

Ano XI

N.º 9

Setembro 1934



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

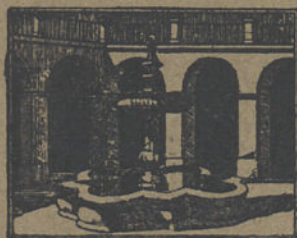
*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# KALOGEN

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

## TONICO RECONSTITUINTE RECALGIFICANTE

Depositarior 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. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc.** Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infeis; exijr 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



# Phosphorrendal

# ROBERT!

NA/SUAS TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL

LABORATORIO  
ROBERT

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 21

Depositarior para Portugal e Colonias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 246 LISBOA

# AS CRIANÇAS E A DISCIPLINA INTESTINAL



No período do crescimento, é absolutamente necessário conseguir das crianças uma evacuação intestinal regular. Para obter êste resultado, é necessária a escolha dum produto que não contenha drásticos.

O 'Petrolagar' é a preparação por excelência que habitua a evacuar, a uma hora certa, um bolo fecal de consistência normal.

O 'Petrolagar' dá igualmente excelentes resultados nos adultos: Uma a duas colheres das de sopa, de manhã e à noite, ou depois das refeições.

Dose para as crianças: Uma colher das de chá uma vez por dia.

# 'Petrolagar'

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES, LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES N. 16.  
*Representante em Portugal*: RAUL GAMA, RUA DOS DOURADOS 3RES, 1, 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 preparados seus congêneres

**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.<sup>da</sup>

45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA



*deve tomar-se sempre!*

*- afirmação-não as primeiras Sumidades Médicas.*

AGENCIANTES EXCLUSIVOS PARA  
PORTUGAL E COLÓNIAS  
28, C/ª CANA DE S. FRANCISCO, 27 - LISBOA

**Manhua, L<sup>da</sup>**

TELEF. C. 2189

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



els as características  
 e os fundamentos

do renome mundial da

**INSULINA**



para a **DIABETES**

marca

registada

(De 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, L. DA** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE | F. 21476  
 G. DELTA

Agente no PORTO

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

**Mellin Food**

Alimentos MELLIN os melhores para  
 crianças de peito.

A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS

O leite materno é o alimento ideal para as crianças  
quando no periodo de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substituir-lho pelo

## MODILLAC

que dá ao leite de vaca as propriedades do leite materno

Consultai o seu médico sobre o valor scientifico do

## MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMACIAS

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# I O D O N E

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

# Existe apenas uma

## *Antiphlogistine*

A introdução da ANTIPHLOGISTINE, ha mais de 35 anos, foi o inicio de um movimento em terapêutica que tem crescido continuamente, tornando-se agora aceite como um dos princípios estabelecidos da medicina científica para o alivio da Inflamação e Congestão

Sobre os cataplasmas ordinários ela tem o alto mérito da limpeza e asepsia. Ela é preferivel às fomentações, porque basta applicá-la uma vez em cada doze horas

Pela combinação científica dos seus ingredientes, ela exerce praticamente o fenómeno conhecido por drenagem osmótica, o qual é uma lavagem das membranas mucosas, muito mais eficaz que as lavagens superficiais que nunca logram penetrar a mucosa e unicamente produz sua acção na superficie

SEMPRE IMITADA

NUNCA IGUALADA

Para amostra e literatura escreva à

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

**Nova York, N. Y.**

DISTRIBUIDORES EM PORTUGAL:

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

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

# **Kola Astier**

Extracto 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 nervoso, desperta as faculdades intelectuais, combate o *surmenage*

**A Kola Astier** tonifica a energia, regularisa o ritmo cardiaco

DOSE MÉDIA: 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

---

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche  
P A R I S

Literatura e Amostras:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. da Palma 240-246  
L I S B O A





## SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Piesografia endo-pleural</i> , por Lopo de Carvalho e Carlos Vidal.....	Pág.	665
<i>As luxações das cartilagens semi-lunares da articulação do joelho</i> , por Mário Conde.....	»	677
<i>Três casos de calcificação da pleura</i> , por Carlos Alberto Vidal.....	»	691
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	707
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	XLI

## PIESOGRAFIA ENDO-PLEURAL

POR

LOPO DE CARVALHO

E

CARLOS VIDAL

A introdução de qualquer substância gasosa entre os dois folhetos da pleura determina, como ninguém ignora, modificações da pressão intra-pleural, facilmente apreciáveis pelos manómetros de água. O grau dessa pressão depende essencialmente de dois factores: o volume de gás introduzido e a capacidade da cavidade insuflada, aos quais outros se adicionam, como a elasticidade pulmonar e a densidade do parênquima respiratório, que, por seu lado, não deixam de ter indiscutível influência.

