse o número dêles. O elemento feminino continuou a predominar.



## MOVIMENTO GERAL

1929 — XI — 1930

Nomenclatura	N.º de dias de consulta	Doentes à 1.ª consulta		Doentes em tratamento		Total	
		V	F	V	F		
1929 — Novembro (19 a 30) .....	3	20	40	22	46	128	
Dezembro ...	9	61	92	86	146	385	
1930 — Janeiro .....	8	60	95	71	133	359	
Fevereiro ...	8	67	82	101	128	378	
Março .....	8	81	82	109	117	389	
Abril .....	9	84	77	112	132	405	
Maió .....	7	79	90	110	136	415	
Junho .....	7	68	105	105	138	416	
Julho .....	9	27	33	107	124	291	
Agosto .....	9	5	10	48	60	123	Férias (Consulta fechada para doentes de 1.ª vez).
Setembro ....	7	2	3	30	28	63	
Outubro ....	7	44	71	58	65	238	
Novembro (1 a 19) .....	5	44	61	54	96	255	
Total....	96	642	841	1013	1349	3845	Foram obs. mais 301 d. fora destes dias.

QUADRO DAS MÉDIAS  
da frequência de doentes

	Por dia de consulta	Por 1.ª consulta	Por tratamentos
Média geral .....	40	15,46	24,6
» de varões .....	17,23	6,68	10,55
» » fêmeas .....	22,7	8,76	14,05

## LARINGE

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Idade
			S'alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	
Cordite nodosa .....	10	1		1			10	9/38	
Laringite aguda .....	7	1			1		4	3	23/41
» subaguda .....	16	2			2		11	5	10/53

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Idade	
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F		
Laringite crônica....	19					8	11	7/54		
» sêca .....	7	1		1		4	3	9/44		
Paralisia histérica da laringe .....	2						2	18/21		
Paralisia recorrential direita.....	1					1		52		
Paralisia recorrential esquerda .....	2					1	1	36/53		
Pólipo do lábio vocal	11	7			7	7	4	20/62		
Sífilis laringea .....	6					5	1	19/42	Enviados à consulta de sífilis.	
Tuberculose laringea	40	3	2	1		27	13	20/59	Enviados à consulta de medic.	
Tumor maligno laríngeo (extrínseco)...	2					2		67	Enviados ao Inst. nº do Cancero.	
Tumor maligno laríngeo (intrínseco)...	3	3			3	3		56/67	Clinicamente curados (1).	

(1) O operado do ano anterior continua clinicamente curado.

## AMÍGDALAS — NASO-FARINGE — FARINGE

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Lado		Idade
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	D	E	
Abcesso látero-faríngeo .....	1	1			1				1	56	
Abcesso peri-amigdaliano ..	34	17			17	13	21	10	13	4/64	
Aderência cicatricial do paladar à parede posterior da faringe .....	1	1	1				1			45	
Amigdalite agud.	42	17			17	16	26			4/50	
» sub-aguda .....	9	1			1	4	5			6/52	
Amigdalite crônica .....	29	3			3	12	17			4/60	

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Lado		Idade
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	D	E	
Amigdalite úlce-ro-membranosa	5	5			5		3	2			2 1/2/68
Angina de Plaut-Vincent.....	3	3			3		3				19/22
Corpo estranho da amígdala..	6	6			6		3	3	1	3	2/66
Faringite lateral	3	1	1				1	2			16/34
Hipertrofia simples das amígdalas.....	107	10			10		50	57			3/17
Hipertrofia das amígdalas palatinas.....	26	3			3		5	21			3/35
Hipertrofia da amígdala faríngea.....	69	14			14		32	37			2/16
Micose amigdaliana.....	1	1			1			1			6
Peritonsilite subaguda.....	13	3			3		7	6			14/53
Quisto da amígdala palatina..	3	3			3		3	2	1		12/31
Sífilis amigdaliana.....	2						2		2		39/56
Sífilis faríngea ..	1	1			1		1				51

(Env. à cons. de sífilis.)

NARIZ — FOSSAS NASAIS — SEIOS PARANASAIS — VIAS LAGRIMAIS

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Lado		Idade
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	D	E	
Atresia membranosa dos cóan-es.....	3	3			3		1	2			19/42
Cancróide do nariz.....	1						1				64
Celulite etmoidal	1	1			1		1		1		7
«Concha bullosa»	3						3				24/37

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Lado		Idade	
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	D	E		
Corpo estranho da fossa nasal	6	6			6	3	3	4	2	3/36		
Dacriocistite crônica.....	8	1			1	1	7			5/57	A curada foi depois de reoper. e a 1. <sup>a</sup> operada pertence ao ano ant.	
Deformidades nasais e da face	10	9	2(*)		7	6	4			18/36	(*) Ajuda em tratamento.	
Desvio do septo nasal.....	57	8			8	39	18			10/50		
Desvio do septo nasal com hipertrof. da mucosa dos cornetos inferiores..	108	31			31	64	44			10/60		
Eczema dos vestibulos nasais..	47	9	1		8	19	28			7/63		
Epistaxis.....	51	51			51	25	26	20	28	7/64	3 bilaterais.	
Fibroma da narina.....	1	1			1	1	1			12		
Furunculose do vestibulo nasal.....	2	1			1		1			33/ 3		
Hipertrof. da mucosa dos cornetos inferiores..	57	19			19	22	35			8/45		
Lúpus nasal....	2	2	2			1	1			13/14		
Luxação e subluxação do septo nasal.....	20	8			8	12	4			7/47		
Nevo pigmentado do ápice nasal	1					1				19		
Ozena secundária (artificial)..	4					2	2			19/30		
Ozena vera.....	68					17	51			9/63		
» para-sifilítica.....	1						1			27		
Perfuração sifilítica do septo	1	1	1			1				23		
Quist. naso-farín	1	1			1	1				37		

