



Ano X

N.º 5

Maio 1933

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

### PROFESSORES

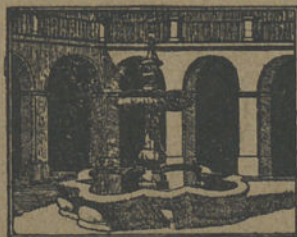
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
Reynaldo dos Santos e António Flores*

### 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



# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura aos agentes 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 rápida produção diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MI RAES. CA DIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; 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.

DOCTOR:

NO CASO EM  
QUE PRECISE TONI-  
FICAR UM ORGA-  
NISMO DEBILITADO  
RECORDE O



# Phosphorrenal

ROBERT  
NA SUA TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL

LABORATORIO  
ROBERT

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 5

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 24





# E-MERCK DARMSTADT

## NEO-IODIPINA

Recente preparado de Iodipina, muito fluido, a 20 e 40%  
a sua eficácia terapêutica e a sua opacidade aos raios X,  
são idênticas às da Iodipina Merck, fármaco já intro-  
duzido e comprovado ha algumas dezenas de anos.

### A NEO-IODIPINA

possibilita uma injeção rápida e cómoda.

A sua aplicação é indolor.

A absorção é muito mais fácil

A dispersão do óleo nos tecidos é mais rápida

A seringa limpa-se muito mais facilmente

Em radiologia deve preferir-se à Iodipina corrente, nos casos  
em que o meio de contraste deve passar por canais estre-  
tos, como por exemplo os uretères, condutos fistulosos, etc

Embalagens

**NEO-IODIPINA a 20%**

**NEO-IODIPINA a 40%**

Frascos de 50 gr

Frascos de 25 gr

Ampólas de 1 e 2 c.c.

Caixas com 10 ampólas

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

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



MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 895-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

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



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



elas as características  
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

**INSULINA**



para a **DIABETES**

registada

(Do ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS  
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS  
 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. L010S, 36. Telefone 701

**CIGARROS**  
**DE ABYSSINIA**  
**EXIBARD**  
*Sem Opio nem Morphina.*  
 Muito eficazes contra a  
**ASTHMA**

Catarrho — Opressão  
 e todas affecções espasmódicas  
 das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>  
 8, Rue Dombasle, 8  
 PARIS

E BOAS PHARMACIAS



# Salvitae

## Acidose

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

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

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

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

Agentes em Portugal:

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

240, Rua da Palma, 246 LISBOA





**Bacté-coli-phage**

Colibacilurias - Pielonefrites - Cistites

**Bacté-rhino-phage**

Gripe - Coriza - Rino-faringites

**Bacté-intesti-phage**

Enterites - Colites - Diarreias infantis

**Bacté-pyo-phage**

Panarícios - Fleimões - Feridas infectadas

**Bacté-staphy-phage**

Furunculose - Antraz

Laboratorios Robert &amp; Carrière - Paris

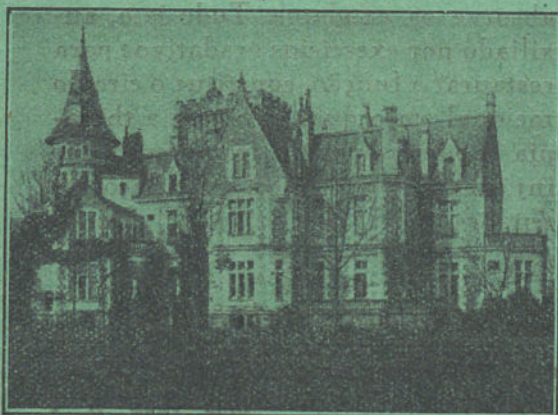
Agente em Portugal: A. G. ALVAN - R. da Madalena, 66, 2.ª - Lisboa

**CHATEAU DE PREVILLE - ORTHEZ**

Próximo de Pau (Baixos Pirineos)

Casa de tratamentos, Repouso e Regimens

T. 52



**Dr. Marcel DHERS,**  
director

Afeições do Sistema Nervoso, Perturbações orgânicas e funcionais.

Curas de desintoxicações

Convalescências

Electo-Radiologia  
Hidroterapia

Mecanoterapia  
Psicoterapia

Instalações luxuosas e confortáveis, no meio de um parque com doze hectares, nas proximidades de Pau e Biarritz, sob um céu "bearnais" e um clima reputado.

Dão-se informações a quem as pedir



## Injúrias dos MÚSCULOS, JUNTAS e TENDÕES

No tratamento dos músculos, juntas e tendões injuriados, já está agora definitivamente assentado que os melhores esforços devem ser encaminhados com objectivos seguros. Estes são:

- 1.º — *O alívio da dôr*
- 2.º — *A promoção do reparo*
- 3.º — *A restauração da função*

### *Antiphlogistine*

pelo suprimento de calor húmido continuado, produz analgesia: pela sua plasticidade, induz calma; pela sua acção osmótica, reduz a efusão e absorve os exudatos. Tudo isto, auxiliado por exercícios gradativos para restaurar a função, constitue o círculo racional em o qual se baseia a terapia moderna para o tratamento das injúrias dos músculos, articulações e tendões



*Peça amostras e literatura à*

**The Denver Chemical Mfg. Co.,**

**163 Varick Street,**

**New York, N. Y.**

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

**Caes do Sodré, 8, 1.º**

**L I S B O N**

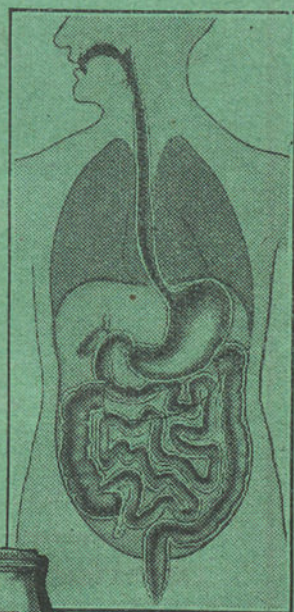


# Reeducação do Intestino

**P**ARA se obter resultados definitivos e duradouros no tratamento da prisão de ventre, é necessário restabelecer as condições normais do trabalho intestinal, o que se consegue com o uso do 'Petrolagar' que tornando as fezes macias e agrupadas numa massa única, produz a consistência precisa para a sua fácil evacuação.

Por êste processo, o 'Petrolagar' permite uma evacuação fácil proveniente dum pequeno esforço peristáltico. Por conseguinte, o hábito de se acostumar a uma evacuação diária a hora certa, será grandemente auxiliado e o intestino gradualmente reeducado a funcionar no seu estado normal.

O 'Petrolagar' é uma fina emulsão de óleo mineral e agar-agar, preparado em duas fórmulas: N.º 1 Simples, N.º 2 com Fonolftaleina.



Esboço do Aparelho Digestivo

**'Petrolagar'**  
(Marca Registada)



Representante em Portugal:

RAUL GAMA, R. DOS DOURADORES, 31, LISBOA

Petrolagar Laboratories Limited, Braydon Road, Londres, N. 16



# Kola Astier

Extrato completo, rigorosamente doseado, contendo todos os princípios activos da noz fresca

**A Kola Astier** soberana na gripe —  
abrevia a convalescência  
das doenças infecciosas

**A Kola Astier** é o medicamento de eleição  
para os estados depressivos

**A Kola Astier** está indicada em todas  
as afecções agudas ou  
crónicas do aparelho  
respiratório

**A Kola Astier** estimula o sistema ner-  
voso, desperta as facul-  
dades intelectuais; com-  
bate o surmenage

**A Kola Astier** tonifica a energia, regu-  
larisa o ritmo cardíaco

DOSE MÉDIA: 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

---

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche

PARIS

Literatura e Amostras:

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

LISBOA





## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Curas, remissões e forma recidivante da meningite tuberculosa, por</i>	
Diogo Furtado .....	Pág. 257
<i>A cirurgia moderna dos panarícios, por Vasconcelos Arruda .....</i>	» 279
<i>As tinhas de Lisboa, por Neves Sampaio .....</i>	» 287
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina .....</i>	» 297
<i>Notícias &amp; Informações .....</i>	» XXVII

## CURAS, REMISSÕES E FORMA RECIDIVANTE DA MENINGITE TUBERCULOSA

(Comunicação lida na Sociedade das Ciências Méd. em 11 de Fev. de 1933)

POR

DIOGO FURTADO

«Dans la règle porter le diagnostic de méningite tuberculeuse c'est porter un arrêt de mort» (1). Tal é o dogma que nos legaram os clássicos, tal é também a idea que todos os médicos de hoje têm sobre o prognóstico da doença. A infalibilidade dêste dogma, como de resto a de todos os dogmas, tem porém sido por vezes exagerada; e, assim, há quem pense que as meningites tuberculosas se não curam nunca, como há quem negue a natureza tuberculosa de certas meningites reputadas como tal, e cuja evolução é favorável.

A observação directa de dois casos em que o diagnóstico dessa afecção nos parece irrefutável, e que terminaram pela cura, levou-nos a proceder a uma revisão bibliográfica do que sobre o assunto se tem escrito. Algumas considerações de ordem patogénica estabelecendo a relação entre a infecção tuberculosa e a meningite, e a exposição clínica dos nossos dois casos, para a evolução de um dos quais não encontramos paradigma na bibliografia consultada, constituirão o restante assunto da presente comunicação.

(1) Hutinel et Voisin, in *Nouveau Traité de Méd. et Thérap.* T. XXXV. Pág. 59.



## CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO

Antes mesmo de nos referirmos à crítica dos casos, numerosos, que têm sido apresentados como meningites tuberculosas curadas, cumpre-nos falar um pouco sôbre o critério a adoptar na apreciação dêstes casos.

Só consideraremos como meningites tuberculosas aquelas em que tenha havido confirmação laboratorial da doença, isto é, em que se tenham encontrado bacilos de Koch no líquido céfalo-raquidiano, inoculação positiva ao cobaio, ou uma e outra cousa.

Ainda nestes casos parecem poder subsistir causas de êrro: assim, Rist e Boudet demonstraram, em 1908, a existência de uma meningite de bacilos ácido resistentes, desenvolvendo-se em grande quantidade no líquido céfalo-raquidiano, quasi sem reacção celular apreciável e que, segundo êles, não era, por certo, uma meningite tuberculosa. Êste facto, a confirmar-se, viria complicar singularmente o reconhecimento da doença; que nos conste, porém, não teve êle, até hoje, a confirmação requerida.

Também a inoculação ao cobaio tem causas de êrro que, quiçá, se têm desprezado mais do que seria para desejar. O cobaio pode apresentar espontâneamente bacilos ácido resistentes, difficilmente distinguíveis dos bacilos de Koch e que, como é lógico, poderão fazer incorrer em erros graves.

Por outro lado ainda a negatividade duma inoculação está sujeita a numerosos erros. Como se sabe, não são raros os casos em que a tuberculização do cobaio leva até anos, sendo, em regra, o animal sacrificado antes de se darem as manifestações dessa tuberculização. E êste período de latência dá-se com as estirpes de bacilos de Koch de atenuada virulência, justamente aquelas que parecem actuar nos casos curáveis de meningite tuberculosa.

No entanto, e a despeito das causas de êrro que possam ainda existir, nós consideraremos, como tendo feito a sua prova de tuberculosas, aquelas meningites que apresentem, no *liquor*, no esfregaço ou no rectículo, conjugada com os sinais clínicos meníngeos, a existência de bacilos ácido resistentes, ou cujo *liquor* tenha tuberculizado o cobaio. A existência de lesões tuberculosas noutra ponto do organismo será uma poderosa adjuvante dêsse



diagnóstico, mas não poderá nunca, só por si, provar a natureza da meningite.

O mesmo sucede com o encontro de tubérculos na coróideia; a grande dificuldade da sua identificação faz com que só se devam considerar na confirmação e não no estabelecimento do diagnóstico.

Quanto ao exame necrótico, feito quando de ulteriores recaídas ou quando circunstâncias intercorrentes levem o doente à morte, e em que muitos autores basearam os seus diagnósticos, também êle me não parece, feito assim muito tempo depois da doença, suficientemente seguro para que possamos considerar tais casos como provados. As placas de meningite crónica são, cremo-lo bem, quasi indistinguíveis quanto à sua etiologia.

O exame citológico e químico do líquido céfalo-raquidiano também não pode ser considerado como decisivo para o diagnóstico. As constatações desta natureza, feitas em meningites tuberculosas, têm igualmente sido realizadas em outras meningites. Assim, a linfocitose, a hiperalbuminorraquia, a diminuição dos valores normais dos cloretos e da glicose, etc., são constatações frequentes em meningites doutras naturezas. A observação de células originárias de tubérculos (grandes células epitelióides) no líquido céfalo-raquidiano, além de muito difícil e mesmo só possível mediante a aplicação de certas técnicas (método de Alzheimer), não basta só por si para assegurar o diagnóstico de meningite tuberculosa, visto que essas células, existindo com reduzida reacção meníngea, podem provir de um tubérculo solitário, cujo prognóstico, enquadrável com o dos tumores, sai do âmbito dêste trabalho.

Pelo contrário, uma vez confirmado, bacteriológicamente, o diagnóstico de meningite tuberculosa, o valor prognóstico do exame citológico do líquido céfalo-raquidiano é grande; ainda recentemente Jousset (Soc. Med. Hôp. 24 Junho 1932), a-propósito de tuberculosas meníngeas, insistiu nesse valor.

Finalmente, o exame clínico, fundamental como é, mostra-se, porém, nestes casos, incapaz de resolver, só por si, a etiologia da meningite.

Um outro ponto nos parece ainda indispensável abordar: a distinção entre curas e remissões da doença.

Como se sabe, mesmo durante o seu período de estado, a



meningite tuberculosa é susceptível de oscilações de melhoria e de agravamento; a doença é ainda susceptível de remissões, de maior ou menor duração, durante as quais o doente se mantém livre de sintomas.

Estas remissões são importante causa de êrro na consideração dos casos de cura, visto poderem atingir a duração de meses e serem, portanto, consideradas curas.

Nas páginas que se seguem nós procuraremos evitar essa nova causa de êrro, só considerando como curas aquelas em que o bem-estar se tenha mantido por tempo suficientemente longo ou em que tenha havido uma verificação laboratorial do saneamento do *liquor*.

#### CASUÍSTICA E SUA CRÍTICA

Se é sempre difícil apurar do valor e da autenticidade de observações efectuadas muitos anos atrás, esta dificuldade ainda mais avulta quando os elementos bibliográficos de que se dispõe sejam, como sucede entre nós, extremamente exíguos. Assim, um grande número de casos, curados, de meningite tuberculosa, conhecemo-los apenas de referências indirectas, em artigos de conjunto que sôbre o assunto há já publicados.

Até 1922, data da sua publicação, cingir-nos emos ao notável trabalho de Cramer e Bickel, pelo menos no que respeita à sua vasta inquirição bibliográfica; de então para cá compulsaremos as observações de que tivemos conhecimento.

O primeiro caso publicado, como sendo de meningite tuberculosa, curado, é de época já remota: data de 1853; foi seu autor o francês Rillet, e não merece citação mais do que como curiosidade histórica. Com efeito, baseava-se na autópsia, feita longo tempo depois, e oferecendo, portanto, tôda a probabilidade de êrro já acima apontada, nos casos assim fundamentados.

À observação de Rillet seguiram-se inúmeras outras; torna-se mesmo impossível precisar o seu número exacto, dispersas como ficaram pela literatura médica de vários países.

Cramer e Bickel, em 1922, computavam em cêrca de duzentos e cinqüenta o seu número total. Destas, mais de dois terços baseavam-se exclusivamente no exame clínico, não oferecendo, portanto, qualquer garantia de autenticidade.

No outro têrço restante, portanto em cêrca de oitenta e cinco



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**





*Um novo produto Schering*

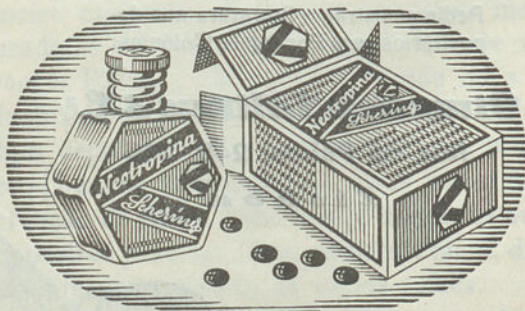
# NEOTROPINA

Preparado córate  
para o tratamento das infecções do  
aparelho genito-urinário.

## VANTAGENS ESPECIAIS:

- 1 *Accção bactericida intensa*
- 2 *Alto poder de penetração*
- 3 *Efeito sedativo nas inflamações*

Especialmente indicado no tratamento da  
blenorragia. Dá bons resultados nos casos de pielite  
e cistite rebeldes aos outros tratamentos.



Embalagem original: Frascos com 20 dragêas de 0,10 gr.

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIM**

Os nossos concessionários:  
Schering S. A. Portuguesa de Responsabilidade Limitada  
Largo da Anunciada 9-2º, Apartado 279, Lisboa



observações, pretendiam os respectivos autores ter encontrado a irrefutável confirmação do diagnóstico.

Assim, trinta dessas observações baseavam-se exclusivamente no exame necrópsico a distância, cêrca de dez na pretendida observação de tubérculos da coróideia e, finalmente, quarenta e seis na confirmação laboratorial da doença.

Sòmente tomaremos como dignas de consideração estas últimas observações, sujeitas as outras, como estão, às causas de êrro já referidas.

De 1922 até hoje o número de casos publicados aumentou sensivelmente; como era lógico, porém, em face da maior difusão dos conhecimentos sôbre a doença, estes casos apresentam já muito maior cuidado na verificação laboratorial da etiologia.

Temos conhecimento de catorze casos nestas circunstâncias, dignos de crédito, pela verificação directa do bacilo de Koch no *liquor* ou pela inoculação positiva ao cobaio. A sua cura foi, na maioria dêles, atribuída a um qualquer agente terapêutico, variável de caso para caso: tuberculina, nos casos de Otto Wiese e K. Neidhardt; remédio de Friedmann, no de E. Oppenheim; allergine, nos de Jousset, etc.; evidentemente que a acção dêstes agentes, tantas vezes empregados sem efeito noutros casos, não teve por si mais do que a casualidade.

Ainda anteriores a 1922, e sem que tivessem chegado ao conhecimento de Cramer e Bickel, lográmos obter, na literatura, o conhecimento de mais sete casos, todos americanos, os quais, juntos com o caso pessoal daqueles autores e com os seus citados, perfazem um total de cinqüenta e quatro meningites tuberculosas, devidamente verificadas e curadas, até àquela data.

De então para cá, como já dissemos, temos conhecimento de mais catorze casos, o que perfaz um total absoluto de sessenta e oito.

De todos êles vão apontados, no quadro junto, os dados principais, estando já também nêle incluídos os casos que publicamos.

Alguns dados estatísticos úteis se podem concluir dêste quadro.

A desproporção entre os sexos é evidente. Cramer e Bickel computavam os seus casos em 68 % de homens e 32 % de mulheres. As observações recentes não alteram esta proporção, que revela serem muito mais raras as curas no sexo feminino que no masculino.



## CASOS BACTERIOLÓGICAMENTE CONFIRMADOS DE MENINGITE TUBERCULOSA, TERMINADOS PELA CURA

Autores	Citados por	Sexo	Idade (anos)	Tuberculose de outros órgãos	B. K. no liquor	Inoculação	Outros dados
Janssen — 1896	Harbitz	M.	19	Pulmão	Positiva	—	Morto 3 anos depois, de T. P.
Busse — 1896	»	F.	37	—	»	—	—
Estramann — 1914	»	M.	37	T. ganglionar	»	—	—
Freyhan — 1894	Cramer e Bickel	»	20	—	»	—	—
Heuckel — 1900	»	»	10	—	»	—	Curado, muitos anos depois.
Barth — 1902	»	F.	3	—	»	—	»
Gross — 1902	»	»	17	T. gan. e pulm.	»	—	»
Alanzino — 1903	»	—	—	—	Negativa	Positiva	—
Rossini — 1905	Martin	—	—	—	—	»	—
Carrière et L'Hotte — 1905	Cramer e Bickel	M.	5	T. ganglionar	—	»	—
Carrière et L'Hotte — 1905	»	»	7	»	—	»	—
Carrière et L'Hotte — 1905	»	»	6 1/2	»	Positiva	»	—
Carrière et L'Hotte — 1905	»	F.	4	—	Negativa	»	—
Sicard — 1905	»	M.	33	—	»	»	Recorrên. <sup>a</sup> fatal após 4 anos.
Glaise e Abrami — 1905	»	»	30	—	Positiva	»	—
Vaquez e Digne — 1905	»	»	25	—	Negativa	»	—
Tedeshi — 1905	»	F.	14	—	»	»	—
Riebold — 1906	»	»	6	—	Positiva	»	—
Hutinel e Tixier — 1907	»	M.	5	—	Negativa	»	—
Gamma — 1907	»	»	3 1/2	—	»	»	—
Rumpel — 1907	»	»	9	T. pulmonar	Positiva	—	—
Garciso — 1908	»	»	8	—	Negativa	Positiva	Cura completa.
Stark — 1908	»	»	44	—	Positiva	—	»
Stiles — 1908	»	—	—	—	»	—	—







Autores	Citados por	Sexo	Idade (anos)	Tuberculose de outros órgãos	B. K. no liquor	Inoculação	Outros dados
Harbitz — 1919	<i>in loco</i>	M.	32	—	»	—	—
Massary — 1920	Gramer e Bickel	F.	23	T. pulmonar	»	—	—
Barber e Lechele — 1920	» »	»	36	»	»	—	—
Gramer e Bickel — 1920	<i>in loco</i>	M.	19	»	Negativa	Positiva	—
Gesrcke — 1925	» »	F.	33	»	Positiva	»	—
Vialard — 1925	» »	M.	22	—	»	»	—
Vedel, Guiraud e Pusech — 1926	» »	F.	23	—	Positiva	Positiva	—
Mac. Mahon — 1926	» »	»	28	T. pulmonar	—	»	—
Neidhardt — 1926	» »	M.	12	—	Positiva	—	—
Oppenheim — 1926	» »	»	10	T. pulmonar	»	—	—
Wiese — 1926	» »	»	10	—	»	—	—
Dima — 1929	» »	»	4	—	»	—	—
Borrusso — 1929	» »	»	3 1/2	Artite tuberc.	—	Positiva	Morto 2 anos depois, de nova <i>poussée</i> .
Jousset — 1929	» »	F.	31	—	Positiva	—	Bem, 3 anos depois.
Jousset — 1929	» »	»	18	—	»	—	Morto 2 anos depois, de nova <i>poussée</i> .
Jousset — 1929	» »	M.	36	—	»	—	—
Kramer e Stein — 1931	» »	»	29	T. P.; T. gangl.	»	Negativa	—
Mourgues — 1931	» »	F.	9 m.	—	»	—	—
Caso pessoal — 1931	—	M.	17	T. pulmonar	»	Negativa	Observação junta.
Caso pessoal — 1931	—	»	23	—	»	Positiva	»

*Nota.* — Omitimos intencionalmente os casos publicados recentemente por Bokay, tratados pela irradiação da fossa posterior. Os extraordinários resultados obtidos por aquele autor, em contraste com os insucessos verificados pelos seus seguidores, levam a aguardar confirmação desses resultados.



A relação entre o número de casos curados e as idades dos doentes permite também uma conclusão, de que adiante nos serviremos: é a de que os casos de cura raríssimos na primeira infância, vão aumentando de número para atingirem o seu máximo na idade adulta.

Publicamos a seguir a estatística de Cramer e Bickel, referente às idades, juntando-lhe, ao lado, os números corrigidos por nós, com as observações mais recentes e com as omitidas por aqueles autores:

Idade	Cramer e Bickel	Estatísticas corrigidas
Abaixo de 2 1/2 anos	1 cura, 2,5 0/0	1 cura, 1,6 0/0
De 2 1/2 a 5 anos	6 curas, 15 0/0	9 curas, 14,7 0/0
De 5 a 10 anos	10 curas, 25 0/0	11 curas, 18 0/0
De 10 a 20 anos	11 curas, 27,5 0/0	15 curas, 24,6 0/0
Acima de 20 anos	12 curas, 30 0/0	25 curas, 41,1 0/0

Os números são, neste caso, como se vê, bastante elucidativos; a cura da meningite tuberculosa só é possível na idade adulta.