Não é fácil determinar com rigor o valor numérico da pressão, em virtude das variações periódicas a que está submetida pelos ciclos respiratórios que a todo o momento a alteram. No entanto, como os seus valores passam por um máximo correspondente à expiração e por um mínimo no final da expiração, a média aritmética destes números poderá dar-nos a pressão média da tensão gasosa dentro da pleura. É assim que habitualmente se procede para a sua determinação. É bom, porém, não esquecer que o valor encontrado só tem verdadeira significação quando o indivíduo respira normalmente, sem grandes amplitudes torácicas. Movimentos muito amplos do tórax aumentam, efectivamente, o percurso das oscilações, assim como a constricção torácica reflexa, provocada pela dor que a introdução da



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

agulha é susceptível de originar, reduz, como é de prever e por forma pronunciada, a amplitude oscilatória da coluna manométrica. A leitura só deverá, por consequência, ser feita quando o doente respire com naturalidade, segundo o seu tipo respiratório habitual.

Há quem dê grande importância à chamada pressão média endo-pleural. Como diz BERTHIER, «elle fournit, en effet, un chiffre unique de la pression intra-thoracique, beaucoup plus représentatif de cette pression à l'esprit, que les deux chiffres oscillatoires qui nécessitent une interpretation».

Por isso se pensou na substituição dos antigos manómetros de água por manómetros de óleo. Graças à viscosidade e aderência das substâncias oleosas às paredes manométricas, as oscilações respiratórias nestes aparelhos quasi não se registam. A coluna de óleo sobe lentamente, atingindo dentro de alguns segundos um ponto fixo. O valor da pressão é assim determinado sem dificuldades, sem necessidade de qualquer operação aritmética. Tendo em vista o mesmo fim, outros manómetros foram ensaiados. Entre êles, merece especial referência o manómetro compensador, já imaginado por MAREY para a determinação da pressão média dinâmica do sangue circulante, e que apenas difere do manómetro ordinário em possuir no ramo da coluna líquida um apêrto capaz de amortecer as oscilações e de dar, por consequência, a leitura imediata da pressão média. Obtem-se assim um número único, com o qual é, na verdade, fácil estabelecer as chamadas curvas de insuflação, como as publicadas por KUSS, LAURET, AMMONT e DELMAR MASSALET.

A nosso ver, as indicações da pressão pleural média são insuficientes para o regular conhecimento da dinâmica endo-pleural no decurso do tratamento pelo pneumotorax artificial. Se a cavidade da pleura fôsse inerte, como qualquer cavidade quística, compreende-se que o valor único da pressão interna reflectiria com segurança o grau de tensão criada. Mas não: os movimentos da parede torácica e do diafragma alteram a todo o momento o estado tensional do gás endo-pleural. A pressão média é, pois, uma pressão ideal que traduz, apenas, um dos valores por que passa a tensão interna durante cada ciclo respiratório.

A determinação exacta da pressão máxima e da pressão mínima, sobretudo da primeira, tem indiscutivelmente maior signi-

ficação. É o caso, por exemplo, das lacerações pleuro-pulmonares ao nível de aderências, que se produzem naturalmente no momento da pressão máxima e não quando o grau de tensão interna passa por um valor médio. Muitas outras indicações úteis se podem ainda colhêr do conhecimento desta pressão, em ordem a evitar certas complicações, como sejam os deslocamentos acentuados do mediastino, a compressão das aurículas, etc. A simples enumeração dêstes factos basta para justificar de sobejo o interesse que merece a sua determinação.

Se fôsse por isso possível obter uma curva que traduzisse gráficamente tôdas as variações da pressão endo-pleural durante a realização do pneumotorax, êsse gráfico constituiria, sem dúvida, um documento de valor. A todo o momento, tanto no início, como no decurso, como no final do tratamento se poderia apre-

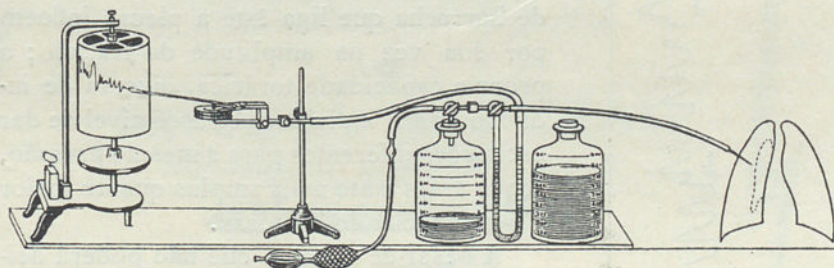


Fig. 1

ciar com relativo valor a marcha ondulante das tensões. Não eram simples dados manométricos que se liam e registavam. Eram traçados gráficos que ficavam testemunhando as variações endo-pleurais da pressão no decurso das insuflações realizadas.