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Lado		Sexo		Idade	
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	D	E		
Rinite aguda....	4						2	2			6/28	
» atrófica simples.....	44						7	37			10/68	
Rinite crónica..	6						1	5			18/67	
Sifilis nasal.....	10						6	4			23/52	Enviados para consulta de sífilis.
Sinequia média (nasal).....	2	1		1			1	1			17/46	
Sinusite frontal..	4	2			2		1	2	3	1	17/54	1 bilat. (sexo feminino).
» fronto- -etmóide-maxi- lar.....	1	1			1			1			57	
Sinusite maxilar aguda.....	2	2			2		2				24/36	
Sinusite maxilar crónica supu- rada.....	18	12			12		6	12	9	9	17/62	
Sinusite maxilar crónica latente	23	10			10		10	13	7	4	16/61	6 bilaterais.
Tuberculoma da fossa nasal....	1	1			1		1		1		15	
Tumor maligno do dorso do nariz.....	1	1		1			1				63	
Tumor maligno da fossa nasal	1							1			70	Enviados ao Instil.º do Cáncer.
Tumor maligno da naso-faringe	2							2			35/43	
Ulceração trau- mática do na- riz.....	2							2			15/29	
Ulceração trau- mática do se- pto nasal.....	3	1			1			3			21/64	

## OUVIDOS

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Lado		Idade	
			S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F	D	E		
Abcesso cerebeloso, mastoidite.....	1	1			1		1		1		30	
Abcesso cerebral extra-dural (otítico).....	1	1			1		1		1		32	
Abcesso cerebral, trombo-flebite do seio lateral e colesteatoma.....	1	1			1		1		1		14	
Antrite aguda supurada.....	4	3	1		1	2	2				3 <sup>m</sup> /16 <sup>m</sup>	1 abandonou a clinica; 1 faleceu de meningite.
Catarrho tubário..	10	4		3	1	2	8				20/51	
Cerúmen obturante.....	85	85			85	45	40	12	19		14 <sup>m</sup> /71 <sup>a</sup>	54 bilaterais.
Corpo estranho do conduto auditivo.....	3	3			3	1	2	3			7/38	
Eczema do conduto auditivo..	10	4			2	4	6				3/63	2 abandonam a clinica.
Eczema da orelha.....	15					3	12				1/54	Enviados à consulta de pele.
Hematoma da orelha.....	1	1			1	1		1			21	
Fístula retro-auricular post-operatória...	1							1			63	
Furunculose do conduto auditivo.....	15	4			4	4	11	7	5		8/61	3 bilaterais.
Labirintite agud.	1	1	1			1		1			31	
Mastoidite aguda	13	10			10	8	5	6	7		5/58	
» crônica latente....	2	2			2	1	1		2		42/45	
Mastoidite crônica fistulizada..	2	2			2		2	1	1		5/38	
Nevrite acústica	18					3	15	1	1		21/60	Os restantes bilaterais.

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Lado		Idade	
			S/alter.	Melhor.	Carad.	Falec.	V	F	D	E		
Otite adesiva ..	8						2	6	2	2	16/55	4 bilaterais.
» externa ...	12	5		3	2		3	9	5	4	5/65	3 bilaterais.
» média aguda .....	28	10			7		11	17	10	14	2/65	2 bilaterais e 2 entraram em supuração.
Otite média aguda supurada ..	52	21	1	3	17		24	28	16	23	5 <sup>m</sup> /46 <sup>a</sup>	13 bilaterais.
Otite média supurada crónica simples .....	131	50	5	16	29		76	55	58	41	10 <sup>m</sup> /65 <sup>a</sup>	32 bilaterais.
Otite média supurada crónica com colesteatoma .....	4	3			3		1	3	2	2	17/23	
Otosclerose .....	17						10	7			24/67	
Pericondrite da orelha .....	1						1			1	55	
Polipose do conduto auditivo	2	2			2		1	1	1	1	20/31	
Polipose da caixa do tímpano ...	7	7			7		4	3	3	4	7/30	
Quisto da orelha	1	1			1		1		1		52	
Simulação de otorragia com otalgia .....	1							1		1	20	
Surdez mixta ...	11						3	8			22/75	
Surdi-mudez ...	5						5				1/35	
Surdez por perfuração timpânica (sêca) .....	10						4	6	3	2	12/42	5 bilaterais.