Em cinco dos casos publicados a morte sobreveio mais tarde, de novo por manifestações tuberculosas: dois dêles por tuberculose do pulmão, os restantes três por novas *poussées* de tuberculose meníngea. A rigor estes últimos casos não deveriam ser incluídos nesta estatística de curas; fazendo-o limitamo-nos a seguir Cramer e Bickel, que os incluíram nos seus casos.

De resto não possuímos dados suficientes para afirmar que novas *poussées* meníngeas se não tenham produzido mesmo nos casos que vão apontados como curados; nalguns, em que delas tivemos conhecimento, indicamos à margem.

A cura, em poucos casos, deixou atrás de si seqüelas definitivas; destas a mais freqüente foi a hemiplegia, que se nos deparou em três casos.

#### A INFECÇÃO TUBERCULOSA E A MENINGITE

As lesões tuberculosas, todos o sabem, têm sempre uma certa tendência para a cura. Êste facto, que se passa com as lesões do parênquima dos órgãos, passa-se mais evidentemente ainda com as das serosas, que, muito aptas a constituírem ade-



rências e cicatrizes, conseguem, em regra, jugular a infecção tuberculosa.

Ocorre então perguntar: porque faz a serosa meníngea excepção flagrante a esta regra? A infecção dessa serosa é infinitamente mais grave que a das outras, a ponto de fazer admitir como dogma a sua terminação fatal; deve haver então quaisquer factores que determinem esta disparidade notável entre a evolução do processo tuberculoso nesta serosa e nas restantes.

No estudo destes factores considerá-los-emos como sendo de duas origens: dependentes da natureza geral da infecção e dependentes da situação especial da serosa.

1) A meningite tuberculosa não provém, como é lógico, de uma infecção primitiva da serosa meníngea; é, pelo contrário, o epifenómeno de uma septicemia bacilosa, geralmente o epílogo de um longo drama, que já de há tempos se desenrola, mais ou menos ocultamente, no organismo.

Umás vezes esta septicemia tuberculosa manifesta exuberantemente a sua presença e então o quadro clínico da meningite integra-se no dela (tuberculose miliar aguda de forma meníngea); outras vezes é um foco baciloso único, desconhecido ou considerado curado que continua lançando bacilos na circulação, e então a meningite, foco metastático da septicemia oculta, é o quadro que clinicamente se nos apresenta. É este último caso o que hoje mais se encontra na clínica; a frequência das septicemias tuberculosas latentes, verificada, sobretudo recentemente, pelos trabalhos de Lowenstein (de Viena), é muito grande e explica a predominância desta forma de meningite tuberculosa.

Os bacilos são transportados até à meninge pela corrente sanguínea; demonstram-no as estreitas relações das lesões com os vasos, a localização do bacilo nas suas túnicas linfáticas e até a existência de tubérculos na túnica interna das artérias (Askanazy).

A origem da doença por propagação da tuberculose de órgãos vizinhos, frequente nas outras serosas, é, aqui, extremamente rara.

Compreende-se quanto este factor de ordem geral ensombra o prognóstico da doença: foco metastático de eleição de uma septicemia de origem desconhecida ou de gravidade irreductível, o seu prognóstico depende, em grande parte, do sombrio prognóstico desta última.



Um outro grupo de circunstâncias, ainda de ordem geral, contribue para agravar êste prognóstico: o facto, já acentuado pelos autores que da questão têm tratado, de que a meningite tuberculosa surja de preferência em indivíduos cuja primo infecção foi recente e intensa, e que, além disso, se encontram privados de qualquer forma de imunidade anti-tuberculosa, num estado portanto de anergia (Calmette). Esta anergia pode, muitas vezes, ser determinada por doenças anteriormente sofridas (sarampo, etc.).

É fácil, também, de prever quanto estas últimas circunstâncias aumentarão a gravidade da septicemia, e, portanto, a da sua localização meníngea.

2) A situação especial da serosa meníngea, involucro do sistema nervoso central, contribue poderosamente para tornar grave a sua infecção. As granulações tuberculosas, localizando-se principalmente na proximidade dos gânglios da base e das cissuras principais, determinam fenómenos irritativos, muitas vezes intensos; a sua localização nos plexos coroideus acarreta uma hipersecreção de líquido céfalo-raquidiano e dá origem ao hidrocéfalo, trazendo êste, por sua vez, para a nutrição do encéfalo, perturbações muito graves. Ainda a localização destas granulações pode determinar septação, bloqueando uma ou mais das cavidades ventriculares; e pela existência de lesões obstrutivas na parede interna dos pequenos vasos cerebrais se podem produzir fenómenos de esquemia e amolecimento, cuja importância é de prever.

Além destas complicações, puramente mecânicas e mais ou menos comuns a tôdas as meningites, ainda a extensão das lesões tuberculosas à substância dos órgãos nervosos contribue para tornar grave a doença. Assim, é freqüente a formação de focos encefalíticos, sobretudo ao longo das cissuras principais, acompanhando-se, muitas vezes, de hemorragias parenquimatosas, provocando sintomatologia complexa.

Finalmente, a acção exercida pelas toxinas do bacilo sôbre a substância nervosa, é também importante. Armand Delille tentou dissociar a acção sôbre o sistema nervoso dos vários venenos do bacilo tuberculoso e verificou que se a etero bacilina, clorofórmio-bacilina e xilo-bacilina não exercem sôbre a célula nervosa nenhuma acção tóxica específica, o mesmo já não sucede com a



tuberculina e com os corpos bacilares libertos pelo xilol dos seus involucros cerosos, que demonstraram possuir para a célula nervosa uma afinidade especial. A toxicidade da tuberculina em injeção intra-cerebral no cobaio tuberculoso havia já antes mesmo sido posta em relêvo por Borrel.

«Parece assim evidente que as perturbações funcionais que caracterizam a meningite tuberculosa são devidas, em grande parte, aos fenómenos tóxicos que resultam da fixação maior ou menor de tuberculinas pelas células nervosas, vizinhas das lesões nodulares ou granulosas» (Calmette).

Há, portanto, um certo número de factores que contribuem para aumentar a gravidade da agressão meníngea pelo bacilo de Koch. Vejamos agora em que circunstâncias podem estes factores sofrer uma atenuação tal que permita, depois do estabelecimento do processo, a sua cura.

Dissemos atrás que o prognóstico da doença dependia, pelo menos em grande parte, da gravidade da septicemia bacilosa que a determina. Evidentemente que, persistindo essa bacilemia, a gravidade da meningite será cada vez maior; mas compreende-se também que um foco tuberculoso possa ter dado origem -- por uma transitória comunicação com a circulação, ocorrida no normal decurso da sua evolução -- a uma bacilemia também transitória, e que neste caso a meningite tuberculosa, sua consequência, apresente mais possibilidades de recuperação, dado o número menor de bacilos em causa.

A virulência destes bacilos deve também influir grandemente na evolução do processo; e a atenuada virulência dos que longo tempo estão incluídos num foco latente não deve ser estranha à curabilidade das meningites por elles determinadas.

Tem-se mesmo querido ver, na elevada percentagem de inoculações negativas e tuberculizações tardias do cobaio (1), nos casos curáveis de meningites tuberculosas, uma prova da fraca virulência dos agentes em causa.

Uma outra idea, no referente à curabilidade da doença, foi a emitida por Allan, que, a-propósito de um caso de meningite tuberculosa, determinado pelo bacilo bovino, opinava que os casos

---

(1) Archangelsky, Hochstetler, Reichmann e Rauch.



# Cardiazol- Efedrina «Knoll»

## contra a asma

indicada principalmente na asma crónica com alteração do coração direito, asma bronquial com estados de bradicardia ou de hipotonia, asma-bronquite, enfisema,

## combate a debilidade circulatória

recomenda-se muito em colapso vascular, insuficiência cardiovascular, bradicardia, bloqueio cardíaco, hipotensão, minus-descompensação, intoxicações, e também profilaticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 ampola (contendo cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de cloridrato de Efedrina «Knoll») uma ou varias vezes ao dia, se fôr necessario. Empacotamentos originais: Tubos com 10 comprimidos. Vidros com 10 g de liquido. Caixas com 6 ampolas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Químicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)



LISBOA MÉDICA

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,  
refresca,  
desinfecta*

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários 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 *Thyroïde* em proporções judiciosas, de *Hamamelis*, de *Castanha da India* et de *Citrato de Soda*.

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



curáveis daquela doença seriam talvez devidos a esta espécie de bacilo tuberculoso.

Nada tende a comprovar a veracidade desta afirmação, visto que todos os casos apontados na literatura médica, de meningite tuberculosa, devidos ao bacilo bovino, têm sido sistematicamente mortais. De resto as experiências de Austrain chegam à mesma conclusão: tôdas as meningites tuberculosas determinadas no cobaio pelo bacilo bovino chegaram sistematicamente à morte, e até num lapso de tempo bastante menor do que com a estirpe humana.

Assim, nada autoriza a pensar que o bacilo bovino possa ter interferência nestes casos.

O factor individual tem importância também na atenuação da malignidade da doença. Vimos já que os casos de cura que têm sido apontados incidem quasi sempre sobre a segunda infância e adolescência, isto é, em indivíduos em quem a bacilização inicial é já remota. Na primeira infância a doença, quer pelas poucas condições de resistência, quer por seguir geralmente à primo infecção, assume foros de uma ainda maior gravidade.

O bom estado geral do indivíduo, anteriormente à doença, e o facto do seu organismo se não encontrar depauperado, como tantas vezes succede, por longa luta com outra qualquer localizaçào tuberculosa em evoluçào, são, evidentemente, factores que largamente contribuirão para uma eventualidade de cura.

A forma anátomo-patológica da doença parece ter também alguma influéncia no número de probabilidades da sua cura. Para Cramer e Bickel, como para Landouzy e Gougerot, nas formas atenuadas de meningite tuberculosa faltaria a tendéncia à formaçào difusa de tubérculos; assim, seriam eminentemente curáveis as meningites em placas e as meningites congestivas difusas em que haveria abundante exsudaçào no espaço subaracnoideo, sem produçào de tubérculos. Estas formas curáveis caracterizar-se-iam, além disso, por pronunciadas tendéncias para a fibrose, e por deixarem a maior parte das vezes intacta a substância cerebral.

Evidentemente que estas deduções não são baseadas em quaisquer elementos objectivos, visto as autópsias a distância não apresentarem, como já se disse, mais do que um reduzido valor demonstrativo.

A ausência de hipertensão liquidiana tem também sido con-



siderada por alguns autores (Archangelsky) como factor favorável; parece-nos, no entanto, conveniente acentuar que na imensa maioria dos casos de cura da doença existia essa hipertensão.

Finalmente, um último factor que nos parece poder favorecer a curabilidade da doença é a coexistência de outro processo meníngeo com tendência para a cura (sífilis, meningococia). Sob este aspecto parece-nos bastante demonstrativa a observação de Kramer e Stein, em que se tratava de uma meningite sífilítica, num negro averiguadamente sífilítico e tuberculoso, no decurso de cujo tratamento se reacerbaram os sinais meníngeos, sendo então encontrados bacilos de Koch no *liquor*. Após uma evolução relativamente curta, o processo terminou pela cura.

Ao que parece, a cura da meningite sífilítica teria acarretado a do processo tuberculoso.

Assim, um certo número de circunstâncias parece criar ambiente à curabilidade da doença; a sua incidência, porém, é rara e o prognóstico da doença é, por isso, fechado.

#### CASOS PESSOAIS

CASO I. — A. D. C., 18 anos, solteiro. Pavilhão 2 do Hospital Curry Cabral. Cama 33. Entrado em 1-XII-931. Alta em 30-I-932.

##### *Anamnese:*

*Doença actual.* — Adoeceu há cerca de dois meses, progressivamente, com cefaleias intensas, torpor crescente e temperaturas vesperais, não muito elevadas. Algum tempo depois, apareceram-lhe vômitos e tonturas; os vômitos eram fáceis e sobrevinham por crises. A cefaleia não era, também, constante. Acamou e manteve-se, ao que parece, sensivelmente no mesmo estado durante cerca de um mês, sem que qualquer dos medicamentos que lhe foram, entretanto, receitados, tivesse sortido efeito.

Começou então a perder a vista, principalmente do olho esquerdo; observado por um oftalmologista, diagnosticou este uma nevrite óptica, mais acentuada à esquerda. Como, entretanto, as cefaleias tivessem aumentado e o doente apresentasse nítidos sinais meníngeos, foi enviado da terra da sua naturalidade (Albufeira) para Lisboa e internado neste hospital.

*História progressiva.* — Não há antecedentes de valor. Nascido em Albufeira (Algarve), onde tem vivido, não sofreu de qualquer episódio patológico anterior que se possa presumir de baciloso. Não tivera, antes da actual doença, sarampo ou escarlatina.

*Antecedentes familiares.* — Sem valor também.

*Status praesens.* — Indivíduo bastante emmagrecido, tipo morfológico leptossômico, hipoevoluído, tórax achatado no sentido frontal, de espaços in-



tercostais estreitados (tórax asténico). Sistema piloso abundante, caracteres sexuais secundários mal marcados. Mau estado geral, pronunciada apatia, com obnubilação ligeira da consciência. Responde correctamente, embora com grande lentidão, e mantém-se orientado auto e alopsiquicamente. Febril (38°). Posição no leito em cão de espingarda.

*Pulmões.* — Sub-macicez para-vertebral bilateral, com hipervibratibilidade. Ligeiros sinais brônquicos disseminados, respiração soprante nas regiões hilares.

*Coração e vasos.* — Apex no quarto espaço. Área normal à percussão, tons puros em todos os focos. Pulso rítmico, hipotenso e taquicárdico (96).

*Abdómen.* — Mole e indolor. Não palpei baço.

*Exame neurológico.* — Diminuição da visão de ambos os olhos, mais do esquerdo (vê mal os dedos a poucos metros). Boas reacções pupilares, excelente motilidade ocular. Restantes pares cranianos normais.

Rigidez generalizada, muito acentuada na nuca e na coluna vertebral. Posição na cama em cão-de-espingarda, com hiperextensão da nuca e grande flexão dos membros inferiores. Kernig e Brudzinsky muito nítidos. Brudzinsky da face.

Hiperestesia generalizada, com dor ligeira à percussão da coluna. Reflexos tendinosos ligeiramente menos vivos à direita que à esquerda, sem clonus nem pequenos sinais piramidais.

*Resumo.* — Síndrome meníngeo de longa duração, iniciado progressivamente e acompanhado de nevrite óptica, num indivíduo de hábito asténico, sem antecedentes bacilosos, mas com sinais de adenopatia tráqueo-brônquica.

*Diagnóstico clínico.* — Meningite tuberculosa.

### LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO

Data	Aspecto	Tensão	Albumina	Pandy
3-XII-931	Límpido	Hipertensão em jacto.	0,60 ‰	Positivo
18-XII-931	»	Idem.	0,60 ‰	»
7-I-932	»	Gotas frequentes (tensão sensivelmente aumentada).	0,50 ‰	Fracamente positivo
2-IV-932	»	Idem.	Muito aumentada.	Positivo



Data	Contagem	Exame citológico	Exame bacteriológico
3-XIII-931	45 por campo (grande leucocitose).	95 % linfócitos. 5 % polinucleares.	Negativo.
18-XII-931	40 por campo.	8 % polinucleares. 92 % linfócitos.	Encontraram-se bacilos ácido-resistentes (B. K.).
7-932	Acentuada linfocitose.	Linfócitos. Raros polinucleares.	Não se encontraram bacilos de Koch.
2-IV-932	22 por campo. Acentuada linfocitose.	90 % linfócitos.	Negativo.

Data	Cloretos	Glicose	R. de Wassermann	Inoculação
3-XII-931	—	—	Negativa com 0,2 cc. e 0,4 cc.	Negativa
18-XII-931	—	—	Idem.	»
7-I-932	5,956 ‰	Deminuída	—	»
2-IV-932	—	—	Negativa.	»

## SANGUE

Data	Gl. brancos	Polinucl. neutrófilos	Eosinóf.	Basóf. <sup>os</sup>	Linfócitos	Gr. mononucleares
7-XII-931	7.100	58,4 %	1,6 %	0,0 %	36,8 %	3,2 %
12-XII-931	11.500	60,8 %	1,6 %	0,0 %	34,4 %	3,3 %

*Exame oftalmológico.* — Nevrite óptica à esquerda. Não se observaram tubérculos da corioideia (Consulta de oftalmologia do Hospital dos Capuchos).

*Radiografia do tórax.* — Adenopatias hilares de apreciável volume; lesões discretas de peribronquite, de ponto de partida hilar.

*Diagnóstico definitivo.* — Meningite tuberculosa.

*Evolução.* — Manteve-se no mesmo estado, com torpor, temperaturas vesperais (à roda de 38°), intensas cefaleias e sinais meníngeos muito pronunciados, aproximadamente até 10-XII. Nesta altura começou melhorando: mais lúcido, com menos cefaleias e atenuando-se consideravelmente os restantes sintomas.



# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

A IODALOSE é a ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
 Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona  
 DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR em PHARMACIA  
 Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniido.  
 LABORATORIO GALBRUN, 8et10, Rue du Petit-Musc. PARIS

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

**CREOSO - PHOSPHATADA**

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



# SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico**  
**Eupeptico e Reconstituente.**

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

**GRIPPE PARIS (8º) RACHITISMO**

# PILULAS OPOBYL PILULAS

**TRATAMENTO PHYSIOLOGICO**

das *Ictericias, Hepatites e Cirrroses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites.*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoïdarios.*

**COMPOSIÇÃO**

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

**INSUFFICIENCIAS  
 Hepatica e Biliar**

**PHARMACODYNAMIA**

Cholagogo, Reeducador das  
 funcções entero-hepaticas,  
 Descongestivo do fígado  
 e dos intestinos.

**MODO DE EMPREGO** Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amóstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos :

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



# Nas perturbações de função do ovário

## PROLAN

Hormonio do lobo anterior da hipofise para a activação das funções ovarianas na amenorrea, oligomenorrea, infantilismo, esterilidade, dismenorrea. Também indicado na caquexia hipofisaria e nos estados de infeções dos órgãos urogenitais.

**EMBALAGENS ORIGINAES:**  
Vidro de 20 drageas à 150 unidades - Caixa de 5 ampolas secas à 100 unidades e 5 ampolas de 2 cc. de água destilada.

## UNDEN

Hormonio ovariano, estandardizado, para a terapeutica vicariante na formação hormonal folicular escassa ou deficiente. Doenças climatericas, oligomenorrea, amenorrea.

**EMBALAGEM ORIGINAL:**  
Vidro de 15 drageas à 100 unidades

Para o tratamento ciclico recomenda-se a aplicação alternativa de Prolan e Unden correspondente ao espelho hormonal (Prolan na primeira metade intramenstrual Unden na segunda metade intramenstrual)

Representante:

**LUSOPHARMA**  
Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA



A temperatura baixou definitivamente e, cinco ou seis dias depois, o doente entrou em franca convalescença.

Engordou rapidamente e manteve-se, desde então, em excelente estado geral. Cerca de dois meses depois (em 30-I), teve alta da enfermaria, mantendo-se em convalescença numa localidade próximo de Lisboa e tendo sido visto periódicamente por nós. Em Maio de 1932 regressou à terra da sua naturalidade, sem ter voltado a apresentar sintomas.

*Tratamento.* — Além do tratamento sintomático que lhe foi feito, administrámos-lhe apenas cálcio em doses elevadas e por diferentes vias (oral, intramuscular e intravenosa). Este tratamento (o mesmo que fizemos nos catorze casos fatais, passados pelo serviço no ano anterior) não deve, evidentemente, ter influído grandemente no decurso da doença.

CASO II. — A. J. C. Jr., 22 anos. Entrado em 17-XIII-931 no Pavilhão 2 do Hospital Curry Cabral, cama 12.

*1.ª observação:*

*Anamnese.* — Esteve internado no mesmo Pavilhão em Junho de 1930, padecendo já então de um síndrome meníngeo. A punção lombar, feita nessa altura, mostrava *liquor* límpido e hipertenso, com acentuada linfocitose, mas sem que se tenham observado bacilos de Koch. Após cerca de um mês de evolução, este síndrome meníngeo curou espontâneamente, tendo o doente passado bem até há pouco, isto é, durante cerca de ano e meio.

Oito dias antes da sua entrada aqui começou sofrendo de cefaleias intensas, vômitos e dores na coluna. Há três dias que tem diplopia. Tem tido temperaturas elevadas.

*História progressa.* — Sem valor, se exceptuarmos a doença referida na anamnese.

*Status praesens.* — Péssimo estado geral, extremamente emmagrecido, sonolento. Temperaturas elevadas, cerca de 39°. Torpor psíquico considerável; responde lentamente, evidenciando um certo grau de obtusão. Escaras de decúbito. Posição indiferente no leito.

*Tórax e pulmões.* — Tórax astênico, com pronunciadas depressões dos espaços intercostais. Não há sinais de lesão pulmonar.

*Coração e vasos.* — Tons puros em todos os focos. Apex no quarto espaço, para dentro da linha mamilar. Pulso rítmico, de frequência bastante variável, em regra bastante taquicárdico (100 p. m.).

*Abdómen.* — Considerável contractura do músculo da parede. Não palpo baço.

*Exame neurológico.* — Estrabismo divergente por paralisia do III par à direita; reacções pupilares à luz e à acomodação abolidas deste lado. Visão e audição normais. Considerável rigidez da nuca. Sinais de Kernig e Brudzinsky positivos. Ligeira hiperestesia generalizada.

Reflexos tendinosos enfraquecidos, mas simetricamente iguais. Não há sinais piramidais.



*Resumo.* — Síndrome meníngeo, acompanhado de paralisia do III par à direita, num indivíduo que há cerca de ano e meio tivera um episódio análogo em que a etiologia tuberculosa provável não lograra obter confirmação laboratorial.

*Análises.* — Ver no quadro junto as análises 1), 2), 3), 4), correspondentes a este internamento.

*Radiografia do tórax.* — Não se encontraram lesões pulmonares.

*Diagnóstico definitivo.* — Meningite tuberculosa?

*Evolução.* — Após cerca de vinte dias de evolução, durante os quais as temperaturas e restantes sintomas se mantiveram, o doente entrou a melhorar, tendo tido alta, apirético e sem quaisquer sinais, em 27 de Janeiro de 1932. O último exame do líquido céfalo-raquidiano feito antes da alta (5-I-32) mostrava já um líquido saneado. A paralisia do III par regressara completamente.

*2.<sup>a</sup> observação.* — Baixa de novo ao Hospital Curry Cabral em 4-VI-32.

Durante o período que mediou entre o seu anterior internamento e o actual, manteve-se bem: engordou, esteve apirético e chegou a trabalhar. Foi várias vezes observado por nós, nunca lhe tendo sido encontrados sinais meníngeos; também uma punção lombar, feita em 25-IV, não revelava reacção meníngea.

Há cerca de 6 dias, porém, voltou a sentir-se mal, quasi bruscamente: cefaleias, vômitos e febre eram os seus principais sintomas. Desde ontem que tem, de novo, diplopia.

*Status praesens.* — Regular estado de nutrição, consciência lúcida, temperaturas de cerca de 38°.

Continua a não apresentar sinais pulmonares.

*Exame neurológico.* — Sintomas meníngeos menos intensos do que quando do seu anterior internamento, mas em todo o caso manifestos. Tem também de novo, embora com menos nitidez do que anteriormente, paresia do III par à direita.

*Análises.* — Correspondem a este período as análises 6), 7) e 8) do quadro junto. Como se vê, uma destas análises mostrou, ao exame directo, a existência de bacilos de Koch; a inoculação, feita com o líquido de outra punção, tuberculizou o cobaio.