Procurámos pôr em prática um método que nos permitisse obter êsses traçados. Com um simples tambor de MAREY adaptado ao manômetro de água e um cilindro registador, conseguimos, sem grande dificuldade, obter algumas curvas interessantes, de cuja análise se deduzem factos dignos de registo.

Um rápido exame da fig. 1 dispensa-nos de qualquer descrição pormenorizada do dispositivo adoptado. A torneira A, sendo de três vias, permite a ligação da cavidade pleural, ou com o recipiente que contém o gás a insuflar, ou com o ramo manométrico. A êste, por um tubo rígido, liga-se um tambor de MAREY,

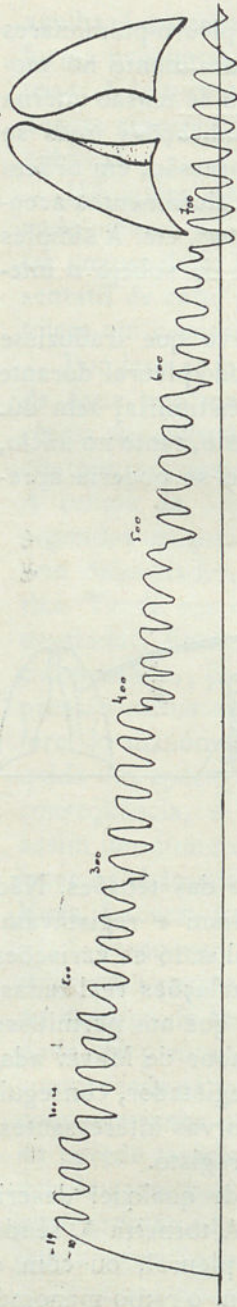


Fig. 2

cuja agulha regista num cilindro, dotado de movimento lento, as variações da pressão que o manómetro acusa.

Poderá argumentar-se que os valores registados não são rigorosos porque as oscilações extremas da curva não traduzem as cifras absolutas das pressões pleurais máximas e mínimas. Efectivamente, assim é. Basta, na verdade, o facto de se poder aumentar ou diminuir a amplitude da curva por simples alteração do comprimento da agulha registadora, para se não poder estabelecer relação rigorosa entre qualquer traçado e o valor real da pressão. Além disso, o diâmetro do tubo manométrico e do tubo de borracha que liga êste à pleura influem por sua vez na amplitude do traçado; a própria capacidade torácica, diversa de indivíduo para indivíduo, é susceptível de dar oscilações diferentes para a mesma pressão, sendo estas tanto mais amplas quanto maior fôr a capacidade do tórax.

A pesar-de tudo, o que não poderá deixar de se reconhecer é que os gráficos obtidos traduzem a dinâmica das pressões endopleurais, não em cifras absolutas, é certo, mas em valores relativos. Ora, relativos são quási sempre os valores de quaisquer medições efectuadas, e nem por isso deixam de ser comparáveis entre si desde que se registem em idênticas condições.

A leitura da primeira amplitude manométrica e a sua anotação nos extremos da primeira oscilação permitem, de resto, estabelecer para cada traçado a medida das diversas oscilações em cifras correspondentes a centímetros de água.

Tôdas as piesografias até hoje realizadas foram obtidas nas mesmas condições, es-

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**



# OLEO DE FIGADO DE BACALHAU SUPERACTIVADO "RHONE-POULENC"

TITRADO POR CC. A  
**500 unidades biológicas**  
**Vitamina A**

**500 unidades biológicas**  
**Vitamina D**

**FACTOR PRECIOSO DO DESENVOLVIMENTO  
DO ORGANISMO**  
**MEDICAMENTO DOS CRESCIMENTOS DIFICEIS**  
**ALIMENTO DE AUXILIO DURANTE AS  
CONVALESCENÇAS**

## ● POSOLOGIA :

Asua concentração em Vitaminas  
A e D autorisa a prescrição em  
doses extremamente reduzidas,  
seis vezes menores que as de oleo  
de figado bacalhau ordinario.