## CAVIDADE BUCAL

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Idade	
			Salter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F		
Abcesso do pavimento da bôca.....	1	1			1		1	32		
Angina de Ludwig..	1						1	30		Enviado à consulta de cirurgia.
Angioma da bochecha	1						1	14		
Cárie dentária .....	21					12	9	17/53		Enviados à consulta de estomatologia.
» do mandibular	1	1		1			1	30		
Corpo estranho da amígdala lingual .	2	2			2		1	1	24/32	
Estomatite aguda...	6						2	4	21/43	
Gengivite subaguda	3							3	30/38	
Glossite aguda... ..	1							1	40	
Hemiparesia do paladar.....	2							2	20/44	
Paralisia do paladar mole .....	7						3	4	3/60	
Perfuração congénita do paladar.....	3	1	1				2	1	4/10	
Piorreia alveolar ....	7						2	5	29/58	
Quisto paradentário	2	1			1			2	14/27	
Sífilis bucal e buco-faríngea .....	6						2	4	17/36	
Tumor maligno da base da língua...	1							1	57	Enviado ao Instituto do Cancro.
Ulceração da base da língua .....	1							1	45	

## DIVERSOS

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Idade		
			Salter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F			
Abcesso cervical... ..	1							1	27		
» da face.....	2							1	1	25/27	Enviados ao serviço de cirurgia.
» lateral do pescoço .....	1							1	7		

Nomenclatura	Observados	Tratados	Resultados				Sexo		Idade	
			S. alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F		
Adenite cervical ....	2						2	3/12		
» retro-auricular supurada.....	1	1			1			30		
Anemia .....	4					1	3	19/42		
Asma essencial.....	1						1	27		
Bócio.....	9						9	10/56		
Corêa .....	1						1	8		
Corpo estranho do esôfago.....	2	2			2	1	1	20/22		
Corpo estranho do tubo digestivo....	2	1			1		2	18/21		
Eczema generalizado	1						1	57		
» do lábio superior.....	1						1	73		
Erisipela da face....	1	1			1		1	15		
Estenose cicatricial esofágica.....	1	1	1				1	18	Enviada ao serviço de cirurgia.	
Exostose da escama do temporal.....	1						1	42		
Faringite lateral....	1						1	57		
Histeria .....	8					2	6	14/50		
Linfatismo.....	17					3	14	3/28		
Osteoma do frontal..	1					1		27		
Papiloma da face....	1						1	45		
Paralisia do facial... 2						1	1	2/6		
Raquitismo .....	1						1	8		
Sífilis .....	17					12	5	8/60		
Trasorelho.....	2						2	25/36		
Trauma da face.....	1	1			1			14		
Tuberculose pulmonar.....	7					4	3	19/42	Sem lesões da especialidade.	
Tumor maligno do frontal.....	1						1	70		
Tumor maligno do pescoço.....	1						1	43	Enviados ao Instituto do Cancro.	
Tumor maligno do esôfago.....	1						1	51		
Ulceração do pescoço	1						1	36		
» traumática do lábio superior..	1						1	65		

## ESTATÍSTICA OPERATÓRIA

Nomenclatura	N.º de operações efectuadas	Resultados				Sexo		Idade	
		S. alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F		
Abcesso cerebeloso, mastoidite.....	1				1	1	30		
Abcesso cerebral extra-dural, otítico .	1			1		1	32		
Abcesso cereb., trombo-flebite do seio lateral e colesteatomia.....	1			1		1	14		
Abcesso lateral da faringe.....	1			1			56		
Abcesso peri-amigdaliano.....	9			9		5	4	18/56	
Aderência cicatricial congénita do paladar mole à parede posterior da faringe	1	1				1		45	
Amigdalite crónica .	1			1		1		29	
Antrite aguda supur..	3	1			1	2	1	5 <sup>m</sup> /16 <sup>m</sup>	
Atresia membranosa dos côanes.....	3			3		1	2	19/42	
Caldwell-Luc para exploração do seio maxilar.....	1			1		1		29	
Cárie do mandibular	1			1		1		30	
Celulite etmoidal aguda supurada.....	1			1		1		7	
Desvio do septo nasal	8			8		5	3	15/37	
Desvio do septo nasal com hipertrofia da mucosa dos cornetos inferiores.....	26			26		16	10	16/46	
Hematoma da orelha	1			1		1		21	
Hipertrofia das amígdalas palatinas....	3			3			3	19/28	
Hipertrofia da amígdala faríngea.....	14			14		6	8	2/16	
Hipertrofia das amígdalas (palatina e faríngea).....	10			10		6	4	4/15	

1 abandonou a clínica,  
1 falec. de meningite.