*Diagnóstico.* — Meningite tuberculosa.

*Evolução.* — De novo, e desta vez após um período apenas de quinze dias, os sintomas remittiram completamente, saindo o doente com alta em 24-VI, após uma nova punção ter mostrado um líquido já saneado.

De então para cá, tem sido várias vezes observado por nós. Cuidados e repetidos exames neurológicos não têm logrado encontrar sinais de foco ou de irritação meníngea. Tem engordado e não tem tido temperaturas.

Nova punção em 6-X mostrava o completo saneamento do líquido.



## LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO

Data	Aspecto	Tensão	Albumina	Pandy
1) 17-XII-931	Límpido	Em jacto	0,60 ‰	—
2) 21-XII-931	»	»	0,40 ‰	+ +
3) 30-XII-931	»	Gotas frequentes	0,40 ‰	—
4) 5-I-932	»	Normal	0,40 ‰	—
5) 25-IV-932	»	»	Normal	—
6) 4-VI-932	»	Em jacto	0,50 ‰	—
7) 14-VI-932	»	»	0,65 ‰	+ +
8) 20-VI-932	»	Gotas frequentes	0,20 ‰	—
9) 6-X-932	»	Normal	Normal	—

Data	Contagem	Exame citológico	Exame bacteriológico	Cloreto
1) 17-XII-931	Leucocitose muito aumentada.	Linfócitos.	Negativo.	6,4 ‰
2) 21-XII-931	171 células por mmc. na célula de Nagotte.	75 ‰ linfócitos. 25 ‰ polinucleares.	»	—
3) 30-XII-931	Leucocitose não muito acentuada.	Linfócitos.	»	—
4) 5-I-932	Normal.	»	»	—
5) 25-IV-932	»	Leucóc.ºs (?)	»	—
6) 4-VI-932	Incontáveis.	Linfócitos.	»	6,05 ‰
7) 14-VI-932	55-60 p. campo.	»	Bacilos de Koch.	6,37 ‰
8) 20-VI-932	Ligeira linfocitose.	»	Negativo	7,7 ‰
9) 6-X-932	2,6 por mmc.	»	»	»



Data	Glicose	R. de Wassermann	Inoculação	Benjoim coloidal
1) 17-XII-931		—		
2) 21-XII-931		Negativa	Negativa	
3) 30-XII-931				
4) 5-I-932				0000002160000000
5) 25-IV-932		»	Positiva	
6) 4-VI-932	Deminuída			
7) 14-VI-932	Normal	»	Negativa	
8) 20-VI-932	»			
9) 6-X-932	»	—	»	Normal

Como se vê, qualquer dos nossos casos apresenta um alto interesse clínico.

No primeiro, uma meningite tuberculosa evoluciona num indivíduo portador também de uma tuberculose pulmonar. A natureza desta meningite ficou demonstrada pela presença, no líquido céfalo-raquidiano, de bacilos de Koch. A sua evolução, porém, em vez de seguir o progresso habitual até à morte, detém-se, pelo contrário, a certa altura e termina pela cura clínica. A última punção lombar efectuada neste indivíduo evidenciava ainda uma discreta reacção meníngea que fazia pensar em que se tratasse apenas de uma remissão; a sua cura clínica mantém-se, porém, há longos meses e permite pensar que existe já também uma cura humoral.

São de salientar, neste caso, dois dos factores que atrás apontamos como contribuindo para a cura da doença: o primeiro é a fraca virulência dos bacilos de Koch, encontrados no *liquor*, que não lograram tuberculizar o cobaio; o segundo, a natureza latente e escassamente evolutiva da sua tuberculose pulmonar.

O segundo caso reveste, porém, um interesse clínico muito maior. Aqui a meningite tuberculosa, verificada como tal pela presença de bacilos de Koch no *liquor* e pela tuberculização do cobaio, tem seguido uma estranha evolução, que em mais caso algum encontramos descrita; a esta forma de evolução, manifes-



tada já por três *poussées* meníngeas absolutamente típicas, no intervalo das quais não só não existem quaisquer sinais clínicos, como há um completo saneamento do *liquor*, chamaremos nós forma recidivante.

O problema do diagnóstico diferencial pode dizer-se que, neste caso, quasi se não põe: tôdas as formas de meningites crônicas e recidivantes são excluídas pela presença de bacilos de Koch no *liquor* e pela positividade da inoculação. A existência de um tubérculo único, que periódicamente originasse uma reacção meníngea, pode também ser facilmente excluída, dada a ausência total de sinais focais ou sintomas de hipertensão intracraniana, durante os já longos períodos de bem-estar por que o doente tem passado.

É evidente, pois, a existência, neste caso, de um processo de tuberculose meníngea, latente e fracamente evolutivo, mas que, de tempos a tempos, por causas que não conhecemos, se reacerba, dando origem a um novo quadro clínico de meningite. Salientemos ainda que as *poussées* meníngeas neste doente têm vindo decrescendo de intensidade, permitindo-nos esperar a cura actual definitiva do processo.

O conhecimento dêste modo de evolução da meningite tuberculosa pode ter, em nossa opinião, grande interêsse diagnóstico e prognóstico, sendo até êsse um dos motivos que nos leva a publicá-lo.

#### CONCLUSAO

Chegados ao fim desta já longa exposição sôbre as eventualidades de cura da meningite tuberculosa, importa salientar que não houve da nossa parte a intenção de apresentar como menos sombrio o prognóstico dessa pavorosa afecção. O conhecimento da curabilidade, de resto raríssima, de tal doença, em nada pode alterar êsse sombrio prognóstico.

Pretendemos apenas afirmar a indubitável existência de tais casos de cura, achar para êles, à face da patologia, uma explicação razoável e apresentar, ao mesmo tempo, dois dêsses casos por nós observados, dos quais o segundo constitue, pela sua evolução, uma forma clínica que nos parece nova, da meningite tuberculosa.



## BIBLIOGRAFIA

- ALF. MARTIN. — Remissions and Recoveryng Men. Tub. *Brain*. 32:209. 1909.
- R. I. PITFIELD. — Recovery from M. T. *Am. Journal Med. Sciences*. 146:37. 1913.
- A. CRAMER et G. BICKEL. — La M. T. est-elle curable? *Ann. de Méd.* 12/226. 1922.
- G. BORRUSO. — Policlínico (Sez. Med.) 36:493. 1929.
- P. TILLI. — Policlínico (Sez. Prat.) 23:1357. 1916.
- HARBITZ, F. — The curability of T. M. *Am. J. of Med. Sc.* 161:212. 1921.
- S. SCHAEFFER. — T. M. *New York Med. J.* 48:77. 1913.
- A. GEHRKE. — Kann die M. T. Heilen? *Beitr. Z. Klin. der Tuberk.* 61:310. 1925.
- VIALARD et DARLEGUI. — *Bull. et mém. Soc. Méd. Hôp. Paris.* 49:522. 1925.
- VEDEL, GIRAUD e PUESH. — *Bull. e mém. Soc. Méd. Hôp. Paris.* 50:388. 1926.
- NEIDHARDT. — *Munchen. Med. Wochenschrift.* 73:823. 1926.
- OPPENHEIM, E. A. — *Zeitschr. fur Tuberk.* 45:306. 1926.
- WIESE, O. — *Munch. med. Wochen.* 73:1937. 1926.
- DIMA, F. — *Riforma Medica.* 45:990. 1929.
- JOUSSET, A. et PERRISSON, J. — *Bull. et mém. Soc. Méd. Hôp. Paris.* 53:654. 1929. *Rev. Internat. de Méd. et de Chir.* 47:75. 1929. *Soc. Méd. Hôp. Paris.* 24-VI-932
- E. A. DUNN. — *Arch. Pediat.* 27:685. 1910.
- KRAMER e STEIN. — *Arch. Int. Med.* 1931.
- REICHMANN e RAUCH. — *Munch. Med. Woch.* Pág. 1430. 1913.
- MOURGES. — *Toulouse Médical.* Pág. 56. 15-1-931.



## A CIRURGIA MODERNA DOS PANARÍCIOS

Um caso de panarício osteo-perióstico do polegar

POR

VASCONCELOS ARRUDA  
Interno de cirurgia dos Hospitais

Ao apresentarmos um caso de panarício osteo-perióstico da segunda falange do polegar, que nos parece interessante, sob o ponto de vista de cirurgia conservadora, sugeriu-nos a idea de algumas palavras dizermos sôbre a técnica cirúrgica moderna dos panarícios. Nos últimos anos houve, por assim dizer, uma formidável revolução nas técnicas seguidas até então para as incisões dos panarícios e dos fleimões da mão. As cicatrizes viciosas, retraídas e por vezes dolorosas, das velhas incisões, as freqüentes propagações das infecções provenientes de incisões incompletas e mal conduzidas, sob o ponto de vista anatómico, as mutilações a que os doentes se tinham de sujeitar, quer pela deficiência das incisões, quer pelas intervenções tardias, e os casos trágicos de septicemia, terminados pela morte, fizeram com que KANAHEL, nos Estados-Unidos, e mais tarde, MARC ISELIN, em França, estudassem e se dedicassem a fundo a êste problema tão complexo. Ensaïaram-se novas incisões, submetteram-se doentes a observações minuciosas e conscienciosas, estabeleceram-se paralelismos entre as duas Escolas, compararam-se radiografias, estéticas e funcionamentos post-operatórios, e a velha técnica era esmagadoramente vencida pelos bons êxitos da nova, que surgia nos vastos horizontes da cirurgia moderna. Tinha-se feito luz na escuridão em que jaziam as infecções da mão. Nasceu a nova técnica apoiada em princípios que é forçoso que todos conheçam. Se todo o doente portador dum banal panarício soubesse o risco que a sua vida corre, de-certo que procuraria o cirurgião com mais freqüência e com mais urgência. Mas é necessário também que todo o clínico saiba agir com eficácia, quer



enviando a tempo ao cirurgião o portador do panarício, quer, se vive na provincia, intervindo por si e servindo-se dos seus próprios recursos. Que estes conselhos sirvam sobretudo para aqueles que, abandonando agora os bancos da Faculdade, vão encetar a sua vida clínica. Seria de bom senso que todos aqueles que encaram a cirurgia apenas como uma fonte de proventos e como um mister fácil, para o qual a prática da dissecação anatómica é sufficiente, lessem e retivessem as palavras que abaixo seguem em *estilo*, mas... sem fôrça de lei.

«Um panarício é uma infecção sempre grave. Mais grave se torna quando é agredido por uma incisão ignorante. Só o cirurgião *deve* saber incisar um panarício. O clínico geral *deve* saber diagnosticá-lo para o enviar àquele com maior ou menor urgência. Todo o *curioso* que intente contra a vida do seu semelhante com incisões futuristas e curandices devia ser preso e julgado como responsável do seu acto criminoso. A culpa do doente só é atenuada quando êste, de mentalidade reduzida, estiver catalogado na grande classe dos ignorantes; caso contrário, é conivente no crime.»

Por razões que não vêm para o caso, temos mutilado, nos Serviços de urgência do Hospital Escolar e dos Hospitais Civis, alguns segmentos do membro superior em vários doentes já anteriormente operados, e que nos foram enviados por colegas. Não culpamos ninguém, mas lembramos que é necessário conhecer bem a anatomia da mão para não a atropelarmos com incisões fantasiosas e pouco inteligentes. Há que saber, em primeiro lugar, a anatomia da região, depois a que subdivisão dos panarícios pertence aquele que pretendemos operar, para lhe fazermos então a incisão que lhe compete. As incisões variam com a localização dos panarícios. Vamos recordar a anatomia da mão, a-fim-de comprehendermos melhor a localização dos focos de infecção e as suas respectivas vias de comunicação (KANAVEL).

#### ANATOMIA DOS ESPAÇOS CELULOSOS DA MÃO

ESPAÇOS PALMARES	{	HIPOTENAR (limitado pelo septo intermuscular interno).
		TENAR (limitado pelo septo intermuscular externo).
		PALMAR MÉDIO (compreendido entre estes dois espaços).



O espaço *palmar médio* é limitado profundamente pelo plano dos metacárpicos e dos interósseos, anteriormente pela face profunda dos tendões dos flexores contidos nas suas bainhas, para dentro, pelo septo intermuscular interno (espaço hipotenar) e para fora pelo septo intermuscular externo (espaço tenar). Em cima não chega a atingir o carpo e em baixo é separado dos dedos por uma barreira fibrosa perfurada pelos canais lombri-cóides.

#### COMUNICAÇÃO ENTRE OS DEDOS E A MÃO

FACE DORSAL. — A comunicação estabelece-se pela continuidade do tecido celular subcutâneo.

FACE PALMAR. — Embora a barreira fibrosa que existe a êsse nível, o músculo lombricóide perfura-a e é pelo canal lombricóide que se faz a comunicação.

As bainhas do 2.º, 3.º e 4.º dedos terminam no espaço palmar médio da mão. As bainhas do 1.º e 5.º dedos estão em relação, respectivamente por intermédio dos espaços tenar e hipotenar, com o *espaço antibraquial*, compreendido entre o músculo quadrado pronador e a face profunda dos tendões dos flexores e suas bainhas. Uma vez descrita resumidamente a anatomia da mão, fácil é compreender as vias de infecção e, portanto, a orientação a dar à incisão ou incisões que tenham de fazer-se. Estas incisões agrupá-las-emos resumidamente, com os pensos adequados a cada caso, num esquema, que publicaremos mais adiante, descrevendo agora as considerações e princípios gerais de KANA-VEL sôbre os panarícios:

I — O tratamento deve ser precoce...

II — Mas o diagnóstico deve ser certo, porque mais vale esperar algumas horas para ter a certeza de uma flutuação nítida do que incisar às cegas.

III — A profilaxia é sempre possível aplicando imediatamente após a picada tintura de iodo.

IV — É necessário imobilizar a mão em posição de função:

a) Punho em flexão dorsal forçada.

b) Dedos com tôdas as articulações flectidas umas sôbre as outras a 60 graus.



c) Polegar afastado da palma da mão, mas em abdução e em opposição, tendo a segunda falange ligeiramente flectida.

V — OPERAÇÃO. a) *Anestesia perfeita*. — Faremos a anestesia local unicamente nas infecções da falange ungueal, em anel na raiz do dedo e principiando pela face dorsal, que é a menos sensível. Todos os outros panarícios devem ser operados sob anestesia geral.

b) *Campo exangue*, obtido com a faixa d'ESMARCH ou com um simples garrote, improvisado com um tubo de *cauchu*.

VI — INCISÕES. — Nunca fazer as incisões medianas, porque :

a) Drenam mal por serem no ponto culminante.

b) Porque permitem as hérnias dos tendões e da sinovial.

c) Deixam uma cicatriz viciosa, retraindo o dedo e tornando o seu funcionamento impossível, embora haja integridade dos tendões. Fazer, portanto, sempre as incisões lateralizadas.

VII — DRENAGEM. — A drenagem só será mantida durante 48 horas, tempo que será suficiente, se as incisões tiverem sido bem feitas. Nunca drenar com tubos de *cauchu*, porque provocam necroses. Drenar com pedaços de *cauchu* laminado, ou com pequenos drenos de gaze vaselinados, os quais se tornam impermeáveis e drenam pelos bordos. Os drenos secos de gaze só devem ser empregados nos casos de hemorragia. Ao tirar o garrote, após a operação, se a hemorragia fôr grande, faça-se a laqueação dos vasos e tampona-se com gaze, durante 48 horas.

VIII — PENSO. — Nos primeiros dias, enquanto há linfangite, fazer pensos húmidos, quentes; pode ser usado o soluto de ácido bórico saturado e fervido. Algumas compressas, muito algodão e um impermeável perfurado para introduzirmos a solução tôdas as duas horas. Assim que a infecção estiver localizada, cessar com os pensos húmidos. O prolongamento da humidade quente edemacia e mortifica os tecidos, infiltra a mão e compromete a defesa local e a reparação. Enquanto a ferida estiver infectada, fazer pensos com Dakin. Uma vez passada a infecção, os pensos devem ser vaselinados e a seguir devemos colocar a mão ou o dedo em posição de função. Os pensos devem ser feitos todos os quatro dias. Mobilização precoce feita pelo doente e por movimentos passivos.



## Classificação dos panarícios, sintomatologia, terapêutica e pensos adequados

Classificações	Sintomas	Intervenção cirúrgica	Pensos		
Panarícios superficiais (subepidérmicos)	Panarício eritematoso .....	—	Pensos húmidos quentes.		
	Panarício flictenolar .....	Idem e flictena .....	Incisão e excisão da flictena.....	Pensos vaselinados ou com Dakin.	
	Panarício sub-angueal, periungueal (unheiro) .....	Idem e supuração.....	Incisão em retalho na base da unha com pedículo superior. Se o bordo superior da unha está descolado, seccioná-lo e deixar a parte distal, se está aderente (fig. 1).....	Pequeno penso de gaze embebido em Dakin, introduzido entre o retalho e o dedo, enquanto durar a infecção. Depois, penso vulgar.	
	Panarício em botão de camisa .....	Vide panarícios subcutâneos .....	—	—	
Panarícios sub-cutâneos .....	Falange distal... Reacção local e reacção do estado geral.....	(a) Dividir a polpa em duas valvas com uma incisão arciforme de vértice superior. A valva posterior contém a falangeta (fig. 2). Raspar o foco purulento ou desbridar a tesoura. ....	(a) Pequena mecha com Dakin entre as duas valvas. Ao fim de dois ou três dias, se não houver supuração, deixar fechar espontaneamente as duas valvas.		
				Primeira e segunda falanges .....	Idem.....
Panarício antracóide .....	Reacção local.....	Incisão crucial. Dissecar os quatro retalhos. Raspar o foco com colher ou excisar a canivete.	Penso húmido com Dakin.		
Panarício gangrenoso .....	Excepcional. Reacção local e geral (alcoolismo, diabetes, debilitados, etc.) .....	Desarticulação ou amputação do dedo.....	Penso asséptico. Vacinas. Soros. Insulina. Tratamento do estado geral.		
Panarícios profundos.	Bainhas digitais dos 2.º, 3.º e 4.º dedos..... Reacções local e geral. Dor violenta à extensão e flexão do dedo.....	(No dedo). Duas incisões nas faces laterais das duas primeiras falanges. (Na mão). Duas incisões laterais ao longo dos dois lombricóides permitindo abrir o espaço palmar, se está atingido (fig. 4)..	Pequenos drenos com cauchu, pensos húmidos e posição de função.		
				Bainhas dígito-palmares dos 1.º e 5.º dedos	Idem. Linfangite do antebraço ou fleumão. Por vezes, septicemia .....
	Panarícios ósteo-periósticos .....	Falangeta .....	Idem .....	(B. radial). <i>Primeira incisão:</i> segue o bordo externo do polegar. <i>Segunda incisão:</i> ao longo do bordo interno da eminência tenar. <i>Terceira incisão:</i> segue o bordo radial do antebraço (fig. 5).....	Idem.
		Outras falanges	Idem .....	Raspagem, desarticulação ou amputação quando de todo se não puder fazer cirurgia conservadora .....	—
Artrites supuradas das falanges...	Idem. Crepitação da articulação pelos movimentos passivos de lateralidade .....	Retalho dorsal com pedículo superior (semelhante ao da fig. 1). Ressecar a cabeça da falange ou do metacárpico. Desarticular ou amputar só em casos últimos .....	Pensos com compressas embebidas em bálsamo do Peru. Posição de função.		



# Classificação dos parâmetros

Classe	Descrição	Exemplos
Localidade	Parâmetros que descrevem a localização geográfica do ponto de amostragem.	Latitude, Longitude, Altitude, etc.
Tempo	Parâmetros que descrevem o momento da coleta e condições ambientais.	Data, Hora, Temperatura, Umidade, etc.
Características físicas	Parâmetros que descrevem as propriedades físicas do material coletado.	pH, Condutividade, Turbidez, etc.
Características químicas	Parâmetros que descrevem a composição química do material coletado.	Nitrogênio, Fósforo, Carbono, etc.
Características biológicas	Parâmetros que descrevem a presença e quantidade de organismos vivos.	Número de bactérias, Presença de algas, etc.
Características físicas e químicas	Parâmetros que descrevem propriedades físicas e químicas combinadas.	Dureza da água, Temperatura, etc.
Características biológicas e químicas	Parâmetros que descrevem a interação entre organismos e a química.	Atividade enzimática, etc.
Características físicas e biológicas	Parâmetros que descrevem propriedades físicas e a presença de organismos.	Turbidez e número de bactérias, etc.
Características químicas e biológicas	Parâmetros que descrevem a composição química e a presença de organismos.	Nitrogênio e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.
Características físicas, químicas e biológicas (cont.)	Parâmetros que descrevem uma combinação de propriedades físicas, químicas e biológicas.	pH, Condutividade e número de bactérias, etc.



No Banco do Hospital de S. José, onde ocorrem diariamente, com abundância, os panarícios, costumamos fazer de um modo geral os primeiros pensos com gaze embebida em água oxigenada e os seguintes com Dakin. Na nossa clínica particular fazemos os pensos sempre com «Dermosa Cusi Antiséptica Der-cusan», de mais fácil manejo, de efeitos rápidos e com a qual temos obtido óptimos resultados. A Dermosa tem, para nós, a vantagem de ser simultaneamente um desinfectante e um cicatrizante, e como o seu princípio activo se encontra dissolvido em excipiente gordo, os efeitos daquele actuam mais lentamente, e este, vaselinando a gaze, serve de dreno e evita que o penso adira à ferida tornando-a sangrenta e dolorosa quando do levantamento do penso.

Feitas estas considerações, assaz inteligentes, de KANAUEL, resta-nos aconselhar a todos aqueles que se interessam a fundo por este assunto que vão colhêr a técnica precisa e os bons ensinamentos directos ao livro de KANAUEL, ou ainda, o que será mais fácil, ao de MARC ISELIN: «Plaies et maladies infectieuses des mains».

D. F. D., 27 anos. Peixeira. Lisboa.

*Hist. Preg.* — Conta que no dia 28 de Junho de 1931 se picou com uma espinha de peixe no polegar direito. No dia 30 do mesmo mês começou a sentir dores violentas e contínuas no dedo, febre alta e dores de cabeça. Diz que não conseguia dormir e que o dedo lhe «inchou» e começou a «criar». Fêz pensos quentes com soluto de borato de sódio, mas sem resultado. Foi observada por nós, no Banco do Hospital de Santa Marta, no dia 6 de Julho.

*Observação.* — Dedo polegar direito edemaciado e com flutuação nítida na polpa. A bainha radial não foi atingida pelo processo inflamatório, que parece localizar-se apenas na falange distal. Temperatura, 38°,9.

.....