**CREANÇAS**, com menos de um  
ano : XXX gotas a 1/3 colher de  
café. De 1 a 5 anos : 1/2 colher  
de café.

**ADOLESCENTES E ADULTOS :**  
1 à 2 colheres de café.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

tando os doentes em posição horizontal e sendo as pressões endo-pleurais registadas por cada 100 cc. de gás insuflado.

Independentemente de quaisquer esclarecimentos que o estudo pormenorizado das oscilações possa revelar, o aspecto geral da curva, só por si, é susceptível de traduzir grãficamente o estado fisio-patológico da cavidade insuflada.

As aderências, as sínfises extensas, o espesamento da pleura por processo de paquipleurite, a existência de derrame dentro da serosa alteram, na verdade, por forma pronunciada, a regularidade do traçado. Fazendo acompanhar cada piesografia do esquema radiográfico do tórax após a insuflação, foi-nos possível conseguir caracterizar alguns aspectos destas diversas situações e, por tal forma, que hoje o simples traçado piesográfico, só por si, basta para nos esclarecer sôbre o estado da cavidade pleural.

A apresentação de algumas curvas típicas, acompanhadas de breves considerações, vão confirmar o que acabamos de dizer.

Examinámos primeiro algumas piesografias normais, relativas a doentes com pleura livre. Como poderá reconhecer-se por um simples exame dos traçados, é progressivamente decrescente a queda das pressões endo-pleurais. Por cada 100 cc. de gás introduzido, as oscilações correspondentes à inspiração e expiração vão-se aproximando lentamente do zero, não chegando a atingir a linha das abcissas, mesmo após a introdução de 600 a 700 cc. As oscilações, mais amplas no começo, tendem também a diminuir lentamente, talvez porque a elasti-