Nomenclatura	N.º de operações efectuadas	Resultados				Sexo		Idade	
		Salter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F		
Hipertrofia da mucosa dos cornetos inferiores.....	22			22		9	13	11/42	
Laqueação da carótida externa.....	1			1		1		15	
Mastoidite aguda....	12			12		7	5	5/49	
» latente...	1			1		1		42	
» crónica fistulizada.....	3			3			3	5/38	
Otite média aguda supurada.....	5			4		1	4	5/45	1 evoluciohou para mastoidite aguda.
Otite média crónica supurada.....	2			2		2		7/20	
Otite média crónica supurada com colesteatoma.....	3			3		1	2	17/23	
Perfuração congénita do paladar.....	1		1				1	10	
Plástica da face por cicatriz aderente..	1			1			1	33	
Plástica nasal por deformação.....	14			14		6	8	18/35	
Plástica nasal por perfuração do septo	1		1			1		.23	
Pólipos da caixa do tímpano.....	6			6		4	2	7/30	
Pólipos do conduto auditivo.....	2			2		1	1	20/31	
Pólipos dos lábios vocais.....	7			7		4	3	20/39	
Quist. da naso-faringe	1			1		1		37	
Quisto da orelha....	1			1		1		52	
» parodontário..	1			1		1		14	
Sinequia nasal média	1			1		1		17	
Sinusite frontal....	3			3		3		17/49	
» fronto-etmoido-maxilar.....	2		1	1		1	1	57/63	
Sinusite maxilar crónica latente.....	10			10		6	4	22/52	
Sinusite maxilar crónica supurada....	12			12		4	8	24/60	

Nomenclatura	N.º de operações efectuadas	Resultados				Sexo		Idade	
		S/alter.	Melhor.	Curad.	Falec.	V	F		
Subluxação e luxação do septo nasal	10			10		6	4	14/36	
Transplantação de cartilagem costal (para plástica)....	1			1		1		25	
Tumor maligno da laringe .....	3			3		3		56/67	Clinicamente curados. Contin. clinicamente curado o doente operado há 1 ano.
Tumor maligno da raiz do nariz ....	1		1			1		63	Fez tratamento, em seguida no Instituto do Cancro, não voltando mais à clinica.

\*

\*

\*

## Faculdades de Medicina

### Do Porto

Estão sendo prestadas provas de concurso para os lugares de professor auxiliar dos grupos de Anatomia e de Fisiologia da Faculdade.

### De Coimbra

A Associação Académica, A Tuna Académica e o Fado Académico resolveram prestar uma homenagem solene ao Prof. Bissaia Barreto, sendo-lhe imposta uma condecoração por um dos membros do Governo.

\*

\*

\*

## Hospitais

### Civis de Lisboa

No dia 21 de Maio tomaram posse do cargo de directores de enfermaria os Drs. Prof. Adélino Padesca, José Antunes dos Santos e Arruda Furtado, de Medicina; e Tôrres Pereira, Pinto Coelho, Azevedo Gomes, Balbino Rêgo, Artur Ricardo Jorge e Alberto Mac-Bride, de cirurgia.

— Num prédio da rua da Senhora do Monte começou a funcionar provisoriamente o Auxílio Maternal, que se destina a recolher os filhos dos funcionários dos estabelecimentos hospitalares.

\*

\*

\*

## Sociedade das Ciências Médicas

Presidiu à sessão de 15 de Maio da Sociedade das Ciências Médicas o Prof. Reinaldo dos Santos.

O Prof. Silva Carvalho apresentou alguns documentos para a história da Sociedade das Ciências Médicas.

O Prof. Reinaldo dos Santos falou sobre a importância dos trabalhos portugueses, acerca da aortografia, no recente Congresso de Baden-Baden.

O Dr. Machado Macedo apontou um caso clínico de fractura da bacia com rotura da uretra.

O Dr. Soeiro de Almeida apresentou uma comunicação sobre «As águas do Gerez no tratamento das ictericias e cirroses do fígado».

O Dr. Fortunato Levi relatou um caso de epispádia total operado pela técnica de Beck.

— Na sessão do dia 29, foram apresentados os seguintes trabalhos: algumas radiografias de divertículos do duodeno e lobo da veia azigos, pelo Dr. José Caldas; um caso de electrocoagulação da uretra posterior num retencionista, pelo Dr. João Manuel Bastos, e um estudo sobre arritmias completas, pelo Dr. Aníbal de Castro.

O Prof. Reinaldo dos Santos, em seguida, apresentou um trabalho sobre «A arteriografia nos tumores dos membros». Indicou a substância que usou nas injecções — o Abrodil —, o aparelho de que se serviu e a técnica.

\*

\*

\*

## Viagem de estudo para médicos

Com o fim de divulgar entre a classe médica o conhecimento das principais estações italianas de cura, o *Ente Nazionale Italiano de Turismo* (E. N. I. T.) organiza todos os anos, desde 1924, um viagem de estudo *Norte-Sul*.

A 8.ª viagem *Norte-Sul* terá lugar de 18 de Setembro a 2 de Outubro de 1931, com o itinerário seguinte: Roma, Acque, Albule, Fiuggi, Agnano, Nápoles, Casamicciola, Ischia, Capri, Sorrento, Amalfi, Ravello, Taormina, Acireale, Palermo e Mondello.

A viagem, organizada exclusivamente com fim propagandista, realizar-

-se-á com magnificência através de zonas e localidades entre as mais belas sob o ponto de vista turístico e entre as mais interessantes para a classe médica.

Somente os médicos são admitidos a tomar parte na viagem *Norte-Sul* e poderão fazer-se acompanhar de uma pessoa de família, não podendo o número de pessoas que os acompanham ir além dum tço dos inscritos. O número de lugares é limitado a 150.

Os participantes da viagem serão acompanhados por médicos intérpretes, e terão os seus lugares reservados num comboio especial de primeira classe. Além disso, os excursionistas são fornecidos de três bilhetes ferroviários especiais, que dão direito a uma redução de 50%, e que permitem dar a volta a toda a Itália, com paragem onde eles preferam.