Nesse mesmo dia resolvemos operar a doente, tendo-lhe feito anestesia regional com novocaína em anel, acima do garrote, colocado na raiz do dedo. Incisão arciforme de vértice superior, dividindo a segunda falange em duas valvas. Desbridamento com tesoura e raspagem com cureta. Penso com gaze embebida em Dakin, como atrás foi indicado. Como a doente não podia comparecer na consulta C 2 à hora a que lá nos encontrávamos, foi entregue à enfermeira da mesma consulta; a-fim-de lhe seguir o penso, o qual seria vigiado por nós todos os três dias. Em 23 de Julho a doente foi mandada novamente à consulta para nós a observarmos em virtude de persistir uma fistula, que teimava em não fechar e a supuração continuar, embora menos abun-



dante. A temperatura oscilava entre o normal e uns décimos e as dores, a-pesar-de muito menos exacerbadas, havendo até períodos de acalmia absoluta, persistiam ainda. Com um estilete sondámos a fístula, de bordos exuberantes e existente no ponto culminante da incisão externa, e tivemos a sen-

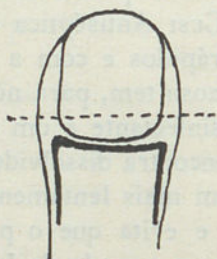


Fig. 1

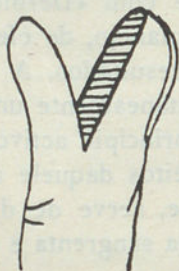


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



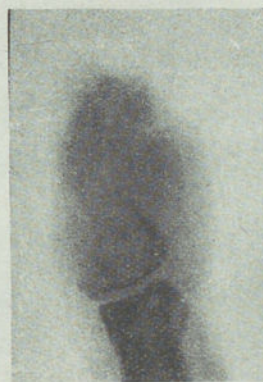
Fig. 5

sação de tocarmos um sequestro. Requisitámos então uma radiografia, que no dia 27 tínhamos em nosso poder (radiografia I). Revelava um sequestro da quasi totalidade da falangeta. Reoperamos a doente no dia 27, fazendo igualmente uma incisão arciforme, mais larga do que a primeira e cujo plano foi





Radiografia I  
Antes de operada



Radiografia II  
Quinze dias depois de operada



Radiografia III  
Um mês depois da radiografia II

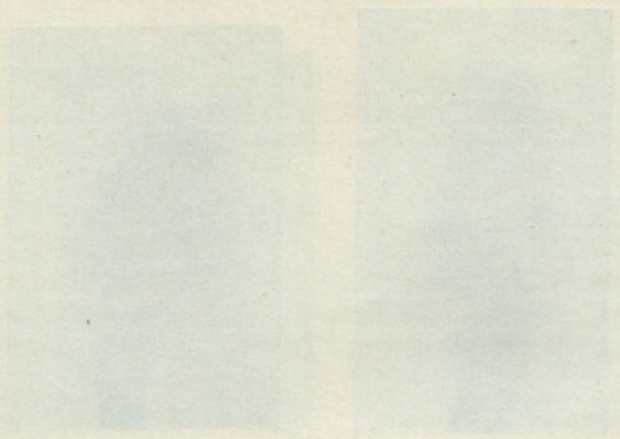


Radiografia IV  
Dezasseis meses depois da radiografia III

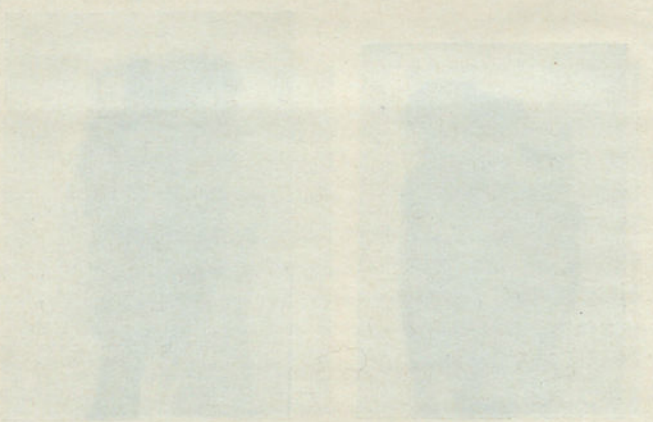




dante  
a-pes  
luta,  
rante:



I. [Illegible text]



II. [Illegible text]

saçã  
dia 2  
quã  
men



tangente ao sequestro da falange, que extraímos em massa, fazendo todo o possível por poupar o periósteo da base articular e do bordo externo. Raspagem com cureta. Fixação e aproximação das duas valvas com três pontos de sêda, separados e afastados. Tamponamento laxo e drenagem com gaze iodoformada no bordo externo do polegar, na base da incisão. Aos seis dias foi retirado o dreno, aos oito dias os pontos, e aos dez dias tôda a ferida se encontrava cicatrizada. Em 10 de Agosto foi tirada nova radiografia (radiografia II), que mostrava a regeneração de uma nova falangeta à custa do periósteo da base, que foi poupado na intervenção cirúrgica. Estão conservados os movimentos de flexão e de extensão da segunda falange sôbre a primeira, embora ainda limitados. Em 16 de Setembro a doente volta a ser radiografada (radiografia III), onde se confirma a regeneração progressiva da nova falangeta. Movimentos de flexão e de extensão normais. A doente diz fazer ultimamente a sua vida habitual e todos os seus trabalhos domésticos. A cicatriz pouco se conhece, é indolor e o polegar está sensivelmente com o mesmo volume e forma do polegar esquerdo. Alta definitiva nesta data. Curada.

Com o pretexto de confirmarmos melhor a cura do caso que acima descrevemos, a-pesar da documentação radiográfica já apresentada e colhida em três sessões diferentes, resolvemos procurar novamente a doente, a-fim-de a submetermos a um novo exame clínico e radiográfico. E não foi fácil a tarefa, porque estes doentes, uma vez curados, são, em geral, duma ingratidão tal, que desaparecem sem deixar rasto.

Enfim, em 26 de Janeiro de 1933 conseguimos observar a doente e mandá-la novamente radiografar. Clinicamente pudemos constatar, com prazer, que a doente conservava todos os movimentos de extensão e de flexão, que estes estão normais, e que o dedo polegar direito apresentava aparentemente o mesmo volume e dimensões do polegar esquerdo, estando apenas a cicatriz no ponto correspondente ao vértice da incisão arciforme levemente retraída, o que imprimia à polpa do dedo, no ponto culminante, um leve sulco, sem todavia macular a estética do dedo. A falange distal, pela palpação, é indolor em tôdas as suas faces e bordos. A confirmação radiográfica é mais flagrante ainda. Nota-se nesta última radiografia (radiografia IV) que passados dezasseis meses e poucos dias da última radiografia (radiografia III), a falangeta não só está totalmente regenerada e bem calcificada, como também tomou o aspecto duma falangeta normal. De discordante observámos apenas na radiografia de frente uma certa irregularidade no contôrno superior da falan-



geta e um núcleo mais denso e exuberante nas dependências da face palmar, visível nesta radiografia por transparência e mais nítido na radiografia de perfil, que só podemos atribuir a qualquer fragmento de periósteo da antiga falangeta que se tenha isolado daquela, quando do processo inflamatório, e, tendo ficado aderente às partes moles, concorresse para a ossificação. Não sendo admissível esta hipótese, que para o acto funcional não tem importância, só qualquer capricho de ossificação o poderá explicar. Parece-nos que sobre o assunto nada mais temos de descrever e de confirmar para convencer alguém que seja mais rebelde e rotineiro.

### CONCLUSÕES

Se muito se tem escrito sobre panarícios e infecções da mão, pouco se tem lido e, sobretudo, muito pouco se tem feito na prática. Não é nosso intuito, portanto, dar qualquer novidade cirúrgica ou acrescentar algum aperfeiçoamento às últimas técnicas apresentadas por quem de competência, sobre o assunto que acabamos de tratar. Pretendemos apenas defender as doutrinas apresentadas por KANAVAL e MARC ISELIN, as quais há mais de dois anos praticamos com surpreendentes resultados em duzentos casos em que tivemos de intervir. Ao mesmo tempo protestamos enérgicamente contra o abandono a que são votadas ainda hoje as infecções da mão e contra as tropelias que são usadas por leigos, para as resolver. Concluiremos dizendo que, além de ser um dever respeitar as técnicas de KANAVAL e de MARC ISELIN para as incisões dos panarícios e dos fleimões da mão, devemos fazer, sempre que possa ser, cirurgia conservadora, e, sempre que se proporcione, após esmagamentos e mutilações do polegar, cirurgia reparadora (falangização do primeiro metacárpico ou policização do segundo metacárpico) segundo as perdas de substância dos casos em que tivermos de intervir. Assim, ficaremos com a consciência tranqüila de alguma solução, cientificamente cirúrgica, termos dado à integridade respeitável das extremidades do membro superior do nosso semelhante, quando este, atingido de infecção ou de aleijão, por felicidade nos vier parar às mãos.



## AS TINHAS DE LISBOA

Contribuição para o seu estudo laboratorial

POR

NEVES SAMPAIO

(Trabalho do Instituto Rocha Cabral)

O conhecimento da área de distribuição geográfica das micoses é um capítulo dos mais interessantes da geomedicina.

As diferentes espécies parasitárias têm a sua zona de distribuição própria tal como a das espécies vegetais superiores.

Assim como há regiões propícias ao desenvolvimento da oliveira, do carvalho ou da palmeira, assim se conhecem parasitas particularmente affectos a certos países, a certos climas (1). São-nos desconhecidos os factores principais que condicionam o fenómeno, que é bem de molde a supreender-nos.

Nenhuma espécie vegetal é cosmopolita, salvo, justamente, um grande número de talófitas. Pertencendo ao grupo, é de estranhar que as espécies que nos ocupam, façam uma selecção tão apreciável das suas zonas de cultura e tanto mais que o *solo* em que vegetam, como parasitas, deve ser de uma grande uniformidade por tôda a parte... Não deixará isto supor que a modalidade parasitária em que as conhecemos não é tudo na vida actual das espécies?

É crível que vivam como saprófitas no ambiente externo, sendo assim mais influenciáveis pelas condições climatéricas (luz, temperatura, grau de humidade...) e que possam, em determinadas

---

(1) Notaremos que esta distribuição, dependente, afinal, de tantas causas mal determinadas ainda, é um fenómeno instável, sujeito a oscilações e alternâncias variadas. No entanto, ainda recentemente J. Hare e P. Tate, em Londres (*Jour. of Hig.*, t. XXVII, 927), encontraram números que se sobrepõem aos da estatística de Adamson, Fox e Blaxall, trinta anos mais antiga.



condições, parasitar o homem ou os animais. É o caso do *Sporotrichum beurmanni*, que foi encontrado na casca da faia e em grãos de aveia; de certos *Actinomyces*, em gramíneas. A aspergilose, as blastomicoses, etc., são também afecções esporádicas que demonstram a adaptação ocasional dos respectivos agentes à vida parasitária.

Na repartição à superfície da terra as variações étnicas por certo não contam, mas antes os hábitos sociais, as propriedades biológicas do parasita, a sua amplitude plástica.

Em vinte e cinco casos de tonsurantes devidas ao *Trichophyton violaceum*, observadas em estrangeiros, Sabouraud encontrou vinte israelitas. Os hábitos, a segregação social desta raça, devem dar a explicação do caso (1).

O *Achorion schönleini* fornece um exemplo curioso também. A-pesar-de ser um parasita cosmopolita, cria, em geral, focos familiares nos meios rurais isentos de comunicações; a sua existência, costuma dizer Sabouraud, está na razão inversa do desenvolvimento da rede dos caminhos-de-ferro.

O *Microsporium audouini* é abundante ao NO da Europa e quasi não existe no Sul (nos trinta e três casos por nós estudados não o topámos uma única vez). O *Trichophyton crateriforme* é o causador de 50 % das tinhas da região de Paris; no Pôrto, Lima Carneiro e Nogueira Martins (2) encontraram-no em 16 % de tonsurantes e nós em 12 % dos casos. O *Trichophyton violaceum* dá 15 % das tonsurantes de Paris, 29 % no Pôrto, 63 % em Lisboa e, em certas regiões da Rússia, é, com o *Achorion*, quasi o único dermatofito que se encontra (3).

Como se vê, são absolutamente discordantes os números das diferentes regiões, havendo, por isso, necessidade de se proceder a estudos semelhantes.

---

(1) O. DA FONSECA: Algumas considerações de ordem geral sobre as dermatomicoses. *Sciência Med.*, t. VI, 928.

(2) Contribuição para o estudo das dermatomicoses no norte de Portugal, por ALEXANDRE LIMA DE CASTRO CARNEIRO; Elementos para o estudo das tinhas em Portugal, por ABEL NOGUEIRA MARTINS, teses do Pôrto, 922.

(3) Este parasita tem uma área de distribuição enorme, só excedida pela do *Achorion schönleini*, a-pesar-de se mostrar tão exigente nas culturas em meios artificiais.



”  
**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).*

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas as sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.  
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

# DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES  
PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA  
PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA  
PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

**PROFILAXIA DO CANCRO**

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D<sup>e</sup> Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

Représentante em Portugal : RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA

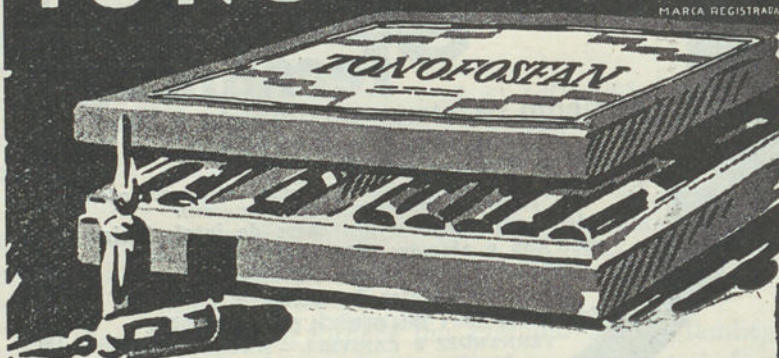
Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.



LISBOA MÉDICA

# TONOFOSFAN

MARCA REGISTRADA



Todas as perturbações designadas pelo nome  
de "estados de depauperamento"  
requerem tratamento pelo  
**Tonofosfan**

O Tonofosfan estimula o metabolismo, activa a vascularisação, aumenta a quantidade da hemoglobina do sangue, excita o apetite, provoca um acréscimo notável de peso, influência favorável e duravelmente o estado subjectivo, não ocasiona dôres quando é injectado sob a pele

Tonofosfan (soluto a 1%) caixas com 20 ampolas de 1 c.c.

Tonofosfan „fortius” caixas com 10 ampolas de 1 c.c.

**Embalagem original**

Representante:

„LUSOPHARMA”  
Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA



É a isso que vimos, quanto a Lisboa, pois que nada há feito, se exceptuarmos o caso publicado pelos Drs. Álvaro Lapa e Lima Carneiro, em que foi caracterizado um *T. crateriforme* (1).

Em razão da índole dêste trabalho, procurámos seleccionar os casos; de outra forma ser-nos-ia fácil, infelizmente, obter, em dois ou três internatos, um número superior ao que apresentamos. Seria, porém, de presumir que as percentagens assim avaliadas não dariam tão boa idea da realidade, em virtude da grande contagiosidade da doença. Aproveitámos, portanto, quanto possível, os casos esporádicos, nos asilos e escolas os de crianças de camaratas ou classes diferentes.

Em 1.013 crianças das nossas escolas primárias encontrámos quasi 2 % de tinhosos, que foi necessário recrutar através das fitiríases e piodermites satelites, de 75 % das cabeças observadas!

Antes de apresentarmos os resultados das nossas investigações, cuja exposição será metodizada e abreviada (2) pelos quadros finais, seja-nos permitido aludir às dificuldades da classificação dos dermatofitos e à razão de ser das nossas preferências neste momento.

Dermatologistas e micólogos não se entendem. Os primeiros, pela pena de Sabouraud, fundamentam a sua classificação nas modalidades que reveste a forma parasitária natural dos fungos e cujo facto dominante é o aspecto específico, sistematizado, do parasita no pêlo; os segundos fazem a sua arrumação pelo aspecto mais contingente nos meios de cultura artificiais. Ora estes fungos constituem uma massa de enorme plasticidade, que a natureza do meio trabalha a seu modo.

As formas vegetativas e de reprodução dos dermatofitos são eminentemente influenciáveis pelo meio em que se desenvolvem, meio êste cuja escolha está à mercê do critério do classificador.

Sabouraud terminava assim, com azedume, uma crítica formidável a uma nova classificação proposta:

«Fazei, pois, as vossas classificações como vos aprouver, visto que são provisórias e não se ajustam às nossas. Nós temos a

(1) Veja-se o n.º 10 da *Med. Contemp.*, de 923.

(2) Para revista da especialidade reservámos anotações de outra ordem, que nos pareceram dignas de registo, mas de um menor interêsse geral.



nossa categoria de factos, reconhecemos na lesão um *Achorion*, um *Trichophyton*, um *Microsporum* e para nós, não esqueçais, este diagnóstico comporta sintomas, uma evolução clínica, um prognóstico e um tratamento muitas vezes particular. Deixai estes nomes para nós. Inventai outros e trabalhai como se não existissemos» (1).

Na verdade, aos olhos dos clínicos, afiguram-se muito valerosos os argumentos de Sabouraud, que tem profundos conhecimentos da questão. Vejamos os essenciais:

1.º — A noção da individualidade do grupo dos dermatofitos. Um individuo vacinado por uma lesão micósica, devida a um parasita do grupo, reage pela mesma forma a uma cutireacção com toxinas de culturas de um *Achorion*, de um *Microsporum* ou de um *Trichophyton*; todavia, a reacção não se dará com as toxinas de um *Sporotrichum*.

2.º — As doenças produzidas por estes parasitas são diferentes; há, portanto, probabilidades de que os agentes o sejam também.

3.º — O exame microscópico do parasita no pêlo permite notar que o parasitismo se faz sempre segundo uma forma determinada para um caso dado. Por esta sistematização morfológica parasitária podemos distinguir à vista cinco grupos distintos. Há, portanto, ainda probabilidades de que os parasitas de cada um dos grupos tenham parentesco entre si.

4.º — A razão de ser de três dos grupos estabelecidos pela fisiologia, pela clínica e pelo microscópio foi confirmada plenamente pelo estudo micológico; os dois outros grupos são-nos menos claramente, mas, por razões que largamente aduz, acha prudente, enquanto novas aquisições de conhecimentos se não fizerem, manter os quadros criados pela dermatologia (2).

Não se conformam os micólogos com estas razões, por acharem o critério clínico rejeitável em questões desta ordem. O certo é que o assunto ainda não está convenientemente estudado. Não deve haver opposição entre factos clínicos e os factos experimen-

---

(1) Sur la nouvelle classification des dermatophytes proposée par M. Grigorakis. *An. de Parasit.*, 920, t. 4.

(2) Généralités concernant les dermatophytes, VI mémoire. De la classification naturelle des dermatophytes. *An. de Derm. et Syphil.*, VI série, t. X, n.º 6, 929



tais de ordem botânica. A verdade tem que congraçar as duas escolas e dar a explicação cabal de todos os fenómenos; antes disso as críticas valem apenas como críticas, pois, como diz Sabouraud, a polémica e a ciência não se entendem.

Modernamente, no entanto, parece que se vislumbra o bom caminho.

Langeron, outra autoridade no assunto, num trabalho interessantíssimo, em colaboração com Milochevitch (1), descobriu factos novos que vêm esclarecer certos aspectos da questão. Aqueles autores, cultivando os dermatofitos em meios naturais (grãos de cereais, excremento de cavalo, cogumelos de cultura) e meios artificiais preparados com polisacáridos, obtêm órgãos de frutificação que nunca se tinham observado em certas espécies. Estes trabalhos confirmam, por exemplo, a individualidade dos dermatofitos, por que se tem batido Sabouraud.

Emfim, é assunto em ordem do dia, sôbre o qual Sabouraud ainda recentemente teve a palavra (2), para dar um retoque à sua antiga classificação. É ela que, por enquanto, parece-nos, mais sufragios deverá receber, pelo menos dos dermatologistas. É uma classificação, como a antiga, com fundamentos de ordem micológica, classificação utilitária que nos fornece deduções práticas, que condiciona muitas vezes a nossa attitude clínica.

Nesta nova sistemática o termo *Trichophyton* não existe; *tricrofito*, em opposição a *epidermofito*, tem apenas o seu significado etimológico; será o fungo que ataca o pêlo, como *epidermofito* o que ataca a epiderme e não o pêlo.

O quadro dos tricofitos ficou constituído pelos seguintes géneros:

*Acorion*  
*Microsporo*  
*Endotrix*  
*Microide*  
*Megasporo*

(1) Morphologie des dermatophytes sur milieux naturels et milieux à base de polysaccharides. Essai de classification, II mémoire, par M. LANGERON et S. MILOCHEVITCH. *An. de Parasitologie*, t. VIII, n.º 5, 930.

(2) Généralités concernant les dermatophytes, III mémoire. *An. de Dermat. et Syphil.*, t. X, n.º 3, 929.



Todavia, a classificação antiga de Sabouraud é a mais vulgarizada e continuará ainda a ser a mais seguida, por algum tempo, em clínica, sem dúvida. Daremos, portanto, como temos feito no decurso d'êste artigo, às espécies as suas antigas designações fazendo-as seguir da terminologia nova.

As técnicas que utilizámos são, em geral, as técnicas clássicas de Sabouraud. Empregámos os meios de prova maltosados (daríamos hoje preferência aos meios glicosados) e o meio preparado com mel, que Sabouraud, ultimamente, aconselhou e que tem a fórmula seguinte :

Mel.....	8 gr.
Peptona de Chassaing.....	2 »
Agar.....	2 »
Água comum.....	100 »

êste mesmo meio sem gelose, meio líquido, para as culturas em célula.

As culturas desenvolvem-se muito bem, mais luxuriantes do que nos meios maltosados e com os seus caracteres clássicos, como prova a iconografia que acompanha êste trabalho; por isso reputamo-lo um bom meio padrão, que prestará serviços aos investigadores de todos os países.

As microfotografias (obra do nosso amigo Dr. Luiz Amado, a quem nos é grato renovar os nossos agradecimentos) foram obtidas com preparações não coradas montadas em lacto-fenol de Amann ou coradas com azul algodão ou com eosina e orange G.

Nos exames extemporâneos dos cabelos empregámos, em geral, a potassa; necessitando conservar a peça, o cloro-lacto-fenol, preconizado por Langeron.

Segundo o conselho de Sabouraud, realizámos o que êle chama um *quadro de sementeira*, isto é, semeámos ao mesmo tempo tôda a nossa colecção, resultando assim mais nítidas as semelhanças ou dissemelhanças entre as diferentes espécies.

Quanto ao período de desenvolvimento, por exemplo, vimos tomar a dianteira do pelotão aos três microsporos vivazes; vieram em seguida, com um par de dias de intervalo, os crateriformes e os acuminados; finalmente, formando o coice do cortejo, o numeroso grupo dos violáceos e acorions.

Um factó que resulta também muito nítido d'êste confronto é



# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

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

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

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

## ENESOL

Salicilarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzyl-cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

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

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

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthetics.

Tubos esterilizados para todas as anesthasias.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovalerianide)

Antiespasmódico

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

## TANACETYL

(Acetylтанin)

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 egr. — Gottas de 1 egr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631



LISBOA MEDICA

# TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO  
ARSENICAL  
SUB-CUTANEO  
VERDADEIRAMENTE  
INDOLOR  
É REALISADO PELO

COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

# ACETYLARSAN

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE  
86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

*emipon*



o da diferente aptidão vegetativa de cada parasita de uma mesma espécie. Para cada caso semeámos, em geral, quatro tubos.

O caso dezasseis, um violáceo, deu-nos quatro tubos com colónias atingindo o desenvolvimento característico ao fim de quarenta dias (desenvolvimento simultâneo das diferentes colónias); três tubos do caso nove, violáceo também, só mostraram colónias com o mesmo desenvolvimento ao fim de dois meses e meio.

O nosso estudo incidiu sôbre trinta e três casos de tinha, caracterizando-se seis espécies parasitárias. O quadro seguinte dá a particularização dos resultados:

<i>Trichophyton violaceum</i> ( <i>Endothrix violaceum</i> ).....	21
» <i>crateriforme</i> ( <i>Endothrix crateriforme</i> )	4
» <i>acuminatum</i> ( » <i>acuminatum</i> ).	2
» <i>glabrum</i> ( <i>Endothrix glabrum</i> ).....	1
<i>Microsporum felineum</i> .....	3
<i>Achorion schönleini</i> .....	2

## QUADROS NOSOLÓGICOS E DE IDENTIFICAÇÃO DAS ESPÉCIES

### TRICHOPHYTON VIOLACEUM (ENDOTHRIX VIOLACEUM)

Dezasseis rapazes e cinco raparigas, idades entre cinco e catorze anos, treze provenientes de internatos, quatro de consultas, três de escolas.