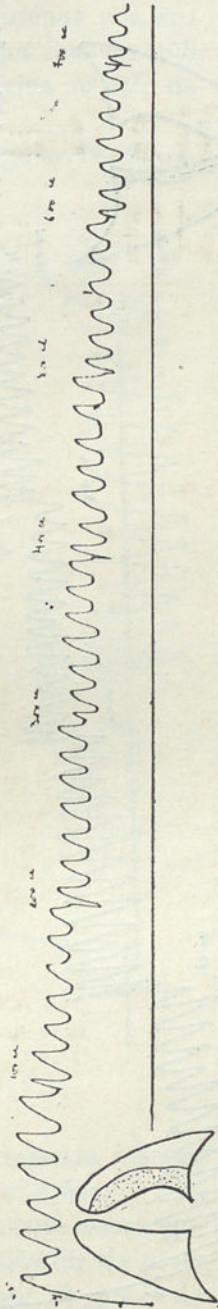


Fig. 3

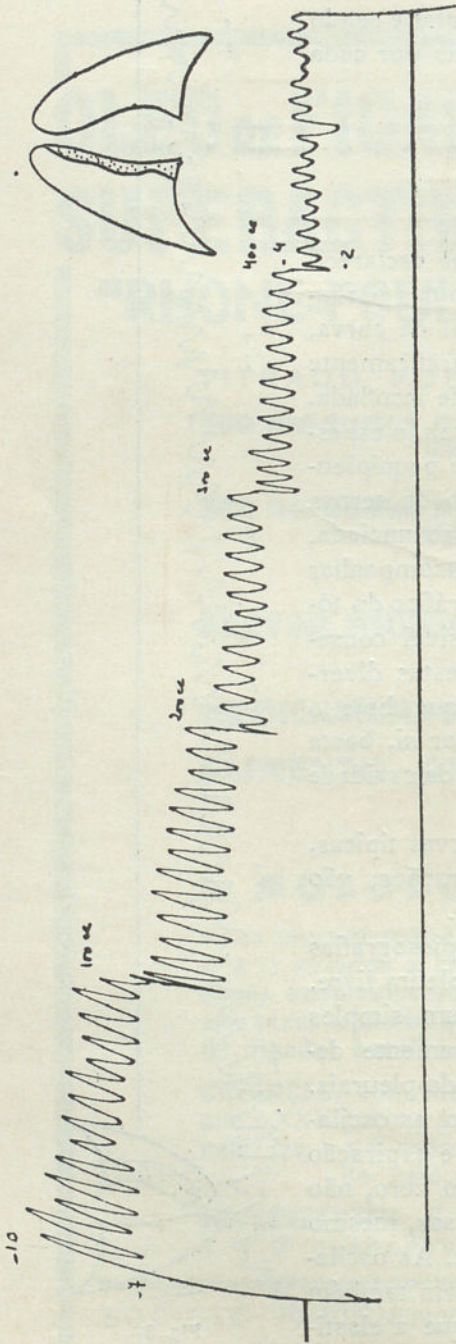


Fig. 4

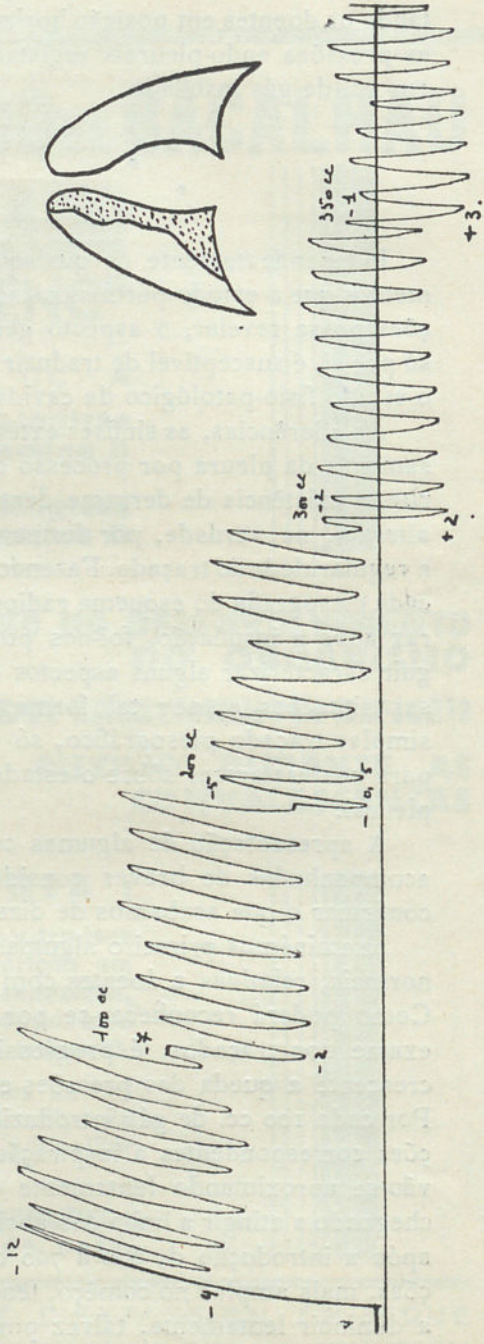


Fig. 5



cidade do pulmão, reduzindo o volume dêste, diminue por seu turno e deixa, portanto, de manter a influência que inicialmente exercia sobre a depressão intratorácica, estabelecida no acto da inspiração.

As figs. 2, 3 e 4 são demonstrativas a êste respeito. Na fig. 4,

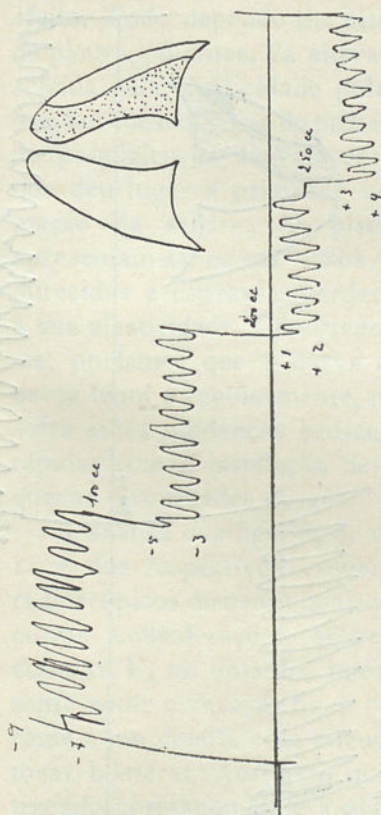


Fig. 6

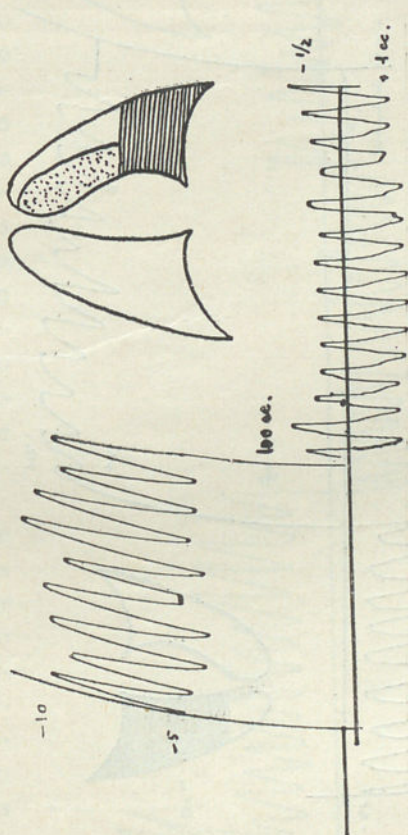


Fig. 7

referente a um traçado realizado durante uma segunda insuflação, é manifesta a diminuição progressiva das oscilações.