Para qualquer informação ou esclarecimento, dirigir-se à Delegação Oficial da «ENIT» em Lisboa, Largo do Carmo, 18, 2.º

### Congresso Espano-Português de Urologia

Realiza-se em Coimbra, de 30 de Junho a 4 de Julho, o Congresso Espano-Português de Urologia, sob a presidência do Dr. Pedro Cifuentes, de Madrid, e Prof. Angelo da Fonseca, de Coimbra.

O programa do Congresso é o que segue:

No dia 30 de Junho, sessão inaugural na sala dos capêlos da Universidade, seguida de sessão científica, na qual será apresentado e discutido o 1.º relatório, *Refluxo urinário*, do Prof. de la Peña e do Dr. de la Peña, de Madrid.

À noite, recepção no Paço das Escolas, pelo reitor da Universidade.

Em 1 de Julho, sessão científica para apresentação e discussão do 2.º relatório, *Patologia do calo vesical*, do Prof. Angelo da Fonseca, seguida de festival no parque da cidade, oferecido pela Comissão de Turismo e Iniciativa de Coimbra.

No dia 3, sessão clínica nos Hospitais da Universidade (aortografia e urografia); sessão científica para apresentação e discussão de comunicações; recepção nos Paços do Concelho, pela Câmara Municipal, e chá nos claustros do Mosteiro de Santa Cruz; partida para o Buçaco em auto-carros e banquete no Palace Hotel, oferecido pelos congressistas portugueses em honra dos estrangeiros.

No dia 4, assemblea geral e sessão de encerramento do Congresso; partida em auto-carros para a Figueira da Foz, onde se almoça, seguindo-se um passeio à serra da Boa Viagem; jantar na Curia e regresso a Coimbra.

No dia 5, passeio ao Vale do Vouga, Vizeu, Lamego, Vidago, Pedras Salgadas, Vila Real, Marão, Amarante, Penafiel e Pôrto.

Toda a correspondência relativa ao Congresso deverá ser dirigida ao Dr. Henrique Bastos, Praça do Rio de Janeiro, 34, Lisboa.

\*  
\* \* \*

### Jornadas Médicas Galegas

A 2.<sup>a</sup> Jornada Médica Galega realizar-se há em Vigo na última década do mês de Agosto.

Tomarão parte nela, por convite, as Faculdades de Santiago de Compostela, de Lisboa, Pôrto e Coimbra e os Colégios Médicos de Havana, México, Buenos Aires e Montevideu.

Será presidente o Dr. Goyanes, vice-presidente o Dr. Gomez Ulla e secretário o Dr. Rodriguez Lopez.

\*  
\* \* \*

### Semana de Higiene

Por iniciativa do Dr. Carlos Santos (Filho), realizou-se, de 18 a 25 do mês de Maio findo, a Semana de Higiene.

A sessão inaugural teve lugar no dia 16, na Sociedade de Geografia, presidindo o Conde de Penha Garcia. Falaram os Drs. Carlos Santos (Filho) e José Alberto de Faria, e foi feita uma demonstração teórica e prática de gymnástica científica.

As conferências e visitas realizadas durante a Semana de Higiene foram as seguintes:

Dia 17. — Às 14 horas: Visita ao Asilo José Estêvão de Magalhães, com conferência pelo professor de educação física Ribeiro de Almeida, lição de gymnástica pedagógica e jogos e festa com canto coral.

Às 15: Inauguração do Serviço de Estomatologia Infantil na Cantina Escolar de S. Mamede, com uma palestra pelo Dr. António Pedro Martins.

Às 15: Visita ao Instituto Feminino de Educação e Trabalho, com demonstrações de gymnástica e conferência pelo Dr. Correia Ribeiro, médico do estabelecimento.

Às 15,30: Conferência na Sociedade de Geografia, sobre «Lepra», pelo Prof. Rocha Brito, de Coimbra.

À noite: Conferências pelo Dr. Joaquim Pratas, na Escola de Medicina Veterinária, sobre «O médico veterinário higienista»; pelo Dr. Mário Damas Moura, sobre a «Tuberculose, a sífilis e o alcoolismo, flagelos da nossa terra», na Universidade Popular Portuguesa; pelo Sr. Barros Marinhos, sobre a «Higiene da primeira dentição», na Federação Nacional das Associações de Socorros Mútuos; e pelo Sr. José Pereira Ferraz, sobre o «Robustecimento de Portugal».

Dia 18. — Às 16 horas: Festa na Escola Profissional de Santa Clara; conferência sobre «Higiene social» pela Dr.<sup>a</sup> D. Maria Carolina Ramos.

Às 17: Sessão de gymnástica, com uma conferência pelo Dr. César de Melo, no Ginásio Club Português.

À noite: Conferências pelo Dr. António Emílio de Magalhães, do Pôrto, sobre a «Obra da Liga de Profilaxia Social», na Associação dos Médicos Portugueses; pela Dr.<sup>a</sup> D. Sara Benoliel, sobre «Pediatría e higiene infantil», na Casa do Algarve; pelo Dr. Fernando Correia, sobre «Doenças sociais e higiene», na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa.