*Formas clínicas das lesões.* — Pequenas placas escamosas, onze casos; grandes placas, três; placas escamo-crostosas, dois; lesões de foliculite e placas escamosas, um; grandes placas escamosas com poucos cabelos parasitados, dois; lesões da pele glabra associadas, dois.

*Exame dos cabelos.* — Frequentemente incluídos nas escamas ou cortados rentes à pele ou com 2 a 3 mm.; muitas vezes em forma de parêntesis, de ponto de interrogação, de S, de W.

Ao microscópio *endotrix* puro (algumas vezes fiadas de artículos externos — período de invasão) cabelo completamente parasitado por fiadas de artículos iguais, arredondados.

*Cultura em gelose melada.* — Desenvolvimento lento. A princípio, centro de côr violeta suja, acuminado, com auréola de côr branca, cérea, glabra.



Em pleno desenvolvimento, colónias com cêrca de 1,5 cent. de diâmetro, de côr violeta intensa, superfície envernizada, brilhante, bombeada, dividida por quatro a cinco sulcos maiores partindo do centro (um pequeno botão liso ou tufo vegetativo, circunscrito, às vezes, por um sulco em circunferência) e outros secundários, contôrno irregular.

Menos vezes culturas achatadas, em disco, superfície pulverulenta, de côr violeta acinzentada, contôrno regular, em circunferência.

*Pleomorfismo.* — Algumas vezes em culturas muito velhas. Tufos brancos, penugentos, aparecendo em pontos independentes.

*Cultura em gota pendente.* — Desenvolvimento difícil, muitas preparações estêreis. Filamentos micélicos delgados, pouco septados, a princípio apenas à periferia da gota, clamidosporos intercalares, irregulares.

*Iconografia.* — Fig. 1: Cultura primária, três meses, meio melado.

#### TRICHOPHYTON CRATERIFORME (ENDOTHRIX CRATERIFORME)

Três rapazes e uma rapariga, idade de vinte e nove meses, nove anos, nove anos, treze anos; um caso de consulta, um de internato, dois de escolas.

*Formas clínicas das lesões.* — Pequenas placas escamosas, disseminadas por tãda a cabeça; pequenas placas escamosas, irregulares; pequenas placas, algumas com escamas-crostras, com fundo ligeiramente eritematoso; placa única, circinada, glabra, escamas-crostras em pequenos aglomerados independentes, alguns pontos de ostiofoliculite.

*Exame dos cabelos.* — Com cêrca de 2 mm., curvados em vários sentidos, incluídos por vezes nas escamas.

Endotrix puro, cabelo completamente invadido, artículos quadrangulares ou irregularmente arredondados (grandes ampliações).

*Cultura em meio de prova melado.* — Ao fim de cinco a seis dias como minúscula borla de pó-de-arroz, mais tarde uma espécie de pequenino turbante, superfície aveludada; no seu máximo desenvolvimento, com cêrca de 2 cent. de diâmetro, em forma de cratera, por vezes notavelmente regular, com eminência central, de côr creme, superfície pulverulenta.

*Pleomorfismo.* — Não se observou.

*Cultura em gota pendente.* — Frutificação abundante, esporos dispostos em tirso, mais vezes em cachos, uns piriformes, outros irregulares, sêsseis em geral, implantados irregularmente na haste esporífera.

*Iconografia.* — Fig. 2: Cultura gigante de vinte e oito dias, em balão de Erlenmeyer, obtida por transplantação (repicagem) em meio melado. Fig. 3: Microfotografia de cultura de cinco dias em meio melado (célula húmida). Cacho e tirsos esporíferos.

#### TRICHOPHYTON ACUMINATUM (ENDOTHRIX ACUMINATUM)

Um rapaz e uma rapariga, respectivamente, de dez e cinco anos, um proveniente de escola, outro de consulta.



*Lesões clínicas.* — Uma única grande placa escamosa, arredondada, com raros cabelos sãos; pequenas placas escamosas, irregulares, algumas com escamas crostas.

*Exame dos cabelos.* — Em geral cortados rentes à pele, para se fazer a colheita, necessidade de destacar as escamas. Endotrix, cabelo completamente parasitado, em saco de nozes, algumas vezes fiadas de artículos externos, micélio mais frágil que nos casos anteriores (?).

*Cultura em meio de prova melado.* — Com cinco dias, é uma calote com cêrca de 4 mm. de diâmetro, embebida ou não em líquido, tendo no centro um tufo de três ou quatro palmas penugentas, de côr branca; em completo desenvolvimento: cultura acuminada, em pirâmide, dividida em sectores por sulcos radiados, superfície pulverulenta, de côr branca acinzentada.

*Pleomorfismo.* — Não se observou.

*Cultura em gota pendente.* — Micélio muito septado, esporulação abundante, esporos piriformes, sêsseis ou sôbre pequenos pedículos, habitualmente implantados em hifas simples.

*Iconografia.* — Fig. 4: Colônia de dezanove dias obtida por transplantação. Fig. 5: Cultura de sete dias. Hifas esporíferas em tirso.

#### TRICHOPHYTON GLABRUM (ENDOTRIX GLABRUM)

Rapaz de catorze anos, residindo num asilo onde foram assinalados vários casos de *Trichophyton violaceum*; placas escamosas, pequenas, disseminadas por todo o coiro cabeludo. As colônias em meio melado são de côr branca suja, achatadas, mais espessas ao centro, de superfície glabra, húmida, dividida por sulcos radiados (fig. 6): (cultura primária de três meses, em meio melado). Caracteres micológicos semelhantes aos do *Trichophyton violaceum*.

#### MICROSPORUM FELINEUM

Rapaz de seis anos e meio, rapariga de sete, rapaz de seis. Casos esporádicos provenientes de consultas.

Grande placa oval, escamosa, fundo ligeiramente eritematoso, poucos cabelos sãos; várias placas escamosas (antes lesões da pele glabra); placa orbicular, escamosa e no centro escama crosta, grandes e pequenas placas escamosas, ostiofoliculites abundantes, lesões foliculares mais profundas na face posterior do pescoço (1).

(1) Para não alongar a exposição, não fazemos aqui o estudo dêste parasita. Para isso, veja-se o nosso artigo no n.º 25 da *Medicina Contemporânea*, de Junho do ano passado: *Um caso de tonsurante devido ao «Microsporium felineum»*, de Fox e Blaxall, 1896.



## ACHORION SCHÖNLEINI

Duas raparigas, de treze e onze anos, um caso de consulta, outro colhido num internato, provenientes de meios rurais e residentes em Lisboa, respectivamente, há dois meses e um ano.

*Lesões clínicas.* — Nos dois casos, crostas amarelo de enxôfre em grandes placas irregulares, friáveis; conglumerados dando origem a produções salientes, rochosas, base incrustada na pele. Destacando-se, observa-se esta avermelhada ou exulcerada, superfície da exulceração húmida, brilhante. Numa das doentes, lesões cicatriciais.

*Exame dos cabelos.* — Acinzentados, não partidos. Em preparação extemporânea com potassa, pequenas bolhas de ar aderentes à superfície, filamentos micélicos intrapilares pouco abundantes, dividindo-se por dicotomia e constituídos por elementos polimorfos.

*Cultura em meio melado.* — Desenvolvimento lento, em altura, coloração branca, acastanhada, cérea, superfície glabra, húmida, irregular, convulsionada.

*Pleomorfismo.* — Observou-se.

*Cultura em gota pendente.* — Filamentos micélicos espessos, muito septados (às vezes, em rosário), irregulares, ramificados; cabeças de prego fávicas, candelabros fávicos, clamidosporos intercalares.

*Iconografia.* — Cultura de 19 dias em meio melado, obtida por transplantação de uma velha cultura, zona periférica em degenerescência pleomórfica (fig. 7).

Cultura de 11 dias em meio melado; candelabros fávicos (fig. 8).



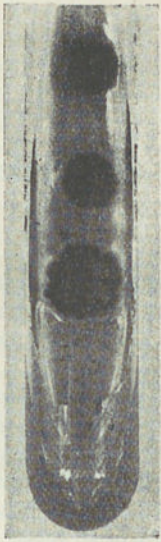


Fig. 1



Fig. 5

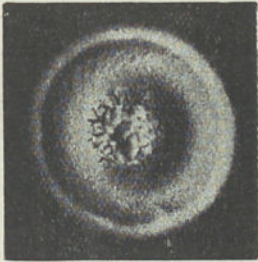


Fig. 2



Fig. 6

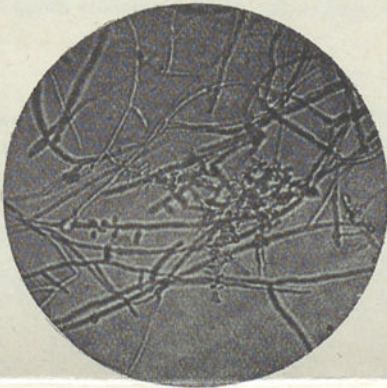


Fig. 3



Fig. 7



Fig. 4

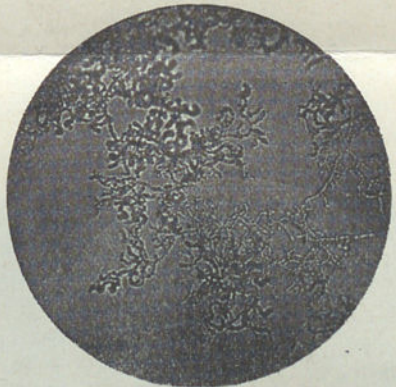
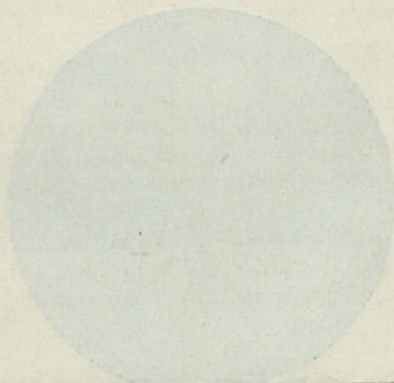
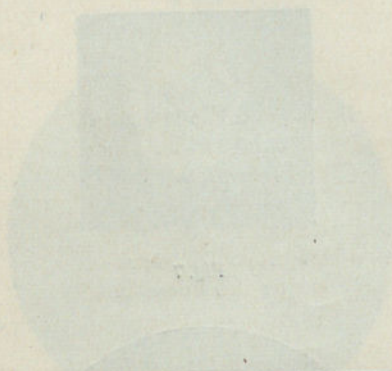
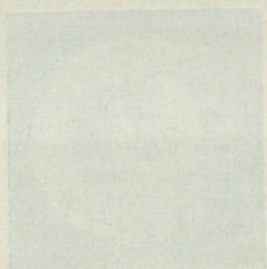
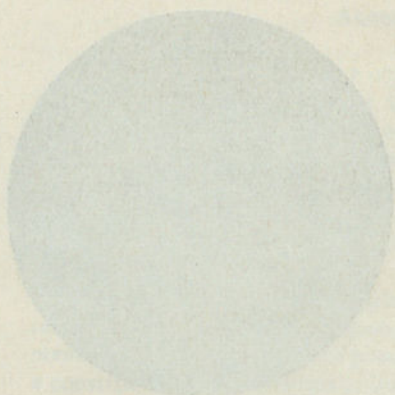


Fig. 8







## Revista dos Jornais de Medicina

A cauterização ígnea das extremidades articulares privadas de cartilagem. (*La causticazione ignea dei capi articolari privi di cartilagine*), por A. ALBANESE (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIX. Fasc. 4.

Com numerosas experiências em animais, o A. pôde estabelecer que a cauterização ígnea, após a extirpação das cartilagens de revestimento, é suficiente para impedir a sinostose entre duas extremidades articulares, enquanto que nas experiências de contraprova a simples extirpação das cartilagens de revestimento é seguida de anquilose quasi sempre osteofibrosa.

Também nos casos de artrólise, com interrupção duma anquilose precedente, a cauterização ígnea das duas extremidades articulares é suficiente para conservar a função articular.

Depois da cauterização ígnea, pode-se imobilizar a articulação até ao desaparecimento de todos os fenómenos de reacção, sem perigo duma sinostose precoce, porque os processos neoprodutivos do tecido ósseo começam tardiamente (depois de cerca de trinta dias), isto é, quando estão terminadas todas as manifestações relativas à necrose superficial.

A restauração funcional deu-se nos casos em que foram retomados gradualmente todos os movimentos; a inactividade da articulação, pelo contrário, juntamente com a acção da sobrecarga, arrisca, com a continuação, a formação duma anquilose geralmente fibrosa.

Uma cauterização ígnea muito profunda e em superfícies amplas provoca, em alguns casos, fenómenos de osteoporose e deformidade das extremidades articulares. O melhor remédio contra êste último inconveniente é uma boa imobilização após a intervenção.

Estudos ulteriores poderão definir os efeitos da cauterização ígnea muito mais superficial e limitada a algumas zonas das extremidades articulares, após os quais melhor poderão ser avaliadas as possibilidades de aplicação prática.

MENESES.

Sintomas prodrómicos, formas abortivas, profilaxia e terapêutica da paralisia infantil epidémica. (*Syntomen, etc*), por LEO LANGSTEIN (Berlim). — *Kinderärztliche Praxis*. N.º 12. Dezembro de 1932.

Segundo a opinião do A., são raros os casos nos quais se podem apreciar os sintomas prodrómicos da doença de Heine-Medin, pois parecem-se com os duma infecção gripal e, portanto, pensa que muitos dos êxitos profi-



láticos obtidos pela injeção de sôro de convalescente são devidos a que os casos foram simplesmente formas gripais ou abortivas da poliomielite, postoque, segundo Birk, que observou onze casos de formas abortivas e três típicos da doença de Heine-Medin numa epidemia, não se possa demonstrar que se trate duma forma abortiva quando se não conheça o agente causador, sendo, pois, difícil saber se é uma gripe ou uma poliomielite.

A injeção de sôro de convalescentes faz-se por via intra-lombar, com cerca de 20 cc. de sôro de enfermos que tenham sofrido da doença há já uns meses; também se fazem injeções intramusculares de sangue dos pais ou de outros adultos (60 a 80 cc.) e até de soros de animais, dos quais o mais conhecido é o sôro de Petit.

Sobre a eficácia destes tratamentos há opiniões diversas e parece que os melhores resultados são os que se obtêm com o sôro de convalescentes, mas o A. entende que são necessárias repetidas experiências em macacos para provar a sua eficácia, e o mesmo sucede com a injeção de sangue: segundo Bessau, o sôro de Petit pode prejudicar o doente, havendo sobre tudo isto opiniões contraditórias.

Falkenheim obteve bons resultados com a injeção de Tetrophan, injectando ao princípio, por via intralombar, 1 cc. e depois de dois ou três dias 1,5 cc. e, às vezes, depois duma nova pausa, a mesma dose ou 2 cc., sendo isto preferível à roentgenterapia.

O A. termina dizendo que ainda resta muito que fazer para esclarecer este assunto, aconselhando os pediatras a fazê-lo para se poder comparar os resultados.

#### MENESES.

**Osteocondrite deformante juvenil do dorso ou doença de Scheuermann.** (*Osteochondritis deformans juvenilis of the back or disease of Scheuermann*), por F. ECKARDT. — *The Journal of the American Medical Association*. 25 de Fevereiro de 1933. N.º 8.

O A. descreve o caso duma criança que sofria de osteocondrite deformante do dorso e trata minuciosamente do diagnóstico diferencial desta doença e de outras semelhantes, entre as quais, por exemplo, a tuberculose da coluna vertebral.

O A. afirma que, abstraindo da localização, a osteocondrite deformante do dorso é idêntica a doença de Calvé-Perthes ou osteocondrite deformante juvenil da anca.

Ambas estas doenças se manifestam no período do desenvolvimento: como na osteocondrite da anca a lesão se localiza na cabeça do fémur, na doença de Scheuermann, isto é, na forma vertebral, a lesão procura a linha de crescimento da vértebra, entre o corpo e as epífises. Segundo Schmorl, as alterações patológicas existem essencialmente nas superfícies marginais dos corpos vertebrais e nos discos intervertebrais.

Esta correspondência de lesões entre as duas doenças presta-se a interessantes deduções científicas, pois que, segundo o A., mostra que existe entre elas uma estreita conexão etiológica e patogénica, com a única dife-





rença da localização. Esta correspondência mostra também que o critério terapêutico a seguir nas duas enfermidades deve ser essencialmente idêntico, olhando não apenas a reintegração das lesões, mas também a reconstrução do bom estado geral.

Quanto ao tratamento a seguir nos casos de osteocondrite juvenil do dorso, pode dizer-se que são boas tôdas as medidas geralmente usadas para a tuberculose da coluna vertebral: tratamentos reconstituintes, vida ao ar livre, banhos com lâmpada de quartzo, repouso prolongado na cama e aplicação eventual dum apoio para a coluna, como um colete rijo, mesmo gessado ou metálico.

MENESES.

**Tratamento electrocirúrgico do cancro do recto.** (*Tratamiento electrocirúrgico del cáncer del recto*), pelo Dr. FELIPE CARRANZA. — *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. Tôm. XVI. N.º 31. Págs. 1481-1505.

Comunicação com esplêndidos detalhes técnicos e acompanhada de boas gravuras. A experiência que o A. tem do tratamento electrocirúrgico do cancro do recto, que data de quatro anos, permitiu-lhe tratar vinte e três casos por êste processo.

Dêstes vinte e três casos, doze foram tratados radicalmente pela amputação perineal ampliada, com ressecção do coccix e em alguns do sacro, seis por electrocirurgia paliativa, combinada com a roentgenterapia penetrante, quatro pelo rádio associado ao processo electrocirúrgico e o caso restante era o de uma recidiva perineal pelo processo cruento.

As conclusões que o A. tirou foram as seguintes :

1.ª e como fundamental — Que a electrocirurgia, se bem que não tenha ainda sofrido a sanção do tempo para que se possam considerar os seus resultados como definitivos, os quais deliberadamente exclue, e bem assim percentagens estatísticas, deve considerar-se como um real progresso, traduzido no seguinte: no aumento das indicações operatórias, deminuição dos perigos imediatos e tardios da cirurgia, facilitação da sua técnica em beneficio real dos doentes. E que ela não exclue, mas serve de complemento aos meios terapêuticos conhecidos até ao presente (cirurgia, rádio, roentgenterapia, tratamentos biológicos), duma maneira fundamental e científica. E que estes beneficios se lograrão sempre que se cumpram os seguintes requisitos que, são corolários do postulado enunciado.

2.ª — Que se faça sistematicamente num tempo prévio um ânus definitivo ilíaco esquerdo, que permitirá, por laparotomia exploradora, avaliar a extensão da lesão e as suas metástases eventuais e com isso fazer o prognóstico e indicar o tratamento cirúrgico a seguir.

3.ª — Que feito o ânus e obtido o seu funcionamento regular, ordenar-se-á um tratamento médico complementar capaz de combater a toxemia e activar as defesas naturais (vacinas, clisteres da parte do recto excluída, roentgenterapia eventual, etc.).

4.ª — Que a intervenção se efectue sob anestesia raquidiana, a de eleição,



e, nos casos de doentes sensíveis, com anestesia epidural, ambas com novocaína e só por excepção com anestesia geral, caso em que se usará o éter; com o aparelho de Ombredanne.

5.<sup>a</sup> — Que, decidida a operação radical, efectuar-se-á a amputação perineal ampliada com a ressecção do coccix e, eventualmente, da última porção do sacro, o que permitirá extirpar a lesão em bloco, junto com as adenopatias regionais correspondentes e a suficiente altura para cumprir o postulado de Schmiedén, quanto ao radicalismo. Que os diferentes tempos operatórios se efectuarão exclusivamente com electrocirurgia, salvo nos tempos de ressecção óssea e abertura do peritoneo, que se farão pelos métodos ordinários da cirurgia cruenta.

6.<sup>a</sup> — Que, procedendo assim, melhorar se-ão os resultados e diminuir-se-ão, dum modo quasi total, os fenómenos de Schrik, tão frequentes na cirurgia cruenta, que são um motivo de preocupação constante dos cirurgiões que effectuam estas intervenções.

7.<sup>a</sup> — Que nos casos inextirpáveis, a associação da electrocirurgia à roentgenerapia dará resultados muito dignos de serem tidos em conta, às vezes, por inesperados e muito superiores aos alcançados por um processo muito generalizado no meio médico argentino, o ânus contra-natura, que é, no conceito do A., ineficaz quando se pratica como único tratamento.

8.<sup>a</sup> — Que no tratamento das metástases locais sobre a cicatriz operatória de doentes operados pelo método cruento, a electrocirurgia é eficaz e permite tratar com vantagem e de modo anódino para o doente, casos para os quais, na verdade, estávamos até hoje desarmados para o tratamento.

9.<sup>a</sup> — Que não se recomenda o seu emprêgo no tratamento das metástases viscerais, em geral hepáticas, como aconselham alguns autores estrangeiros, pois a electrocirurgia, como qualquer outro tratamento, seria ineficaz e não faria senão juntar um sofrimento mais aos muitos que estes doentes têm.

10.<sup>a</sup> — Que a generalização da electrocirurgia, estandardizada a sua técnica operatória, fará lograr, em mãos mais hábeis do que as do A., diz, resultados superiores aos por êle obtidos, razão que o leva a chamar a atenção dos membros da S. C. Buenos-Aires, em real beneficio dos doentes atacados de doença tão terrível.

(Segundo o relator desta comunicação, os casos tratados pelo A., mesmo entre os doze classificados como operáveis, eram casos já bastante avançados e considerados por muitos cirurgiões como inoperáveis).

MENESES.

---

A propósito da espondilólise. (*A propos de la spondylolyse*), por C. ROEDERER e P. GLORIEUX (Paris). — *Journal de Médecine de Bordeaux*. N.º 2. 20 de Janeiro de 1932.

A espondilólise é a solução de continuidade do arco vertebral, entre a apófise articular superior e a apófise articular inferior. No exame radiográfico manifesta-se sob a forma duma fenda transversal ou sob a aparência



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

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

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

# MYCOLYSINE do D<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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmódico  
especialmente preparado para a  
terapeutica cardio-vascular

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

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



# 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 Produtos, Ciba em Portugal.



duma solução de continuidade das linhas trabeculares, correspondente à linha rádio-transparente descrita por Faldini, de Bolonha.

A espondilólise não é exclusiva da 5.<sup>a</sup> lombar, como se cuidava, mas é uma deformidade que pode atingir também a 4.<sup>a</sup> ou a 3.<sup>a</sup>, em alguns casos a 3.<sup>a</sup> e a 5.<sup>a</sup>, a 3.<sup>a</sup> e a 4.<sup>a</sup>. Em muitos casos é congénita, mas ao lado das formas congénitas há também espondilólises adquiridas, lentamente ou bruscamente, em seguida a um traumatismo; isto quer dizer, favorecida por uma inoculação óssea lenta, pode produzir-se uma osteopatia estática devida ao esforço permanente de alongamento que sofre a articulação lombo-sagrado.

A espondilólise congénita é unilateral, e quando é bilateral associa-se à espinha bifida oculta: a solução de continuidade é extensa, regular, por vezes curvilínea.

A espondilólise traumática não tem sintomas diferenciais certos e tem o aspecto duma sutura fechada ou de perturbações trabeculares.

#### MENESES.

**Indicação social do tratamento cirúrgico da tuberculose dos ossos e das articulações.** (*Socialni indikace operativniho lecení Kostni a Kloubni Tuberkulosity*), por FRANT MINAR (Ljubljana-Tcheco Slovaquia). — *Slovansky Sbornik Ortopedický* (Revista Ortopédica Slava). Ano VIII. Fasc. 1. 1933. Págs. 20-61.

O estudo e a observação de 7.480 doentes de tuberculose dos ossos e articulações permitiram ao A., ortopedista chefe do Hospital de Ljubljana, tomar uma orientação decisiva na sua acção terapêutica. Esse problema foi estudado durante 20 anos e pôde concluir, pelos resultados obtidos, que a terapêutica exclusivamente conservadora, preconizada por Calot e por Bier na tuberculose óssea e articular, nem sempre está indicada e nem sempre é possível.