Quando os traçados correspondem a pleuras com zonas sinfisárias no vértice e diafragma, é mais rápida a descida da pressão endo-pleural, como de resto era fácil de supor. A queda da pressão é, nestes casos, tanto mais precoce quanto mais largas

são as zonas das aderências existentes. As figs. 5 e 6 documentam por forma clara o que afirmamos. Na primeira destas curvas é mais arrastado o seu decrescimento porque a superfície sinfisada da pleura não abrange a extensão que a segunda apresenta; na fig. 6 uma pequena insuflação de 200 cc. basta, com

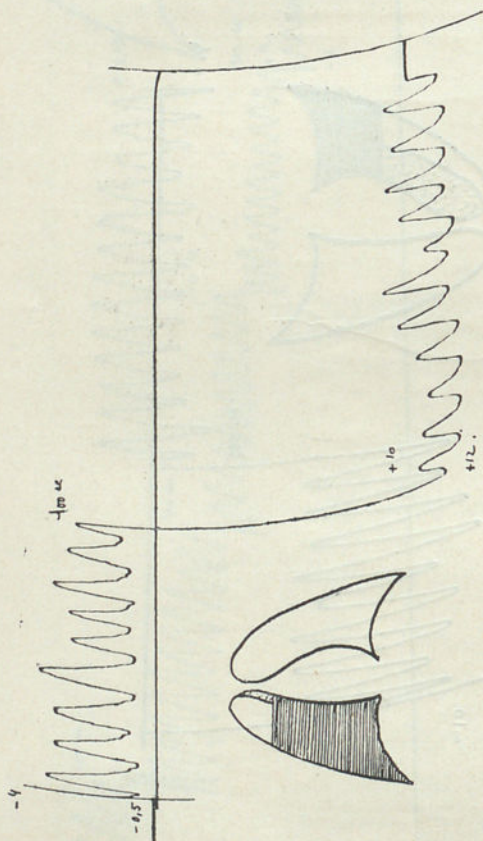


Fig. 8

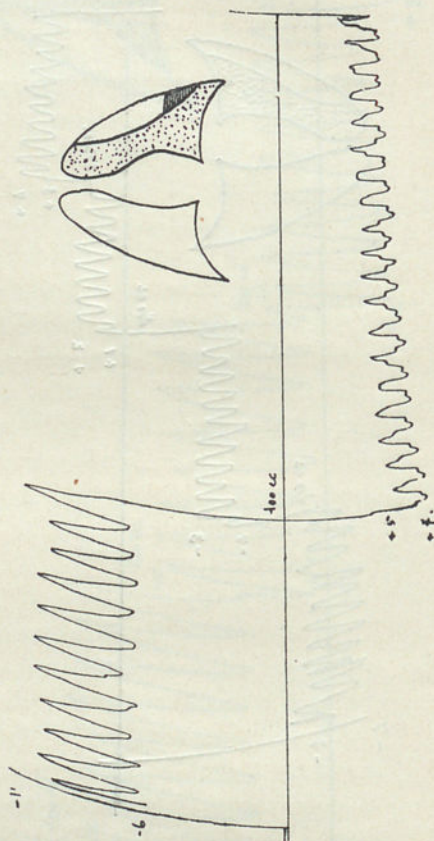


Fig. 9

efeito, para que as oscilações registadas ultrapassem a linha do zero das abcissas.

Se, finalmente, dentro da cavidade pleural existe derrame, a piesografia toma então um aspecto muito característico. Há mudança brusca do sinal da curva, como testemunha a fig. 7. Uma pequena quantidade de gás insuflado basta para que tal suceda.