Dia 19. — De manhã: Conferência pelo Prof. Francisco Gentil, sobre o «Cancro profissional», no Rotary Club de Lisboa.

Visita à Obra de Protecção às Raparigas na Costa do Castelo.

À tarde: Visita ao Instituto do Cancro.

Visita à Casa Pia de Lisboa com festa de gymnástica, conferência pelo Dr. Águeda Ferreira, sobre o «Carbúnculo» acompanhada de um filme da Direcção Geral dos Serviços Pecuários.

Visita ao Parque Zootécnico.

À noite: Conferências pelo Prof. Almeida Garrett, do Pôrto, sobre «A higiene como função do Estado», na Sociedade das Ciências Médicas; pelo coronel Velho da Palma, sobre «Crise da habitação e a sua perniciosa influência na higiene. A solução do problema», na Associação Comercial de Lisboa; pelo Dr. Álvaro de Caires, sobre o «Problema da criança em Portugal», na Associação Comercial de Lojistas; pelo Dr. Ernesto Roma, sobre «Higiene alimentar», na Associação dos Empregados do Comércio e Indústria; pelo Dr. Pina Junior, sobre «Puericultura», na Sociedade A Voz do Operário.

Dia 20. — Às 11,30: Visita ao Asilo 28 de Maio.

Às 15: Inauguração da Exposição de Higiene Industrial no Instituto Superior Técnico. Conferência pelo Engenheiro Almeida Cruz.

Às 15,30: Na Aviação Naval, visita aos *hangars* com uma palestra pelo primeiro tenente médico Dr. Telmo Correia.

Às 16,15: Visita à Esquadilha de Submersíveis. Palestra pelo Dr. Oliveira Simões.

Às 21,30: Conferências pelo Prof. Bezeu dos Santos, de Coimbra, sobre «Serviço social», na Sociedade de Geografia; pelo Dr. Pacheco de Miranda, sobre «Higiene escolar», na Associação dos Engenheiros Cívicos Portugueses; pelo Dr. Mário Damas Mora, sobre «Tuberculose, sífilis e alcoolismo, flagelos da nossa terra», no Grupo de Instrução e Recreio dos Empregados da C. I. P. C.; pelo Dr. Luciano Ravara Alves, sobre «Profilaxia das doenças venéreas», na Federação Nacional das Associações de Socorros Mútuos; pelo Dr. Águeda Ferreira, sobre «Carbúnculo», na Voz do Operário; e pelo Dr. João Bentes Castelo-Branco, sobre «Higiene e terapêutica nacional», na Casa do Algarve.

Dia 21. — Às 10,30: Prova de educação física e conferência pelo Dr. Carlos Gomes da Silva, no Asilo Nuno Alvares.

Às 11: Visita à sede da Misericórdia de Lisboa e palestra pelo Dr. Silva Ramos, sobre «Os serviços da Misericórdia».

Às 16: Conferência pelo Dr. Fernandes Lopes, na Associação de Classe dos Empregados da Indústria Hoteleira, sobre «A higiene e o pessoal da alimentação pública. O seu aspecto social».

Às 17: Conferência na Escola de Medicina Tropical pelo Prof. José Fir-

mino Santana, sobre «Sezonismo», com exposição do material de demonstração da Cadeira de Higiene Tropical.

Às 21,30: Conferências pelo Dr. Henrique Barahona Fernandes, na Faculdade de Medicina de Lisboa, sobre «Análise bio-psicológica da individualidade na higiene e ortogenésia»; pelo Dr. Fernando Correia, na Casa do Algarve, sobre «Centralização dos serviços de higiene»; pelo Dr. Tovar de Lemos, na Associação Comercial de Lojistas de Lisboa, sobre a «Organização do combate à sífilis em Portugal»; e pelo Dr. João de Moraes Sarmento, no Hospital da Marinha, sobre «Higiene naval».

Dia 22. — Às 11,30: Visita à Casa de Repouso dos Inválidos do Comércio e conferência pelo Dr. Fernando Correia sobre «Doenças sociais e higiene».

Às 12,30: Visita ao Instituto de Santa Madalena.

Às 16: Visita à Creche Pedro Folque, em Belas.

Às 21: Festa de Educação Física no Lisboa Ginásio Club, com conferência pelo Sr. Anibal Pinheiro.

Às 21,30: Conferências: pelo Dr. Pereira Varela, na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio, sobre «Higiene e profilaxia bucodentária na família, na escola e na colectividade»; e pelo Sr. António Emilio da Silva, sobre «Higiene dentária na Escola», na Federação Nacional das Associações de Socorros Mútuos.

Dia 23. — Às 12: Visita à Cozinha Económica.

Às 14: Conferência pelo Dr. Fernandes Lopes, no Hospital da Estrêla, sobre «Algumas considerações a respeito da higiene militar em tempo de paz».

Às 14,30: Visita às instalações sanitárias do Regimento de Sapadores de Caminhos de Ferro.

Às 14,30: Visita ao Instituto Médico-Pedagógico das Florinhas da Rua. Palestra pelo Dr. Augusto de Oliveira sobre a missão desse Instituto, e pelo Dr. Carlos Salazar de Sousa.