As condições sociais do país do A. não permitem seguir os princípios ideais do conservadorismo terapêutico.

As generosas divisas de Calot — repouso prolongado, vida ao ar livre, superalimentação racional — serão para os doentes, na situação actual das coisas — a terra prometida.

A situação económica e a posição social dos doentes do A. são razões em virtude das quais este não pode aceitar as sugestões de Calot tendentes à abstenção de operar as tuberculosas, do *Hexalogo* sobre o tratamento da tuberculose óssea. O A. foi também dos primeiros audaciosos que atacaram com canivete e escopro os focos tuberculosos, procurando curar os doentes o mais breve possível. Disse Galland, em 1931, que é intervencionista o cirurgião que faz habitualmente, e por princípio, intervenções intrafocais no período evolutivo e sobretudo no comêço. Este intervencionismo, que parecia definitivamente desaparecido, renasce das suas cinzas sob o pretexto da assépsia moderna, sob o impulso do temperamento cirúrgico (sobretudo nos cirurgiões gerais das grandes cidades) muitas vezes pelo desconhecimento do carácter absoluto de ciclo evolutivo da tuberculose óssea.



Ora, em opposição a estas palavras, o A. declara, pelo contrário, que não faz o tratamento sangrento por rotina ou por desconhecimento da natureza evolutiva da tuberculose óssea, mas por indicação das necessidades sociais. O ciclo evolutivo da tuberculose externa é longo e tanto mais lento quanto o indivíduo avança em idade ou sofre de alimentação insufficiente. A teoria ensinava-nos que os estádios de disseminação, de ulceração e da esclerose de limitação exigem três annos. As condições sociais dos doentes não permitem tratamentos durante um período tão longo, e vemo-nos forçados, pela situação actual, a obter a cura dos nossos doentes num período máximo de seis meses.

O A. justifica estas conclusões pelas próprias observações no número de 7.480. Antes de abordar a questão do tratamento dêste grande número de doentes, atingidos por diversas formas de tuberculose externa ou óssea, é interessante pôr em relêvo as formas essenciaes, tais como appareceram ao A.

Tratou 1.240 casos de espondilites tuberculosas, isto é, 16%; 3.278 casos de tuberculosas articulares, isto é, 45%; 1.299 casos de abscessos frios, fistulas, adenites, ulcerações tuberculosas, sejam 19%; 841 casos de lesões tuberculosas juxta-articulares, ou 11%; 532 casos de osteites tuberculosas, isto é, 7% e, enfim, 284 casos de várias doenças de origem tuberculosa, ou 4%.

Passemos em revista as diversas modalidades terapêuticas empregadas no serviço do A.

Em primeira linha vem o tratamento não sangrento pela immobilização em aparelhos gessados, com 3.788 casos, ou sejam 51%.

Em segundo lugar, a cura de ar livre com aparelhagem ortopédica ou com tracção, combinada com curas de iodo e de arsénico, helioterapia e tallasoterapia, com 1.403 casos, ou 18%.

Em terceira linha, o tratamento operatório com 2.282 intervenções, sejam 31%, que se resume do modo seguinte: sequestrectomia, curetagem de cavernas e de fistulas tuberculosas, em 1.750 casos; exereses de adenites, higromas e bursites tuberculosas, em 137 casos; ressecção parcial ou extirpação total dos ossos curtos atingidos de osteite tuberculosa, em 47 casos; amputação na extremidade inferior, em 123 casos; amputação na extremidade superior, em 8 casos; a ressecção de costelas tuberculosas, em 62 casos; artrodese para-articular do joelho e da anca, em 19 casos; operação de enxêrto no mal de Pott (Albee) em 16 casos; astragalectomia, em 7 casos; extirpação total da rótula, em 3 casos.

Resulta dos factos expostos que a intervenção sangrenta foi empregada em 31% dos casos de tuberculose. Qual o seu valor? Os resultados obtidos até ao presente permitem apreciar o grande valor dêste meio terapêutico, indispensável no tratamento da tuberculose externa nos hospitais civis e em geral nas provincias, pobres de recursos financeiros, pois limita a duração do tratamento duma maneira notável.

Fazendo a exereses dos gânglios linfáticos ou das adenites supuradas, conseguiu o A. curar (?) os doentes no curto período de 4 semanas. (Nota do Redactor: Seria mais correcto dizer curar localmente!). A curetagem dos focos apressou a cicatrização das fistulas. A tuberculose dos ossos curtos, habitualmente circumscrita, exige absolutamente o tratamento operatório.

A intervenção sangrenta encurtou a duração da tuberculose (?) isolada



do calcâneo, do astrágalo, da rótula, do púbis, do olecrânio, das costelas, do omoplata e dos outros ossos curtos da mão e do pé. O A. verificou a cura desde cinco a oito semanas após a operação.

A ressecção das articulações tuberculosas foi feita com resultados muito satisfatórios. O momento escolhido para a ressecção foi sempre o estágio tardio e a idade dos 16 aos 50 anos. A esta operação deve um número importante de doentes, atingidos por uma vasta destruição do joelho ou do cotovêlo, o ter retomado as suas ocupações sociais no curto prazo de três a seis meses. Nas crianças evitou propor a ressecção. Nestes casos, a artrodese extra-articular foi o método que assegurou pleno sucesso (em lugar das osteotomias correctivas).

O tratamento conservador das bursites pre-rotulianas ou pré-olecraneanas e das tendovaginites tuberculosas não deu resultado satisfatório. O único tratamento eficaz foi a intervenção cirúrgica com exereses radical do tecido patogénico. A cura completa foi obtida em quatro ou cinco semanas.

O A. entende dever salientar a eficácia do tratamento operatório dos abscessos frios localizados. A incisão, a lavagem da cavidade com naftol-cantorado glicerinado ou soluto de Chlumsky e a cicatrização primitiva dos abscessos frios, asseguraram uma cura muito rápida.

O tratamento sangrento do mal de Pott é uma conquista feliz, entende também o A. Como abrevia o tempo para a cura, está indicado nas classes trabalhadoras e nas pessoas pobres. Obteve, com o método de Albra, a cura perfeita da espondilite tuberculosa. Dois meses após a operação verificou a desapareção da dor e dos fenómenos de irritação medular, a desapareção das perturbações da estática, uma sinostose vertebral sólida e resultados estéticos notáveis.

A amputação é uma indicação que se impõe no adulto, depois dos 40 anos, na classe trabalhadora, não se querendo condenar o doente a muitos anos de inactividade ou de miséria (Nota do Redactor: Razoável quando a assistência pública ou particular pode fornecer e custear boas próteses).

Os doentes do A. foram quasi todos amputados abaixo da parte média da perna ou do fémur pelo processo do retalho externo, e algumas semanas após a intervenção retomavam o trabalho com próteses.

A intervenção razoável e oportuna e segundo uma técnica racional, é o melhor meio a indicar para o tratamento desta doença social. Não hesitamos em fundamentar com relativa extensão esta afirmação, que a experiência do A. corrobora, porque também julgamos essa doutrina como certa.

MENESES.

---

O tratamento do parkinsonismo pela atropina. (*Atropine as a remedy for parkinsonism*), por G. KINBERG. — *Nordisk Medicinsk Tidskrift*. 1933.

Até hoje, o tratamento do parkinsonismo post-encefalite epidémico é dos mais desconcertantes problemas com que o terapeuta se tem a haver e os seus resultados dos mais precários. Isto é tanto mais para lamentar ao saber-se o número extraordinariamente elevado de doentes parkinsonicos. Só



na Alemanha está calculado existirem mais de trinta mil doentes desta categoria, e mesmo em países pequenos como a Grécia o seu número excede quatro mil.

Kinberg aborda êste importante problema descrevendo as suas promettedoras experiências do tratamento de doentes parkinsonícos com altas doses de atropina, e fazendo a crítica das experiências de Roener, cujos estudos abrangem centenas de casos. O primeiro impulso a esta forma de tratamento foi dado por Bremer, pela sua surpreendente observação de que os individuos sofrendo das conseqüências da encefalite epidémica tinham uma extraordinária tolerância para a atropina. Esta tolerância é freqüentemente proporcional à gravidade das seqüelas encefálicas, e, aparentemente, não foi adquirida no período agudo da doença. Em altas doses, a atropina actua, segundo alguns autores (Roener), sôbre os mesmos centros nervosos que são mais lesados quando da encefalite; mas todo o fundamento teórico dêste tratamento finda aqui, pois admitindo mesmo como certo que o *virus* da encefalite epidémica e que uma droga como a atropina têm uma especial afinidade por determinados centros nervosos, é uma hipótese inteiramente gratuita pensar que a droga possa contrabater os efeitos do *virus*. Contudo, os resultados do tratamento são convincentes, senão racionais. As tabelas de Roener onde estão classificadas por sintomas as observações de cento e quatro doentes, mostram uma sugestiva proporção das várias manifestações parkinsonícas atenuadas ou curadas.

O tratamento é feito com doses progressivamente crescentes de atropina, começando por 1 mm. ( $\pm$  6 cc.) de uma solução a 0,5 % três vezes ao dia e aumentando até o doente deixar de reagir benéficamente ao medicamento, isto é, quando as melhorias sintomáticas chegam até ao desaparecimento do sintoma ou ao estacionamento das suas melhoras; então, as dores são sucessivamente deminuídas até haver recorrência dos sintomas, o que é sinal para novo e gradual aumento das doses.

A quantidade de atropina a que o doente se consegue habituar por êste sistema de doses sucessivamente crescentes e decrescentes varia entre largos limites e, num dos casos de Kindberg, chegaram a ser administradas doses de 6,5 mgr. três vezes por dia.

ALMEIDA LIMA.

**Meningite hemorrágica por insolação**, por G. A. HOPPE. — *Deut. Med. Woch.* 27 de Janeiro de 1933. (Refracta do *British. Med. Jour.* N.º 3772. Abril de 1933).

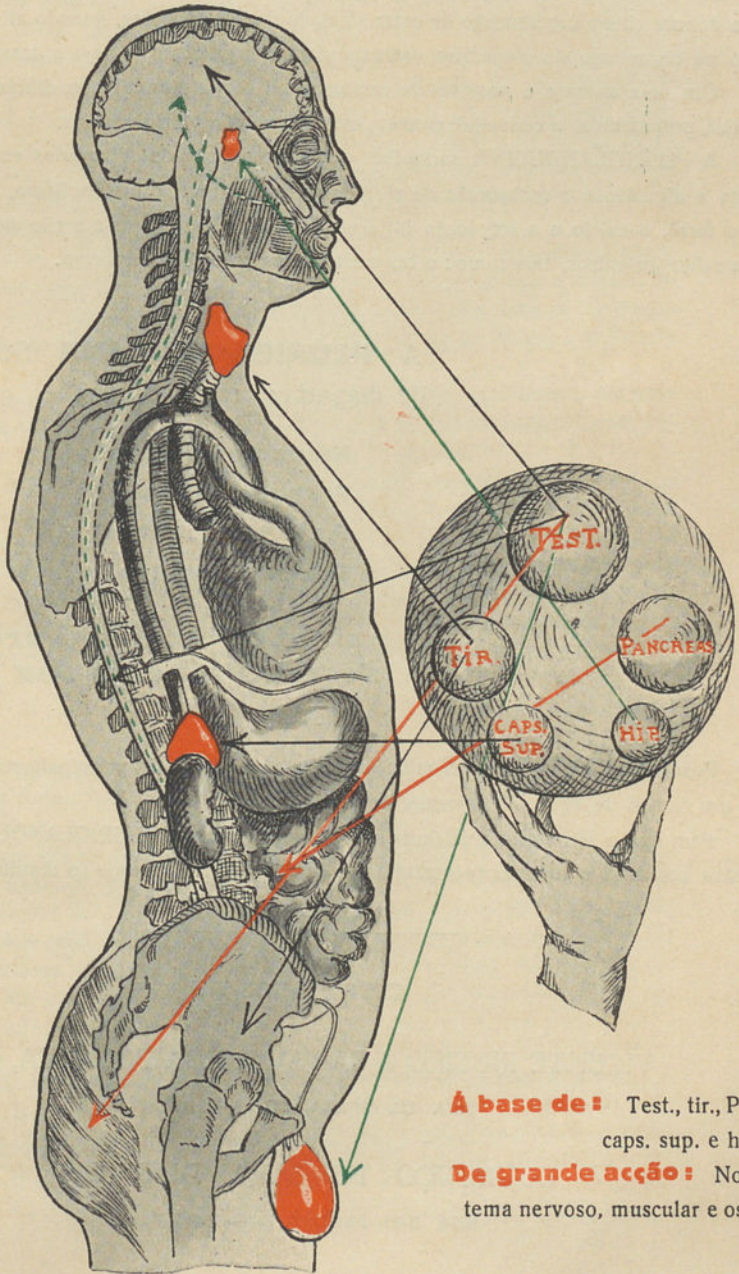
O A. descreve um caso pouco vulgar de meningite hemorrágica após excessiva exposição ao sol. Quatro dias antes de dar entrada no hospital, um homem, em cuja história clínica anterior nada havia de notável, tinha estado a trabalhar num jardim sujeito à acção de um sol intenso e sem qualquer resguardo na cabeça. Na tarde dêsse dia sentiu violentas dores na cabeça, especialmente na nuca. A dor foi aumentando progressivamente de intensidade, tornando-se intolerável, sendo então acompanhada de vômitos, febre e grande sudação.



# PLURIGLANDULINA

## SEIXAS - PALMA

Para ambos os sexos  
em todas as idades



**À base de:** Test., tir., Panc.,  
caps. sup. e hipof.

**De grande acção:** No sis-  
tema nervoso, muscular e osseo.

Tonico baseado no princi-



pio da vida de relação entre as glandulas. Do desequilibrio funcional destas, é conduzido o organismo a um mal estar geral que se manifesta psiquica e fisiologicamente, causando neurastenia, cansaço, transtornos digestivos e auto-intoxicações.

Muitas vezes a simples deficiencia duma só glandula de secreção interna, traz alterações tão fundas na vida de correlação entre as demais e resultando d'ahi transtornos tão complexos, que o doente chega à persuasão de estar afectado de varios males, quando afinal basta a introdução no organismo do respectivo extracto glandular que carece, para o curar.

Ora nem sempre é possivel determinar qual seja a glandula em deficiencia e é por isso que nós preparamos, a conselho medico, este preparado pluriglandular.

A PLURIGLANDULINA normalisa o funcionamento das glandulas em geral e por isso facilita a digestão e a reabsorção de elementos necessarios ao metabolismo, tais como o arsenio, o ferro, o calcio e a oxydação intracelular, alem de reforçar a acção medicamentosa das preparações galenicás, tais como : o bismutho, o mercurio e o salvarsan.

A **PLURIGLANDULINA** Seixas - Palma é de magnificos resultados na :

**Neurastenia geral**

**Fraqueza geral**

**Falta de appetite**

**Prisão de ventre**

*e muito recomendada para o **crescimento**  
e **desenvolvimento das creanças.***

Posologia : 3 comprimidos antes de cada uma das duas principais refeições, engolidos com um pouco de agua, 10 minutos antes das mesmas.

Para que o seu efeito seja duradouro, convem tomar a PLURIGLANDULINA durante 3 a 4 mezes seguidos e recommear o tratamento logo que novo ameaço se manifeste.

---

**DEPOSITOS:**

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup>

RUA DA PRATA, 237 1.<sup>o</sup> - LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.<sup>DA</sup>

RUA DAS FLORES 153 - PORTO



No dia seguinte, a dor mantinha-se terebrante, mas atenuava-se um pouco se o doente permanecia deitado com a cabeça ao nível do corpo. A febre mantinha-se, e nos dias seguintes apareceu nítida rigidez da nuca e ligeiro opistótonos.

Os sinais de Kernig e de Lasegue mostravam-se positivos. Não se observava nenhum outro sinal além dos indicados e de um possível exagêro dos reflexos tendinosos. Uma punção lombar revelou uma pressão intraraquidiana de 220 mm., diminuindo para 160 mm. após a extracção de líquido céfalo-raquidiano. O líquido era intensamente hemorrágico. As reacções de Wassermann e de Meinicke, negativas, mas as de Nonne-Apelt e de Pandy eram positivas. O doente melhorou muito após a punção lombar, tendo as cefaleias diminuído muito de intensidade. A temperatura mantinha-se elevada, e foi revelada uma leucocitose de 16.000.

Passada uma semana o sinal de Kernig mantinha-se, mas menos acentuado. Passados mais três dias o doente sentia-se muito melhor e o sinal de Kernig tinha desaparecido. Uma punção lombar feita nesta data revelou uma pressão de 120 mm.; o líquido era límpido e as reacções de Nonne e de Pandy negativas.

A melhora do doente acentua-se, caminhando sem acidentes para uma cura completa, tendo alta, três semanas após a admissão no hospital, sem nenhum sintoma e apto para retomar o trabalho.

A possibilidade de se tratar de uma ruptura de aneurisma intracraniano era a primeira a pôr ao fazer o diagnóstico diferencial, mas o início gradual, a grande elevação térmica, a leucocitose e o aumento da tensão do líquido céfalo-raquidiano, faziam pensar, de preferência, numa lesão inflamatória. As hipóteses de traumatismo, alcoolismo, sífilis e tumor cerebral foram também sucessivamente eliminadas, chegando assim o autor ao diagnóstico de meningite hemorrágica de forma excepcionalmente intensa, provocada por insolação excessiva.

ALMEIDA LIMA.

**Anestesia geral com a avertina**, por J. M. WOLLESEN. — *Hospitalstidende*. 10 e 24 de Novembro de 1932. Págs. 1320 e 1375.

Nestes dois artigos o A. dá conta dos resultados obtidos com a avertina, usada como anestésico geral, em 100 casos do Naksow-Hospital, na Dinamarca. A avertina foi empregada em casos em que a anestesia local ou raquidiana parecia não estarem indicadas. Quando a avertina começou a ser introduzida, muitos julgaram que a acção local da droga sobre o recto e cólon poderia ser prejudicial e provocar colites, mas nos 100 casos apresentados neste trabalho em nenhum dêles houve o menor sinal de irritação local como diarreia ou tenesmo. Nenhuma complicação pulmonar nos 100 casos, concluindo o A. que com um doseamento apropriado a anestesia pela avertina não é sujeita a nenhuma complicação. Faz notar, contudo, que as grandes esperanças da avertina ser o anestésico ideal, não tendo risco para o doente e oferecendo ao cirurgião as condições óptimas de trabalho, só em parte foram realizadas.



Uma anestesia por completo só se pode conseguir com doses tão elevadas que são já extremamente perigosas.

Uma das grandes vantagens desta anestesia é o permitir a cabeça do doente ficar perfeitamente livre, condição indispensável para a cirurgia craniana, e da face, etc. Em conjugação com pequenas doses de éter, permite obter um relaxamento muscular satisfatório. É um anestésico ideal para os doentes de temperamento nervoso e para as crianças; a anestesia que produz não é seguida nem por náusea, nem por vômitos, nem por cefaleias. Ao passo que a sua administração é simples, uma anestesia satisfatória pelo éter requer um anestesista competente e muito cuidadoso. A tendência, por vezes notada, da avertina para produzir paralisias respiratórias, é facilmente combatida pela inalação de pequenas doses de éter. A anestesia geral induzida pela avertina, durando várias horas, permite ao cirurgião operar sem pressa.

Considerando, em globo, os efeitos da avertina, encontra-lhe o A. tantas vantagens sobre os métodos mais antigos de anestesia, que considera a sua introdução como marcando uma nova era na história da anestesia.

ALMEIDA LIMA.

O «*shock*» experimental. (*Experimental shock. Withe special reference to anaesthesia*), por R. J. S. Mc DOWALL. — *The British. Med. Jour.* 22 de Abril de 1933.

O *shock* experimental pode ser dividido em vários tipos que, abstraindo os provocados por hemorragia ou falência cardíaca, podem ser agrupados em químicos e nervosos.

A variedade química tem como tipo o choque pela histamina, clínica e experimentalmente caracterizado por um *shock* retardado associado às grandes destruições de tecidos. A gravidade desta variedade é exaltada pelos anestésicos.

A variedade nervosa pode resultar de danos físicos dos centros vasomotores ou das suas vias aferentes, de impulsos aferentes conducentes a grandes perdas de óxido de carbone (acapnia), ou a inibições desses centros. Acapnia e inibição são responsáveis pelo *shock* que se segue imediatamente a um trauma. O *shock* que depende de impulsos aferentes é evitado por uma anestesia profunda e reduzido pela morfina.

As variedades química e nervosa podem coexistir e exaltarem-se uma à outra.

ALMEIDA LIMA.

Paralisia dos nervos cranianos em seguida à anestesia raquidiana, por R. H. MARTIN e P. HALTRON. — *Paris Méd.* 11 de Março de 1933. Pág. 217.

A anestesia raquidiana, cujas vantagens são um grande auxílio para o cirurgião, não deixa, porém, de ter alguns perigos. Os AA. relatam observações de quarenta e cinco anestésias raquidianas, das quais oito provocaram



síntomas patológicos indubitavelmente atribuíveis à anestesia. Quatro doentes queixaram-se de cefaleia persistente, dois de incontínência de fezes, um de incontínência de urina, outro de paralisia do nervo motor ocular externo e de perturbações no domínio do trigémio.

Nos primeiros sete as lesões foram de pouca importância e transitórias; no último, de alta gravidade. Os AA. dizem ter encontrado relatado nas observações publicadas paralisias do óculo-motor externo em 1 a 5 % dos doentes operados sob anestesia raquidiana. Os sintomas da paralisia ocular aparecem, em regra, uma semana após a operação, mas algumas vezes muito mais tarde, mesmo dois ou três meses depois.

A lesão, como foi dito, é, em geral, do sexto par, quasi sempre unilateral, com diplopia e cefaleias. Alguns doentes, além da lesão do motor ocular externo, apresentam perturbações do oitavo e décimo-segundo pares cranianos, e miose do lado afectado. Estas perturbações são, em regra, transitórias.

Os AA. consideram a novocaína o menos tóxico dos anestésicos vulgarmente usados nesta forma de anestesia, a estovaína o mais tóxico e a hipocaína de toxicidade média.

A irritação meníngea, a hipertensão intracraniana e a intoxicação são as hipóteses possíveis para explicar o aparecimento das lesões apontadas. Os AA. consideram a primeira como a mais provável.

ALMEIDA LIMA.

Os escotomas positivos e as alucinações visuais do «delirium tremens»,  
por FERDINAND MOHEL. — *Revue d'Oto-Neuro-ophthalmologie*. N.º 2. Fevereiro de 1932.

No *delirium tremens* observa-se constantemente um escotoma monocular positivo, que se apresenta com o aspecto de uma opacidade incompleta, pulverulenta, onde se destacam segmentos rectilíneos dispostos em várias direcções; parece um nevoeiro acinzentado, raramente corado vivamente; tem a forma de um elipsóide de eixo maior transversalmente disposto no centro do campo visual, aparecendo no ponto de fixação da vista após um tempo de latência de alguns segundos; corresponde ao campo macular, não está acompanhado de qualquer escotoma negativo, mas somente de um apêto concêntrico do campo para o branco e para as côres.

As alucinações visuais desta psicose aguda alcoólica constituem-se a partir do escotoma, que lhes é sempre anterior e forma uma *étape* obrigada na sua génese; são o resultado da associação da actividade cerebral prejudicada (com turvação da consciência, desorientação, curso do pensamento desordenado, ansiedade, etc.), a esta lacuna do campo visual; desta arte, os seus caracteres são totalmente decalcados dos do escotoma: côr sombria, forma, etc.; as suas dimensões variam, como as daquele, em função da distância, inscrevendo-se num cone de 10° a 15° de abertura; assim, aumentam com o afastamento e dizem os doentes ver alfinetes nos dedos, pulgas no leito, ratos nas paredes, etc.