Não se julgue, porém, que este facto se deva atribuir exclusivamente à redução da cavidade pelo líquido formado. Não. Derrames mesmo pequenos são susceptíveis de produzirem o mesmo efeito. Tudo depende do estado da pleura, ou antes, da alteração sofrida pela elasticidade pulmonar, em consequência do processo de paquipleurite suprajacente a que deu lugar a primitiva inflamação da serosa. As pleuras apresentam-se nestes casos endurecidas e espessas; perderam a sua elasticidade. Compreende-se, portanto, que a curva não desça lenta e regularmente, mas sofra antes mudanças bruscas e rápidas com a insuflação de pequenas quantidades de gás.

A análise das figs. 8, 9, 10 e 11 e dos respectivos esquemas radioscópicos dispensa quaisquer outras considerações sobre o assunto. É, no entanto, interessante notar o caso da fig. 8 referente a um doente com pneumotorax bilateral. Ao passo que o traçado correspondente à pleura esquerda, sede de derrame, apresenta brusca mudança do sinal da curva, o traçado da direita, reproduzido na fig. 12 e correspondente a uma serosa sã, não sofre qualquer influência capaz de perturbar a regularidade característica das pleuras normais.

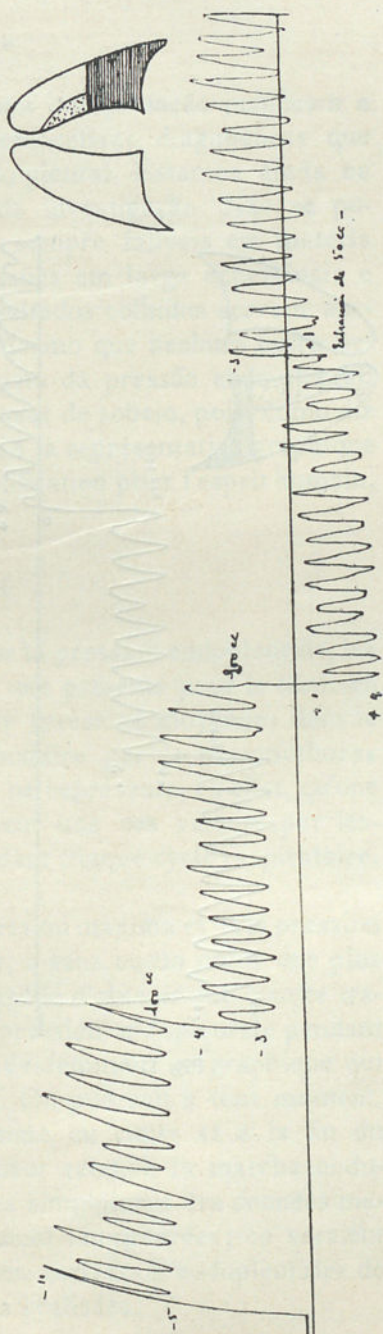


Fig. 10

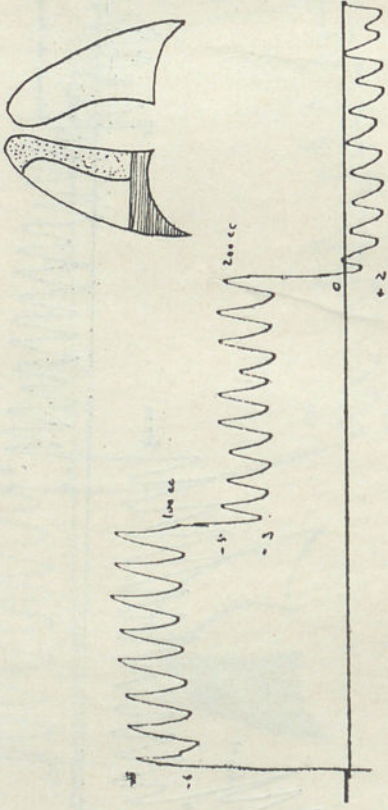


Fig. 11

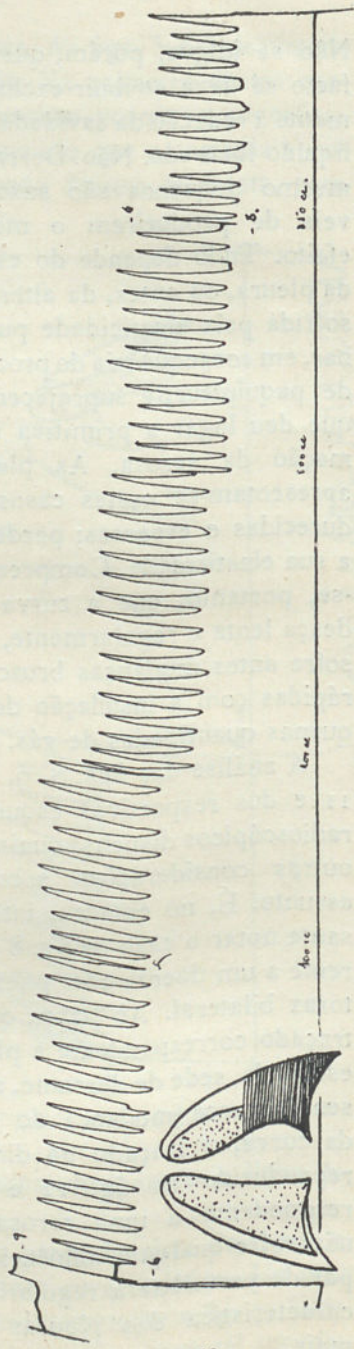


Fig. 12

\*

\*

\*

As curvas até hoje obtidas e a sua interpretação justificam a publicação deste trabalho pelas perspectivas diagnósticas que podem decorrer da piesografia endo-pleural. Estamos ainda na fase inicial de um novo processo de investigação. Não se podem, por isso, fazer conjecturas, sempre falíveis em matéria clínica. Temos de apoiar as conclusões em larga experiência e em pormenorizado trabalho. Os resultados colhidos servem apenas de incentivo a prosseguirmos. Mesmo que nenhum outro benefício trouxessem senão o do registo da pressão endo-pleural, esse facto bastaria para nos compensar de sobejo, pois, como diz LEFÈVRE, «toute méthode qui aboutit à la représentation graphique d'un phénomène constitue une simplification pour l'esprit humain, donc un progrès».

#### RÉSUMÉ

Après diverses considérations sur la pression endopleurale, les auteurs ont montré le peu d'intérêt que présente pour le clinicien la détermination de ce qu'on appelle «pression moyenne» dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. Cette «pression moyenne» ne représente, en effet, qu'une pression idéale, exprimant seulement une des valeurs par lesquelles passe la tension interne pendant chaque cycle respiratoire.