Às 15: Visita à Maternidade Bensaúde.

Às 17: Visita ao Colégio do Infante de Sagres. Ginástica. Palestra pelo Dr. Fernando da Costa Cabral, sobre «A saúde pela educação física».

Às 21,30: Conferências: pelo Dr. Fernando Correia, na Sociedade das Ciências Médicas, sobre «Inimigos da higiene»; pelo Dr. Manuel de Vasconcelos, na Associação Industrial, sobre «Higiene industrial e salubridade»; pelo Dr. João de Barros, na Universidade Popular Portuguesa, sobre «Escotismo»; pelo Dr. Luciano Ravara Alves, no Grupo de Instrução e Recreio dos Empregados da C. I. P. C., sobre «Profilaxia das doenças venéreas»; pelo Sr. Eduardo da Fonseca, na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio e Indústria, sobre «Higiene dentária como base essencial da saúde»; e pelo Dr. Simões Raposo, na Voz do Operário, «Como evitar a morte por cancro».

Às 21,30: Festa de esgrima na Sociedade de Geografia, com conferência pelo conde de Penha Garcia.

Dia 24. — Às 11: Visita à sede da Tutoria da Infância.

Às 14: Palestras sobre a obra das Tutorias pelos Drs. Augusto de Oliveira, Oliveira Ramos e Meleiro de Sousa.

Às 15: Conferência pelo Dr. António Pedro Martins sobre «Higiene infantil», na Cantina Escolar de S. Mamede.

Às 16: Festa de caridade no Reformatório de Bemfica, com conferência pela Sr.<sup>a</sup> D. Emilia Patacho, sobre «A obra do Reformatório».

No dia 25 realizou-se na Sociedade de Geografia a sessão de encerramento da Semana de Higiene. Proferiu um discurso de agradecimento a todos os seus colaboradores o Dr. Carlos Santos (Filho).

\*  
\*  
\*

### Semana da Tuberculose

Efectuou-se a Semana da Tuberculose de 30 de Maio a 8 de Junho, promovida por uma comissão de senhoras da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

O programa da Semana da Tuberculose foi, resumidamente, o seguinte:

30 de Maio. — Inauguração. Na sala Portugal da Sociedade de Geografia, com a assistência do Presidente da República, discurso de abertura pelo conde de Penha Garcia. Conferência pelo Prof. Lopo de Carvalho.

31 de Maio. — Dia da Imprensa. Em que todos os jornais publicaram uma página especial dedicada à luta anti-tuberculosa. *Quête* à porta das igrejas de todo o País. Conferência pelo Dr. Cardoso do Carmo, na sala do jornal *O Século*. Conferência, no Teatro de S. Carlos, pela Sr.<sup>a</sup> D. Madalena Patriçio, dedicada a operários e estudantes.

1 de Junho. — Dia das Escolas. Em que os professores primários fizeram aos alunos a leitura de vários preceitos profiláticos da tuberculose. Conferência, na *Voz do Operário*, pelo Dr. Pacheco de Miranda.

2 de Junho. — Dia da Medalha. Venda dumã medalha alusiva à A. N. T. Emissão por radiotelephonia de vários preceitos profiláticos. Conferência pelo Dr. Cassiano Neves, na Sociedade de Geografia.

3 de Junho. — Dia da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Entrada gratuita em todos os sanatórios da Assistência. *Quête* entre o pessoal da A. N. T. para os tuberculosos pobres. Conferência pelo Dr. Carlos Santos (Filho), na Sociedade das Ciências Médicas.

Conferências: Na Associação de Classe dos Compositores Tipográficos, pelo Dr. Albano Negrão, sobre «Algumas considerações sobre o problema da tuberculose»; na Associação do Pessoal da Companhia Carris de Ferro, o Dr. António Batoçeo, sobre o mesmo tema; na Associação de Classe e Cooperativa dos Empregados da Indústria Hoteleira e Anexos, pelo Dr. Damas Mora, sobre o mesmo tema; na Associação dos Caixeiros de Lisboa, pelo Dr. Fernando Correia, sobre o mesmo tema; na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa, pelo Dr. Fernando da Silva Araújo, sobre o mesmo tema; na Associação dos Operários do Município de Lisboa, pelo Dr. Vicente Pedro Dias, sobre o mesmo tema; na Associação dos Pintores da Construção Naval e Anexos, pelo Dr. Daniel Monteiro, sobre «Bases da luta contra a tuberculose»; na Associação de Socorros Mútuos dos

Empregados do Comércio e Indústria, pelo Dr. Domingos Lara, sobre «A tuberculose e as suas relações com as condições do trabalho»; no Sindicato Único Metalúrgico, pelo Dr. Formosinho Sanches, sobre «Causas determinantes do aumento da tuberculose»; na Associação de Classe dos Industriais de Padaria Independentes, pelo Dr. Francisco Seia, sobre «A importância das construções navais»; nas Associações de Classe dos Vendedores de Leite e Contratadores de Bilhetes da Lotaria e de Bilhetes de Teatros de Lisboa, pela Sr.<sup>a</sup> D. Ilda Kruss, sobre «O que é o dispensário»; na Associação de Classe dos Vendedores dos Mercados de Lisboa, pelo Dr. Rebocho Pais, sobre «A tuberculose e o agente que a produz»; e no quartel de caçadores n.º 5, pelo Dr. José Sacadura, sobre «Os meios de evitar a tuberculose».