Os deslocamentos das alucinações (zoópsicas e outras) fazem-se em massa, e dependem dos movimentos do globo ocular; o desfilar confuso de



imagens está em relação com a incoordenação e intranquilidade da musculatura do olho.

O lugar de acção do tóxico que motiva o escotoma do *delirium tremens* deve ser a região retro-bulbar, dados os seus caracteres e a semelhança com o escotoma da nevrite óptica retro-bulbar nicotino-alcoólica.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Epilepsia e alterações do pensamento interior** — o «pensamento falado» e o síndrome paranóide de origem comicial, por H. BARUK. — *Annales Medico-Psychologiques*. N.º 1. Janeiro de 1933.

Em alguns casos de epilepsia, nomeadamente na chamada epilepsia psíquica, observam-se, quer isoladamente, quer em relação com os outros sintomas mentais dessa doença, um certo número de perturbações psicológicas finas, em muitos pontos semelhantes às das psicoses esquizofrénicas e parafrénicas.

Em vez da abolição total da consciência durante os ataques, da sua suspensão momentânea nas ausências ou da sua turvação e cerceamento nos estados crepusculares, registam-se simples alterações do curso do pensamento e outros sintomas considerados mesmo como psicógenos; descreve o A. ideas obsessivas sobrevindas como aura ou isoladamente, o chamado mentismo, o síndrome do pensamento falado (discurso incoerente e dissociado) e síndromas paranóides comiciais.

O nexa e dependência estreita que estes fenómenos têm no presente caso com alterações fisiológicas do funcionamento cerebral, faz-nos antever o estudo possível e necessário da sua génese em função de alterações passageiras, *dinâmicas*, da actividade do cérebro, intermediárias entre as lesões grosseiramente orgânicas e irreparáveis e as alterações meramente *funcionais*.

Por igual motivo, teremos de negar aos mecanismos psicológicos, de ordem psicanalítica ou outra, o papel primacial na génese destas perturbações mentais que lhe tem sido atribuído, reservando-lhe, em nosso entender, a mera função de determinantes dos seus conteúdos ideo-afectivos.

---

BARAHONA FERNANDES.

**O comportamento da ureia, ácido úrico e colesterol do sangue no decurso das meningo-encefalopatias**, por LOLLI. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. Vol. XLI. Fasc. 1. Janeiro-Fevereiro de 1933.

As taxas sanguíneas destas substâncias elevam-se acima dos valores médios, por vezes, de um modo bastante acentuado, em grande número de casos de meningo-encefalites; até certo ponto estes acréscimos são paralelos à evolução clínica das lesões encefálicas. As modificações das percentagens da ureia são independentes das dos cloretos, elevações febris e das alterações renais.

Simultaneamente, fizeram-se investigações experimentais, obtendo re-



sultados idênticos pela picada do pavimento do quarto ventrículo; em certos casos, simples lesões corticais determinavam o mesmo efeito, que deve, no entanto, ser atribuído a uma excitação a distância dos centros reguladores do metabolismo, localizados, segundo o A., no rombencéalo, particularmente no pavimento do quarto ventrículo.

BARAHONA FERNANDES.

A predisposição para os acidentes mentais do alcoolismo crónico, por MIGNOT. — *Annales Medico-Psychologiques*. N.º 3. Março de 1933.

A análise de grande número de observações de doentes affectados de psicoses tributárias do alcoolismo crónico, levou o A. a admitir, que não só para o seu desencadeamento, como também para a aquisição de uma predisposição para essas perturbações mentais, devem intervir como factores da minoração cerebral, directamente, os traumatismos cranianos (observados em 17% dos casos), e, por intermédio do prejuízo das funções hepáticas, o impaludismo, registado em 12 % dos doentes.

Como corolário profiláctico, devemos aconselhar a abstinência de bebidas alcoólicas aos antigos impaludados e traumatizados de crânio.

BARAHONA FERNANDES.

Estudo sobre a paralisia geral dos judeus, por BERNSTEIN. — *Rocznik Psychjacyjny*. Fasc. XVIII-XIX. 1932.

Baseado em 140 casos, conclue que a paralisia geral é, nos judeus, mais frequente; a-pesar da percentagem de sifilíticos ser menor, eclode mais vezes súbitamente, o período prodrómico é muito curto, a evolução no sentido demencial é mais rápida, mas a duração total do processo até à morte é maior; no geral, predomina a forma depressiva.

A malarioterapia é, no conjunto, seguida de resultados menos favoráveis, sendo muito menos frequentes as remissões espontâneas.

Estas particularidades não têm explicação suficiente na hereditariedade convergente, predisposição psicopática, influência da civilização e outras razões invocadas.

BARAHONA FERNANDES.

As crises nervosas da segunda infância (diferenciação clínica e parentesco fisiológico das crises epilépticas e das crises psiconeuropáticas), por H. BARUK. — *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*. N.º 2. Fevereiro de 1933.

Descrição clínica das crises nervosas que podem sobrevir na segunda infância, distinguindo classicamente as epilépticas das psiconeuropáticas; nas primeiras inclui a crise convulsiva e sincopal, a ausência, a crise de automatismo comicial, de onirismo e sonambulismo comicial, as crises pseudo-emotivas e as viscerais e vegetativas; nas segundas, distingue a catalepsia,



lipotímias, semi-ausência, crise de automatismo psico-motor, sonambulismo não comicial, crise emotiva e de enervamento, crise pitiática e alterações viscerais e vegetativas.

A distinção entre as duas categorias, fundada na subitaneidade, imotivação do aparecimento, ininfluenciabilidade, etc., das manifestações comiciais não pode ser absoluta, porquanto se conhecem formas de transição intermediárias, formas de transformação de crises neuropáticas em epiléticas e, pelo contrário, formas regressivas ou degradadas da epilepsia.

Conclue afirmando que em tôdas as crises nervosas, a-pesar da sua variabilidade e, em muitos casos, uma aparente motivação psicogénea, há uma perturbação da mesma natureza, mas de diferente intensidade, da actividade funcional do sistema nervoso.

BARAHONA FERNANDES.

**A função gástrica na tuberculose pulmonar.** (*The gastric function in pulmonary tuberculosis*), por S. COHEN. — *The Am. Rev. of Tuberc.* Abril de 1933.

À medida que os processos de tuberculose pulmonar progridem, verifica-se uma correspondente diminuição no ácido clorídrico livre do suco gástrico.

A percentagem de hipocloridria nas várias fases da doença é praticamente a mesma e cêrca de 7%. Esta percentagem é igual à dos doentes com outros tipos de doença.

Nos tuberculosos encontra-se um aumento no intervalo para comêço da secreção do ácido livre.

A actividade motora do estômago mantém-se dentro dos limites normais e a concentração da pepsina varia proporcionalmente com a concentração do ácido clorídrico livre.

Nos doentes febris a percentagem de hipocloridria aumenta cêrca de 3,5 vezes.

MORAIS DAVID.

**A pressão sanguínea na tuberculose.** (*The blood-pressure in tuberculosis*), por A. R. MASTEN. — *The Am. Rev. of Tuberc.* Abril de 1933.

As conclusões a que se chegou pelo estudo das pressões sangüíneas em duzentos e cinqüenta doentes com tuberculose pulmonar são as seguintes:

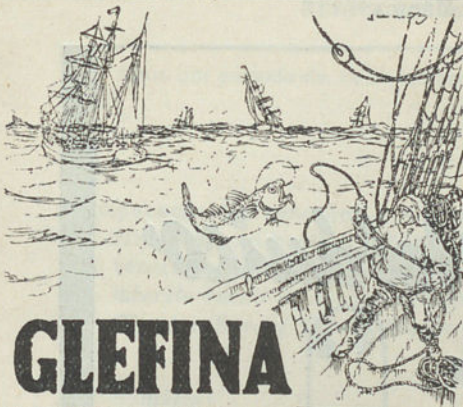
A média das pressões sangüíneas está bem dentro dos limites normais. Uma hipotensão marcada que não melhora com o tratamento sanatorial representa um indício de mau prognóstico.

Mais de 75% dos doentes que melhoram clinicamente acusam uma elevação da pressão sangüínea. Da mesma maneira se comportam mais de 75% dos doentes que acusam um aumento de pêso.

A temperatura, *per se* não tem uma relação definida com a pressão sangüínea.



## Glefina e Lasa



### GLEFINA

é o único reconstituente a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Oleo de Fígado de Bacalhau, Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-  
TORNOS DIGESTIVOS**

**SABOR AGRADAVEL**



São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.

### LASA

Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência



## Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

# LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules  
Émulsion - Comprimés  
54 centigr. d'iode par cm<sup>3</sup>

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Ph<sup>ciens</sup>

22, Rue du Landy  
S<sup>t</sup>-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: Pestana, Branco & Fernandes, Lda.

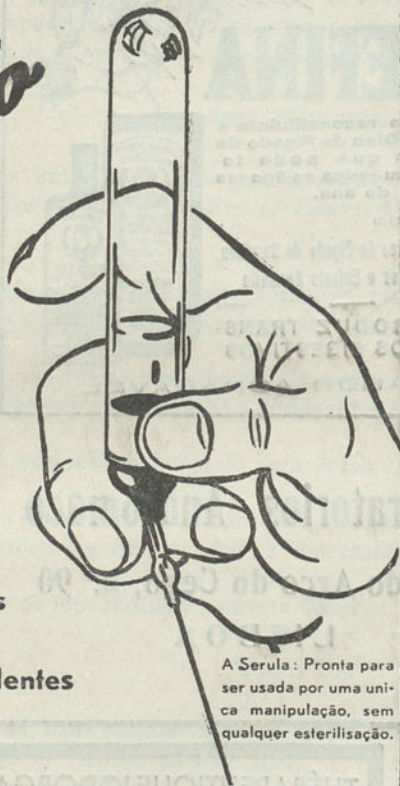
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - 1133



SÔROS  
E VACCINAS

*Behring*

# Soro antitetânico de cavalo e de boi na Serula



Indicado em todas as  
feridas e losões  
causadas por acidentes  
na lavoura  
e no esporte

é que foram sujas pela terra ou poeira.

A Serula: Pronta para  
ser usada por uma única  
manipulação, sem  
qualquer esterilização.

» *Bayer - Meister-Lucius - Behringwerke* «

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

» LUSOPHARMA «

Rua dos Dpuradores, 150, 3.º

LISBOA



Após um período de cura sanatorial a média das pressões sanguíneas sobe.

MORAIS DAVID.

Comparação das reacções dos tecidos e dos pulmões à infecção experimental com bacilos tuberculosos em animais de diferentes resistências. (*A comparison of tissue reactions to pulmonary infection with tubercle bacilli in animals of varying resistance*), por A. J. VORWALD. — *The Am. Rev. of Tuberc.* Março de 1933.

#### Sumário:

A injeção de bacilos humanos na proporção de 0,1 mgr. por quilograma de peso, em animais de várias espécies (cobaios, porcos, macacos, cães, ratos, gatos e galinhas) demonstrou que em todos os casos o tecido pulmonar, em contraste com o tecido linfóide intra-pulmonar, retinha a maior parte dos bacilos injectados por via intra-venosa e que a reacção celular inicial partia do ponto em que os bacilos se fixavam.

As estruturas linfóides dos pulmões são envolvidas secundariamente. A susceptibilidade dos animais estudados, avaliada pela extensão das reacções celulares individuais, mostrou acentuadas variações.

Os cobaios e coelhos, posto que inicialmente respondam com reacções de igual intensidade, mostram depois um comportamento diferente na quantidade de tecido tuberculoso que se desenvolve. A cobaia, no período de um mês, provou ser o animal de maior susceptibilidade e o coelho, comparativamente, de uma resistência muito maior.

Os ratos e as galinhas, por outro lado, respondem de princípio com reacções ligeiramente mais fracas do que as da cobaia ou do coelho, mas, a um intervalo de um mês, a resistência daqueles é, sem dúvida, maior.

Os macacos e os cães, que no primeiro dia revelam uma reacção mínima, menor do que a de qualquer das outras espécies animais estudadas, no período final apresentaram uma invasão tuberculosa menos extensa do que a cobaia, mas muito maior do que os coelhos, os ratos ou as galinhas.

Os gatos reagem de uma maneira muito arrastada, de princípio, e, até final, comportam-se como animais de maior resistência. As variações na susceptibilidade não estão em relação directa com a intensidade das reacções celulares iniciais.

Nos cobaios, nos coelhos e ratos a neutrofilia desempenha uma parte importante na localização do bacilo de Koch. Em fases ulteriores estes leucócitos e os bacilos nêles contridos são, por via de regra, fagocitados por grandes células mononucleares.

Nas reacções celulares mais maduras as células mononucleares aparecem com grande predomínio em tôdas as espécies animais.

Não pôde efectuar-se a diferenciação destas células como monócitos ou clasmotócitos.

MORAIS DAVID.



A concentração da ureia na urina (prova de Maclean) como prova da função renal na hipertrofia prostática. (*Maclean's urea-concentration test as renal function in hypertrophia prostatae*), por E. HUSFELDT e V. AALKJÆR. — *Acta Chir. Scand.* Vol. LXX. Fasc. IV e V. 1933.

Os autores passam em revista as provas de função renal mais vulgares, e dão um resumo da maneira por que se executam e das suas vantagens e inconvenientes. O estudo pretende averiguar em especial o valor clínico destas provas na previsão do perigo da uremia post-operatória.

Neste sentido uma atenção particular é dada à prova de Maclean (prova da concentração da ureia urinária após a ingestão de 15 grs. de ureia).

O exame da função renal, em setenta e quatro prostáticos, trinta e um dos quais foram tratados por prostatectomia, mostra que nos doentes operados vinte e um tinham uma concentração de ureia de 2 % ou mais, sete uma concentração de 1,7 %, um uma concentração de 1,6 %, um uma concentração de 1,5 %.

Em todos estes doentes não houve nem um caso de morte por uremia post-operatória. Segundo a opinião dos autores, a prova de Maclean é digna do maior crédito.

MORAIS DAVID.

A relação entre os vírus do herpes zoster e da varicela, demonstrada pela reacção de fixação do complemento. (*The relationship between the viruses of zoster and varicella as demonstrated by the complement-fixation reaction*), por R. T. BRAIN. — *The Brit. Jour. of Exp. Path.* Abril de 1933.

Tanto o herpes zoster como a varicela determinam a formação de anti-corpos, que se demonstram no sêro dos indivíduos convalescentes por meio da reacção de fixação do complemento.

No estudo da reacção os resultados não variam quando se emprega como antigénio o líquido das vesículas do herpes ou das vesículas da varicela, o que parece indicar a íntima relação, senão a possível igualdade, do agente causal das duas doenças.

MORAIS DAVID.

Uma prova biológica para o diagnóstico da doença de Hodgkin. (*A biological test in the diagnosis of Hodgkin's disease*), por C. E. VAN ROOYEN. — *The Brit. Med. Jour.* 15 de Abril de 1933.

De todos os trabalhos recentes publicados acêrca da doença de Hodgkin merece uma particular referência a contribuição de M. H. Gordon (1932).

Êste autor demonstrou que a inoculação intracerebral de coelhos e cobaios, com suspensões de tecido linfadenomatoso, era seguida, dentro de poucos dias, de manifestações paralíticas, espásticas, dos membros posteriores, com rigidez, ataxia e fraqueza muscular.

A injeção intracerebral de suspensões de tecido linfóide proveniente de



outras doenças ou mesmo de tecido linfóide normal não provoca estas reacções.

G. apresenta sete casos pessoais, cinco de doença de Hodgkin, um de pseudo-leucémia e um de linfossarcoma, em que ensaiou a reacção.

Sumário e conclusões :

A prova de Gordon, com gânglios provenientes de cinco casos de doença de Hodgkin foi positiva em três, duvidosa ou negativa em um.

O síndrome produzido nos coelhos pela inoculação do tecido linfogranulomatoso não pode ser provocado pelos tecidos normais, linfossarcomatosos, leucémicos ou tuberculosos.

Tampouco o mesmo síndrome pode ser revelado pela inoculação de bactérias mortas, de toxina estreptocócica, de leite estéril, de peptona, etc.

A prova de Gordon é um método fácil para a diferenciação da doença de Hodgkin de outras doenças do tecido linfóide.

MORAIS DAVID.

---

**Seroterapia na poliomielite.** (*Serum therapy in poliomyelitis*), por JEAN MACNAMARA. — *The Brit. Med. Jour.* 21 de Março de 1933.

Conclusões :

A experiência, em vários países, leva diversos autores a considerar o sôro humano imune como um agente terapêutico de valor no tratamento e na profilaxia das formas graves de paralisia.

Dr. Robertson, na epidemia, em Wellington, de 1924-25, verificou que as quantidades de sôro de que se dispõe em certas ocasiões é demasiado reduzida para acudir ao consumo de todos os casos que requerem o tratamento sérico. Em vez de repartir igualmente as doses de sôro disponível por todos os casos de doença, apenas uma parte foi tratado com as doses convenientes.

MORAIS DAVID.

---

**Tratamento da úlcera gástrica com as injeccões de extracto da glândula paratiroideia.** (*Tratamiento de la úlcera gástrica con las inyecciones de extracto de glandula paratiroides*), por J. M. S. RODRIGUEZ. — *Revista Médica de Barcelona.* N.º 110. 1933.

Em animais paratiroidectomizados, Falta e Kahn verificaram o aparecimento de ulcerações gastro-intestinais, facto que depois os trabalhos de Businco e Bartholini comprovaram, encontrando em animais aos quais faziam essa operação uma diminuição de resistência das mucosas aos processos infecciosos e facilidade de passagem das bactérias através das paredes viscerais. Mais tarde, Alkan descreve sintomas de tetania em casos de úlcera e isto incitou alguns autores a tentar o tratamento desta afecção por intermédio da paratiroidina.

Rodriguez descreve alguns casos de úlcera gástrica simples, aos quais applicou êste tratamento com os melhores resultados: acalmia e desaparecimento das dores e dos vômitos, ao fim de poucas injeccões; em seguida, au-



mento de apetite e de peso. Esta melhoria clínica é verificada, aos raios X, pelo desaparecimento dos nichos e imagens cavitárias. Empregou a paratirodina Byla em injeções subcutâneas de 2 cc., diárias, durante dez dias, com suspensão ao fim desse período, que pode renovar-se conforme os casos.

J. ROCHETA.

**A patogénese e a terapêutica da hemicrânia.** (*Über Pathogenese und Therapie der migräne*), por GIERLICH. — *Fortschrift der Therapie*. Heft 3. 1933.

A incerteza que reina ainda hoje sobre o trajecto anatómico que seguem as fibras simpáticas, que nos vasos cerebrais condicionam num maior ou menor território a contractura vascular, causa produtora imediata da hemicrânia, explica os maus resultados obtidos com a simpatectomia ao nível não só da carótida interna, como também da vertebral, e que tem, ultimamente, sido quasi por completo abandonada.

Por isso, é cada vez maior a tendência para o retorno à medicina interna, com preferência para os fármacos vaso-dilatadores, especialmente a nitroglicerina. Foi principalmente Döllken quem estabeleceu esta terapêutica e recomendou o conhecido *moloid*, que deve ser administrado, para se obterem bons resultados, durante bastante tempo.

Quando se suspeitar de causa alérgica, deve recomendar-se, uma hora antes da refeição, meio grama de peptona.

O A. recomenda como mais próprio para a estabilização da labilidade vegetativa o preparado Neuramag, com o qual tem obtido excelentes resultados. Começa por administrar um comprimido duas vezes por dia, o primeiro depois do almoço e o segundo antes do deitar, e durante dois a três meses. Na ocasião dos acessos pode atingir-se a dose de três comprimidos, tomados em períodos de meia em meia hora.

J. ROCHETA.

**A questão das alterações bio-químicas no alcoolismo crónico.** (*Zur Frage der biochemischen Veränderungen bei chronischem Alkoholismus*), por B. F. GOJCHER, W. WEILAND e M. E. TARNÓPOLSKAJA. — *Acta Medica Scandinavica*. Vol. LXXIX. Fasc. V-VI. 1933.

Resumem os AA. assim o seu artigo :

- 1) A glicemia nos alcoólicos crónicos, depois da administração de glucose em jejum, varia dentro de longos limites.
- 2) O coeficiente hiperglicémico é mais alto que no indivíduo normal.
- 3) A reacção hiperglicémica obtida por intermédio da injeção de adrenalina, é característica nos alcoólicos crónicos.
- 4) A reserva alcalina na maioria d'êles está diminuída.
- 5) A análise dos electrolitos do sangue mostra um aumento do potássio.

Isto permite afirmar a existência dum estado patológico no alcoolismo crónico.

J. ROCHETA.



**A importância da frequência ventricular na aritmia absoluta — Fibrilação auricular.** (*Ueber die Bedeutung der Kammer Schlagzahl bei der Arrhythmia absoluta — Vorhof-flimmern*), por F. SCHELLONG e E. SGBKS. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1933.

Numa estatística de trinta e sete casos de fibrilação auricular verificaram os AA. que a maioria dêles se iniciam com taquicardia — frequência superior a 90 — que diminue espontâneamente passado algum tempo, e tanto mais evidentemente quanto maior foi a frequência inicial. Êste facto deve interpretar-se como sinal de insuficiência funcional do miocárdio e também do feixe de His, consequência da má irrigação causada pelo elevado número de pulsações. Quando aquelas descem abaixo de 70, é de presumir a existência de lesões orgânicas no feixe de His. Por isso, para os AA., as formas taquicárdicas, contrariamente à opinião de muitos, representam um bom estado — com excepção dos estados pre-agónicos — da musculatura cardíaca e, portanto, formas de bom prognóstico, de resto tanto melhor quanto mais cedo se institue o tratamento. A regularidade nas contracções pode obter-se pela digitalina e a estrofantina. Quando os casos não são tratados de início, em geral, só a quinina pode ter efeitos favoráveis.

J. ROCHETA.

**Hiperacetoneia e disfunção hepática.** (*Iperchetonemia e disfunzione hepatica*), por C. TOSCANO. — *Minerva Médica*. N.º 9. 1933.

Foi Seelig quem primeiramente estudou a cetoneia nos hepáticos, verificando um aumento dos corpos cetônicos, principalmente do ácido oxibutírico, nas lesões parenquimatosas do fígado; em seguida Dominici e Oliva confirmaram, em parte, estes resultados, que completaram pela prova da cetoneia provocada, impondo aos doentes uma dieta quasi privada de hidratos de carbono, durante vinte e quatro horas, patenteando assim uma insuficiência latente da cetólise.

Em quarenta doentes aos quais o A. doseou a cetoneia em jejum, sem dieta anterior hidrocarbonada, constatou o aumento daquela na insuficiência hepática, feita principalmente à custa do ácido oxibutírico, quer se tratasse de lesões orgânicas, quer de simples perturbações funcionais; por isso, e apesar-de algumas excepções observadas nalguns casos, aconselha êste exame como prova da função hepática.

J. ROCHETA.

**A origem da tuberculose pulmonar crónica por exacerbação do complexo primário antigo.** (*Zur Entstehung der chronischen Lungentuberculose durch Exacerbation alter pulmonaler Primärkomplexe*), por H. H. KALBFLEISCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1933.

Aponta o A. dois casos verificados por autópsia, nos quais se encontrou, no nódulo primário, em parte calcificado, em parte ossificado, um tubérculo com uma célula de Langhans típicos. Nem nos linfáticos regionais, nem em



todo o parênquima pulmonar, se encontraram lesões tuberculosas recentes. De aí se conclue que as células gigantes devem a sua origem a bacilos que se encontram ainda nos nódulos calcificados e que, portanto, é possível uma exacerbação desses agentes, passado um tempo bastante longo. Êste facto, porém, é, por um lado, bastante raro e, por outro, não coincidente com o aparecimento duma tuberculose pulmonar. Pelo contrário, verifica-se que a exacerbação dum nódulo primário antigo limitou a sua acção à cápsula e vizinhanças muito próximas.

J. ROCHETA.

**Extirpação das paratiroides na espondil-artrite anquilosante.** (*Epi-thelkörperchen-Entfernung bei Spondyl-arthritis ankyloplastica*), por W. HOFFMEISTER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 13. 1933.

Descrição da história clínica dum doente com imobilização de quasi tãda a coluna vertebral, movimentos limitados e dolorosos das articulações escapulo-humerais, assim como das articulações dos joelhos. Calcemia 18 mgrs. % e fosforemia 3,4 mgrs. %. Extirpação duma das paratiroides, que provocou melhorias imediatas, com abaixamento dos valores do cálcio para 14 %. Passados dois meses, extirpação duma segunda glândula, cuja análise nada revelou de anormal. Nova descida da calcemia, que atingiu, desta vez, o valor normal — 10 %, que se acompanhou dum abaixamento da fosforemia até 3 mgrs. %. As dores, na articulação do ombro direito e da coluna cervical, melhoraram. Passados três anos tãda a sintomatologia tinha melhorado, podendo o doente retomar a sua profissão primitiva.

J. ROCHETA.

**Resultados obtidos, em cinco anos, com a hipertermia.** (*Über 5 Jährige Erfahrungen mit Hyperthermie*), por F. WALINSKY. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. — N.º 11. 1933.

A hipertermoterapia, que o A. defende, consiste no seguinte, que o próprio descreveu e aplica há cinco anos: ao doente é administrada uma injeção intravenosa de 10 cc. dum soluto de cloreto de sódio a 20 %; cinco minutos depois, é colocado num banho a 37°,5-38°, aumentando a temperatura progressivamente, no decurso de doze a trinta minutos, até 41°-42°. Em seguida o doente é envolvido por um cobertor de flanela e, sobre êste, cobertores de lã. O número das sessões e a duração variam conforme os casos. Durante os envoltimentos, se o doente acusar sede, pode dar-se-lhe chá ou café, 5-10° acima da temperatura do corpo. Na primeira metade do tratamento verifica-se uma queda da glicemia e da reserva alcalina, que atingem depois os valores normais. Nota-se, também, um aumento de consumo das substâncias proteicas e leucocitose, e, por isso, o A. aproxima estes resultados com os obtidos e verificados na febre por infecção.

As afecções que podem ser favoravelmente influenciadas por êste método, são: *tabes dorsalis*, *lues cerebrospinalis*, paralisia progressiva, esclerose múltipla, parkinsonismo post-encefáltico, mielite, polinevrite, sciática, artrites crônicas, pielites, asma brônquica e anexites inflamatórias.



A hipertermia, dêste modo, tem a vantagem da sua fácil dosagem e absoluta inocuidade.

J. ROCHETA.

O poder bactericida, para o bacilo de Koch, da urina de tuberculosos, no diagnóstico e prognóstico da tuberculose pulmonar. (*Il potere battericida per il bacillo di Koch dell'urina di individui tubercolotici nella diagnosi e nella prognosi della tubercolosi polmonare*).— *Minerva Médica*. N.º 12. 1933.

Procurou o A. confirmar os resultados de alguns autores franceses que demonstraram a existência do poder bactericida para o bacilo de Koch, dos humores de tuberculosos, e só dêstes, tendo concluído, pelo que à urina se refere, que de facto essa acção existe, e que é tanto mais intensa quanto melhores são as condições gerais e locais do doente; por isso, a análise do poder bactericida da urina, na grande maioria dos casos inferior ao poder bactericida do sôro dos mesmos doentes, tem, além do valor diagnóstico, um valor prognóstico de muita importância. Assim, o A. encontrou os valores mais altos nas escleroses apicais, em contraste com os obtidos nas formas pulmonares caseosas, cavitárias e evolutivas com valores baixos. Verificou-se, ainda, que êste poder é termoestável, e torna-se mais intenso com o tratamento pelo pneumotorax, quando êste produz bons resultados clínicos. Falta totalmente na urina dos indivíduos sãos ou atacados doutras doenças.

J. ROCHETA.

O modo de evitar os exsudatos no pneumotorax. (*Methode zur Vermeidung von Pneumothoraxexsudaten*), por UNVERRICHT e DOSQUET.— *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. 1933.

É sabido como a frequência maior dos exsudatos no pneumotorax se verifica nos primeiros seis meses de tratamento; êste facto assenta, principalmente, na circunstância de se dar uma transformação fibrosa dos folhetos parietais pela irritação produzida pelas sucessivas insuflações, que constitue uma barreira contra as infecções linfáticas e hemáticas. Partindo dêste princípio, procuram os AA. criar, desde o início, condições que realizem rapidamente esta transformação da pleura. Para isso injectam, após a 2.ª ou 3.ª insuflação e, depois desta feita, e por intermédio da própria agulha que serviu para o pneumotorax, 12 cc. de azeite esterilizado. A maioria dos doentes queixam-se de dores torácicas, por vezes violentas, que são acompanhadas por aumentos de temperatura que duram sempre alguns dias. Numa estatística de 100 casos, contam-se apenas quatro com derrames, todos pouco abundantes e de reabsorção rápida. A transformação fibrosa da pleura nunca foi tão intensa que não permitisse, depois de terminado o tratamento, a completa reintegração do pulmão no espaço e volume correspondentes.

J. ROCHETA.



**Corbasil, um novo substituto da adrenalina.** (*Corbasil, ein neues Ersatzmittel der Adrenalins*), por C. HIRSCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. 1933.

Resumo o A. assim o seu artigo:

- 1) O corbasil pode combinar-se com a novocaína ou pantocaína, sem prejudicar a sua eficácia; aquela substância é menos alterável que a adrenalina e pode esterilizar-se pelo calor.
- 2) A acção anestésica obtida com esta mistura é idêntica à obtida com a novocaína-suprarrenina ou pantocaína-suprarrenina.
- 3) Nunca se verificaram fenómenos secundários prejudiciais.

J. ROCHETA.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

---

## Prof. Sílvio Rebêlo

Na Suíça, onde se encontrava em tratamento, morreu súbitamente o Dr. Sílvio Rebêlo, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa. A *Lisboa Médica* publicará no próximo número um artigo do Prof. Celestino da Costa sobre a obra do Prof. Sílvio Rebêlo. A redacção da *Lisboa Médica* apresenta à família enlutada os seus sentimentos.

---

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

Na Faculdade de Medicina do Pôrto realizaram-se as provas de concurso para professor auxiliar do grupo de História da Medicina e Medicina Legal.

Prestaram provas os candidatos Drs. Luís de Pina e Francisco Coimbra, que ficaram ambos aprovados por unanimidade.

— Na sua última reunião o Conselho Escolar da Faculdade resolveu: encerrar as aulas no dia 31, e iniciar os exames em 8 de Junho; congratular-se pela representação da Faculdade no Congresso dos Anatômicos e pela visita dos estrangeiros aos laboratórios de Morfologia; e insistir pela construção do hospital escolar e pelo aumento da dotação da Faculdade.

### De Lisboa

Está aberto concurso para o provimento de um lugar vago de assistente do 1.º grupo, sub-grupo A (Anatomia humana, descritiva e topográfica), da Faculdade de Medicina.



### Hospitais Cíveis de Lisboa

Realizaram-se os concursos para duas vagas de assistentes de clínica médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

O júri era constituído pelos Drs. Nicolau Bettencourt, Simões Ferreira, Crêspo de Lacerda, Mac-Bride, Fernando Cabral, Forte de Lemos e Assis Brito.

Foram aprovados os candidatos Drs. Fernando Silva Araújo e Miranda Monteiro.

Os restantes três candidatos conseguiram ficar aprovados em mérito absoluto.

### Sociedade das Ciências Médicas

À sessão do dia 26 de Abril presidiu o Prof. Salazar de Sousa.

Antes da ordem do dia foi referida a recepção do 1.º número do Boletim da Associação de Radiologia. Também se leu um officio em que se comunica a idea de erigir, em Goa, um monumento ao Prof. Silva Teles.

O Prof. Salazar de Sousa, na ordem da noite, fêz uma comunicação sobre um caso de tetania súbita prolongada.

O Dr. Pinto Miranda comunicou um caso de osteocondrite coxo-femural. Discutiu esta última comunicação, sob o aspecto radiológico, o Dr. Bénard Guedes.

— Na sessão do dia 10 de Maio, o Dr. Munhoz Braga apresentou uma doente com sintomas de caquexia hipofisária.

### Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Na sessão de 7 de Maio, da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, realizaram-se as seguintes comunicações:

Três dispositivos originais para radiodiagnóstico, pelo Dr. Carlos Santos, filho: 1.º Novo pedal-contacto; 2.º Aperfeiçoamento prático no emprêgo da grelha de Lyfholm; 3.º Dispositivo útil na organização de câmaras escuras radiográficas;

Sobre o pretenso aneurisma do canal arterial, pelo Dr. Bénard Guedes; Método do deslocamento no estudo dos seios perinasais (trabalho feito em colaboração com o Dr. Carlos Laroudé) pelo Dr. Aleu Saldanha.



### Instituto Rocha Cabral

O Instituto Rocha Cabral promoveu a seguinte série de conferências sobre problemas biológicos :

Dia 4, «Sete anos de investigação científica», pelo Prof. Ferreira de Mira ; dia 11, «A anatomia patológica no estudo das doenças mentais», pelo Dr. Almeida Dias ; dia 18, «Sistema reticuloendotelial», pelo Dr. Simões Raposo ; dia 25, «Os serviços fito-patológicos», pela sr.<sup>a</sup> D. Matilde Bensaúde ; dia 1 de Junho, «Plasma germinal», pelo Prof. Celestino da Costa ; dia 8, «Como trabalhar em bioquímica» pelo Dr. Kurt Jacobsolm.

### Maternidade Alfredo Costa

No dia 5 de Maio realizou-se a 3.<sup>a</sup> sessão científica da Maternidade Alfredo Costa.

A Dr.<sup>a</sup> D. Maria Leão pronunciou uma comunicação sobre «Gravidez nervosa». Êste trabalho foi discutido pelo Prof. Costa Sacadura.

O Dr. Câmara Pires falou sobre o puerpério em algumas cardiopatas.

O Prof. Costa Sacadura deu conta do movimento do Serviço de Obstetria até à data da 1.<sup>a</sup> sessão.

Sobre incontinências vesicais nos cistocelos falou o Dr. Machado Macedo.

O Dr. Jorge Monjardino relatou o movimento do Serviço de Ginecologia durante o mês de Abril.

O Prof. Augusto Monjardino fez algumas considerações sobre as doentes operadas durante o mês de Abril.

O Dr. Manuel Côrte-Real referiu um caso de linfossarcoma do mediastino numa criança de oito anos, tratado com êxito pelos raios X.

### Associação Portuguesa de Urologia

No dia 12 de Abril reuniu-se a Associação Portuguesa de Urologia.

O Dr. Armando Luzes fez uma comunicação sobre o tratamento das vesiculites crônicas pelas lavagens através do canal deferente.

Os Drs. Augusto Lamas, José Caldas e Fortunato Levy falaram sobre a radiografia do aparelho urinário.



## I Congresso Francês de Terapêutica

A realizar em Paris de 23 a 25 de Outubro de 1933.

Sob o patrocínio do Presidente da República Francesa e presidido pelo Prof. Maurice Loeper.

### PROGRAMA PRÉVIO

Os trabalhos do Congresso compreenderão seis assuntos :

- 1.º — Tratamento parentérico da úlcera gastro-duodenal.
- 2.º — Tratamento das colibaciloses.
- 3.º — As associações medicamentosas.
- 4.º — As adrenalinas.
- 5.º — A piretoterapia.
- 6.º — O tratamento das radiodermites.

A sessão solene de abertura realizar-se-á no anfiteatro da Faculdade de Medicina de Paris, no dia 23 de Outubro, às 9,30 da manhã, sob a presidência do Presidente da República Francesa.

As outras sessões serão realizadas às 9,30 e às 15 horas, na Faculdade.

### I

2.ª feira, 23 de Outubro, às 15 horas : relatórios da secção de Medicina.

#### Secção de Medicina

(Presidente : Dr. Babonneix)

#### TRATAMENTO PARENTÉRICO DA ÚLCERA DUODENAL

Prof. Devoto (de Milão) : O tratamento químico geral da úlcera.

Dr. Montier (de Paris) : A vacinoterapia da úlcera.

Dr. Delray (de Paris) : Organoterapia e opoterapia da úlcera do estômago.

Dr. Schulmann (de Paris) : Os medicamentos da úlcera sifilítica.

#### TRATAMENTO DAS COLIBACILOSES

Prof. Foumeau (de Paris) : Os antisépticos químicos : sua aplicação e sua acção.

Prof. H. Vincent, Prof. Ag. Chevassu, Drs. Jacquet e Baruk (de Paris) : A seroterapia das colibaciloses.

Dr. Handuroy (de Paris) : As vacinas e o bacteriófago nas colibaciloses.

### II

3.ª feira, 24 de Outubro, às 9,30 : comunicações nas 3 secções. Às 15 horas, relatórios da secção de Farmacodinamia.



**Secção de Farmacodinamia**  
(Presidente : Prof. Tiffeneau)

AS ADRENALINAS

Prof. Tiffeneau (de Paris) : Estudo químico e farmacodinâmico das adrenalinas.

Dr. Dorlancourt (de Paris) : As vias de introdução da adrenalina no organismo.

AS ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Prof. Burgi (de Berne) : Associações e adjuvantes.

Prof. Zunz (de Bruxelas) : Os antagonismos em terapêutica.

Profs. Ag. Guy Laroche e Simonnet (de Paris) : As associações hormonais e químico-hormonais.

III

4.<sup>a</sup> feira, 25 de Outubro, às 9,30 : comunicações nas 3 secções. Às 15 horas, relatórios da secção de Fisioterapia.

**Secção de Fisioterapia**  
(Presidente : Prof. Strohl)

AS RADIODERMITES

Prof. Bordier (de Lyon) : A produção das radiodermites e os meios de as evitar.

Dr. Milian (de Paris) : O tratamento das radiodermites constituídas.

TERMOTERAPIA

Prof. Binet (de Paris) : Estudo fisiológico da termoterapia.

Prof. Ag. Dognon (de Paris) : A electropirexia pelas ondas curtas : técnica e resultados.

Drs. Crouzon, Michaux e Mollaret (de Paris) : A piritoterapia química ; resultados actuais em relação aos outros processos de piritoterapia.

Os congressistas que desejem tomar parte na discussão dos relatórios ou fazer comunicações deverão dirigir a um dos secretários gerais, o Dr. G. Leven, 24, Rue de Téhéran, Paris (8<sup>e</sup>), o título das suas comunicações e o texto completo dactilografado (3 páginas), antes de 10 de Setembro.

O preço de inscrições é de 100 francos para os membros titulares e de 50 francos para os sócios e estudantes de medicina. Os boletins de inscrição serão enviados ao tesoureiro, Dr. G. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6<sup>e</sup>).

Os presidentes de honra do congresso são os Profs. Achard, Behal, Desgrez, Hayem, Pouchet, Regaud, E. Roux e H. Vincent.

O membro português da comissão de honra estrangeira é o Prof. Egas Moniz.



### XVIII Cruzeiro Médico Franco-Belga

O XVIII Cruzeiro Médico Franco-Belga efectuar-se-á, de 5 a 30 de Agosto próximo, a bordo do paquete «Foucauld», da Compagnie des Chargeurs Réunis.

O itinerário compreende a visita aos principais «fjords» da Noruega, três dias em Spitsbergen, visita a Banquise, dois dias na Islândia, uma escala nas ilhas Ferroë e uma escala nas Orcades.

Dunquerque será o ponto de partida e chegada.

Preço, para médicos e suas famílias: 1.<sup>a</sup> classe, desde 3.250 francos por pessoa; 2.<sup>a</sup> classe, desde 1975 francos franceses por pessoa.

As pessoas estranhas à classe médica serão admitidas por recomendação do seu médico e pagarão uma tarifa ligeiramente superior.

Excursões facultativas nas escalas. Preço: 600 francos franceses.

Para quaisquer reclamações e inscrições, escrever para Section de Voyages de Bruxelles-Médical, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Aos interessados enviar-se-á uma brochura gratuita, com os pormenores da viagem.

### IV Congresso Internacional de Radiologia

O IV Congresso Internacional de Radiologia realizar-se-á em Zurich, de 24 a 31 de Julho de 1934, sob a presidência do Prof. Hans R. Schinz.

Como membros do congresso admitem-se segundo o § 3.<sup>o</sup> do Regulamento:

1.<sup>o</sup> — Os membros das sociedades de radiologia de todos os países.

2.<sup>o</sup> — As pessoas propostas por uma dessas sociedades. Os 32 países que estavam representados no III Congresso de Radiologia de Paris foram convidados, pela comissão de organização, a nomear os delegados à Comissão Internacional de Radiologia e a indicar um relator que, na sessão de abertura, apontará a organização da luta contra o cancro, no seu país.

Nas sessões plenárias os assuntos a tratar serão os seguintes:

Radiodiagnóstico dos tumores dos ossos.

Vasografia.

Aspecto radiológico do desenvolvimento da tuberculose pulmonar.

Radioterapia do cancro do útero.

Radioterapia dos cancros da cavidade bucal e da faringe.

Radiogenética.

Radiações mitogenéticas.

Análise da estrutura cristalina.

O problema da unificação da dosagem em roentgenterapia e curieterapia.

Raios gama duros, raios cósmicos e raios de origem terrestre.

As ondas curtas em terapêutica.



Estão, ainda, previstas as seguintes secções: Roentgendiagnóstico, Radioterapia, Radiologia, Radiofísica e técnica, Electrologia e Helioterapia, nas quais cada membro do Congresso poderá apresentar uma comunicação.

No decurso do Congresso organizar-se-á uma exposição de aparelhos, artigos fotográficos, produtos químicos e livros científicos.

Pede-se às sociedades de radiologia que façam chegar o mais cedo possível, ao secretário geral (Dr. H. E. Walther, Gloriatrasse, 14, Zurich) uma lista dos membros da sua sociedade.

#### COMISSÃO DE ORGANIZAÇÃO

Prof. Hans R. Schonz, presidente; Dr. René Gilbert, encarregado de curso, vice-presidente; P. D. Dr. Ad. Liechti, vice-presidente; Prof. Max Lüdín, vice-presidente; Prof. A. Rosselet, vice-presidente; Director W. Merian, tesoureiro; Dr. H. E. Walther, secretário geral.

\* \* \*

### Curso de antropologia aplicada à medicina

Na Faculdade de Medicina do Pôrto iniciou-se um curso de antropologia aplicada à medicina, promovido pela Associação Profissional dos Estudantes de Medicina. A lição inaugural deste curso foi pronunciada pelo Prof. Mendes Correia, director da Faculdade de Ciências da Universidade do Pôrto.

\* \* \*

### Conferências

O Prof. Rocha Brito, da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizou, na Associação Académica, daquela cidade, uma conferência intitulada «Trepone-ma & C.». Presidiu o Prof. João Duarte de Oliveira, reitor da Universidade.

— Na Associação Comercial de Braga o Dr. Augusto Cerqueira Gomes pronunciou uma conferência sobre «A luta contra a tuberculose».

— A-proósito da Exposição da Criança, realizaram-se, no Palácio de Exposições do Parque Eduardo VII, as seguintes conferências: «O problema da protecção à primeira infância», pelo Dr. Leite Lage; «A criança», pela Dr.<sup>a</sup> D. Carolina Ramos; e «Heredo-sífilis», pelo Dr. Dias Costa.

— O Prof. José Correia de Oliveira, da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizou, na Associação Médica Lusitana, de Coimbra, uma conferência intitulada «Considerações anátomo-clínicas sobre tumores cerebrais».

— Na Faculdade de Ciências da Universidade do Pôrto, o Prof. Almeida Garrett efectuou uma conferência em que apreciou a produtividade científica da Faculdade de Medicina daquela Universidade.





— O Dr. Álvaro Lapa realizou, na Universidade de Lisboa, uma palestra sôbre «A sífilis, problema social».

— O Dr. Hernani Bastos Monteiro, Prof. da Faculdade de Medicina do Pôrto, pronunciou uma conferência sôbre «Um trecho da história de assistência maternal e infantil no Pôrto».

— Na Associação dos Jornalistas e Homens de Letras do Pôrto, o Dr. António Araújo realizou uma palestra acêrca de «O problema da tuberculose em Portugal».

\*

\* \* \*

### Escola de Medicina Tropical

Os professores da Escola de Medicina Tropical foram, êste ano, dispensados de realizar a costumada missão de estudo às colónias, em virtude da necessidade de se fazerem dois períodos lectivos na referida Escola. O número de alunos que requerem matrícula, cresce de ano para ano.

\*

\* \* \*

### Saúde militar

Foram promovidos: a coronel, o tenente-coronel médico Dr. Alberto de Moura, que é nomeado inspector para a 1.<sup>a</sup> inspecção dos serviços de saúde militar; e a tenente-coronel, o major Dr. José Rodrigues Madeira.

O Dr. Sousa Rosa, coronel médico, foi colocado na reserva.

— Para o cargo de director do Hospital Militar do Pôrto nomeou-se o tenente-coronel Dr. Joaquim Ferraz Júnior. O novo director do Hospital da 4.<sup>a</sup> Região Militar é o tenente-coronel Dr. José Madeira.

\*

\* \* \*

### Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Dr. Filipe Antero da Silva; e em Caparica, o Dr. Alfredo Honorato Teixeira.



*Tratamento completo das doenças do fígado  
e dos síndromas derivativos*

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



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

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

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



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

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA  
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> Rua da Palma, 240 - 246 - LISBOA

# ADRENALINA BYLA

**Solução a  $\frac{1}{1.000}$**

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

**DOENÇA D'ADDISON — SINCOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.**

Agentes para Portugal:

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



# ALUCOL

Hidrato de alumínio coloidal

Reduz a hipercloridria pela fixação e eliminação do ácido clorídrico

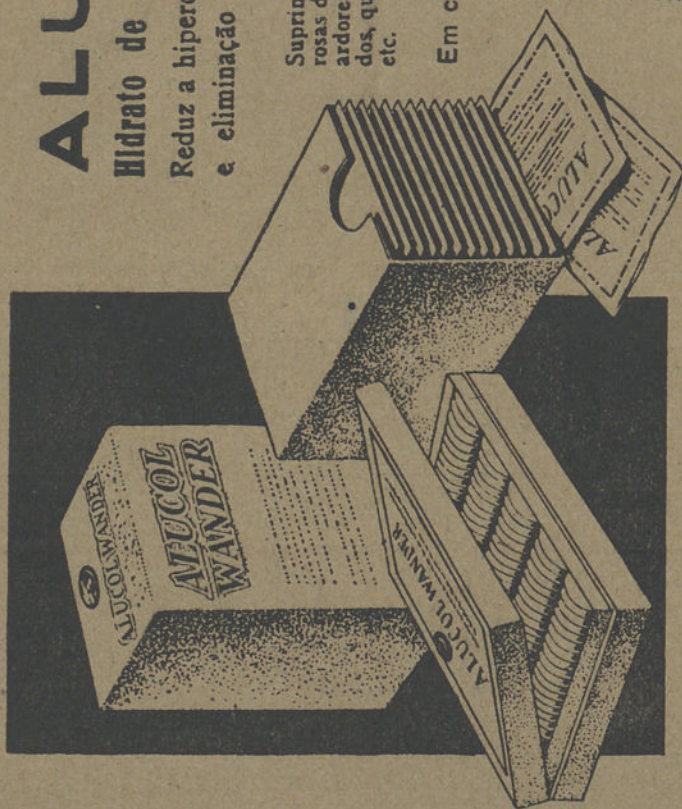
Suprime as manifestações dolorosas do estado hiperclorídrico: ardores, regurgitamentos actidos, queimaduras do estomago, etc.

Em comprimidos e em pó

Dr. A. WANDER, S.-A., Bains  
À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS A 34\$00

UNICOS CONCESSIONARIOS  
— PARA PORTUGAL —

ALVES & C.ª IRMAOS  
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.ª  
L I S B O A



# ALUCOL WANDER

Sala  
Est.  
Tab.  
N.º