4 de Junho. — Dia do Comércio e da Indústria, em que os comerciantes e industriais fizeram a aposição do selo anti-tuberculoso nos artigos vendidos nesse dia. Espectáculo infantil. Conferência humorística. Conferência pelo Dr. Carlos Santos (Filho) na Sociedade de Geografia. Conferência pelo Dr. Fernando Brito Machado, no Grémio de Trás-os-Montes

5 de Junho. — Dia da Viação, com a colaboração dos proprietários de automóveis e *chauffeurs* que afixaram o selo anti-tuberculoso nos bilhetes vendidos. *Quêtes* em todas as estações e apeadeiros das empresas ferroviárias e nos carros eléctricos. Conferência pelo Dr. Mendes Dordiô na Sociedade A Voz do Operário.

6 de Junho. — Dia da Propaganda. Exposição de selos e cartazes de propaganda anti-tuberculosa no salão nobre da Assistência e venda, no mesmo recinto, de publicações oferecidas à A. N. T. Conferência na Sociedade A Voz do Operário, pelos Drs. Prof. Vieira de Campos, Guilherme de Oliveira, Vaz Serra, Matos Beja, Lúcio de Almeida e Mário Trincão. Festa no Club Estefânia.

7 de Junho. — Dia dos Vendedores de Jornais. Festa desportiva. Concêrto. *Gyncana* de automóveis. *Quête* à porta dos teatros.

8 de Junho. — Dia do Automóvel Club. *Garden-party* no Automóvel Club.

### Junta de Educação Nacional

Na última sessão da assembleia geral da Junta de Educação Nacional foram eleitos para a comissão executiva daquele organismo: presidente, o Prof. Mark Atias; vice-presidente (Ciências), o Prof. Celestino da Costa; secretário geral, o Dr. Simões Raposo; e representante no Pôrto, o Prof. Joaquim Pires de Lima.

### Bólsas de estudo

Foram concedidos subsídios e bólsas de estudo aos Drs.: Luís Robertes Simões Raposo, professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa, para

um estágio de dois meses e meio em Paris, Lyon e Genebra; Artur Cardoso Pereira, assistente voluntário do Instituto de Medicina Legal, para um estágio de seis semanas na Alemanha; Alberto da Silva e Sousa, assistente livre da Faculdade de Medicina do Porto, por um período de mais de 6 meses; e Alberto Bettencourt, sub-chefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, por 4 meses fora do País.

\*  
\*   \*  
\*

### Prof. Egas Moniz

Foi indeferido o pedido de demissão de director da Faculdade de Medicina apresentado pelo Prof. Egas Moniz. No mesmo despacho, o Ministro da Instrução põe em relêvo os serviços prestados à ciência e ao País por êste professor.

— O Prof. Egas Moniz foi convidado pela Sociéte Médicale de Genève a ir fazer àquela cidade uma conferência sôbre os seus trabalhos originaes, no comêço do ano lectivo. Esta Sociedade convida anualmente um professor estrangeiro a ir falar sôbre um assunto original, tendo já feito ali conferências os Profs. Roussy, de Paris; Bordet, de Bruxelas; Sergent, de Paris; e Bérard, de Lyon.

\*  
\*   \*  
\*

### Prof. Celestino da Costa

O Prof. Celestino da Costa, director dos Laboratórios de Análises Clínicas dos Hospitais Cívis de Lisboa, foi prestada uma homenagem a que assistiram a Dr.ª D. Alda Pamplona e os Drs. Armando Vale, João Alvim, Gomes Barreto e Alberto Prazeres.

\*  
\*   \*  
\*

### Saúde pública

A Estação Experimental de Combate ao Sezonismo, em Benavente, foi visitada pelo director geral de saúde.

Em duas semanas de funcionamento activo foram feitas quinhentas observações de doentes com os respectivos exames hematológicos e foi distribuída quinina aos doentes dela necessitados. Também foram tratados com verde de Paris e petróleo muitos poços e charcos onde vivem larvas de anofeles.

— Em Bragança foram solenemente inaugurados um lactário e dois pavilhões do Hospital da Misericórdia.



### Homenagem.

O Governo agraciou o Dr. Craveiro Lopes, director da enfermaria de Santo António do Hospital de S. José, com a comenda de Santiago, por proposta do enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

### Missões de estudo

Em missão de estudo, partiram para Paris os Drs. José Alberto de Faria e Manuel de Vasconcelos, respectivamente director geral de saúde e inspector-chefe da hygiene de trabalho e indústria.

### Necrologia

Faleceu em Lisboa o Dr. José Agostinho Maria de Sousa, antigo cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa.



*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



**Opioterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos  
2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

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

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quenté.  
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

**TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES**

**PELA INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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 anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito minimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com sucesso, eu próprio e duas crianças, as voßas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

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

*Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma*

ALVES & C.<sup>A</sup> (Irmãos)

RUA DOS CORREEIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala  
Est.  
Tab.  
N.º