La détermination exacte de la pression maxima et de la pression minima, et surtout de la première, a sans aucun doute une plus grande signification. Et s'il était possible d'obtenir une courbe traduisant toutes les variations de la pression endopleurale pendant l'exécution du pneumothorax c'est évidemment ce graphique qui constituerait un document précieux. On pourrait à tout moment, aussi bien au commencement comme au cours et à la fin du traitement, apprécier avec une rigueur relative la marche ondulante des tensions. Ce ne serait pas simplement des données manométriques qu'on lirait et qui seraient enregistrées; ce seraient des tracés graphiques témoignant les variations endopleurales de la pression pendant les insufflations réalisées.

Les auteurs ont cherché à mettre en pratique un procédé leur permettant d'obtenir ces tracés. Ils y ont réussi, et après une description des appareils, dont ils se sont servis, ils présentent une série de courbes (piesographies) se rapportant à différents cas cliniques. Ils ont joint à chaque tracé le schéma radiographique du thorax après l'insufflation et ont démontré qu'il est possible de connaître la situation de la cavité pleurale par le simple aspect du tracé piesographique.

Les adhérences limitées, les symphises étendues, l'épaississement de la plèvre par pachypleurite, l'existence d'épanchement, etc., altèrent en effet d'une façon prononcée la régularité du tracé et donnent des courbes typiques d'interprétation facile.

LISBOA MÉDICA



*Contra as perturbações  
da menopausa*

especialmente baforadas de calor, suores,  
excitação, cefalea, insomnia, etc.

# Klimakton

0,03 g de Ovaradeno, 0,006 g de Tiradeno,  
0,15 g de Bromural e 0,15 g de Calcio-Diuretina

**«A combinação feliz e desigualvel»**

na opinião de numerosos medicos.

Tubos de 20 e vidros de 50 drageas; 3 vezes  
ao dia 1 a 2 drageas, tomem-se sem mastigar.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen  $\frac{e}{\rho}$  Rheno (Alemanha).

# HORLICK'S

PARA AS

# MÃIS QUE

# AMAMENTAM

*Unicos representantes para Portugal:*

**ESTABELECIMENTOS**

**JERÓNIMO MARTINS & FILHO**  
13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

“Não duvidamos de que, um Leite Maltosado tal como o Horlick's Malted Milk, possuindo uma elevada quantidade de hidratos de carbono, tem uma acção estimulante sôbre a secreção do leite”.

“MODERN METHODS OF FEEDING  
IN INFANCY AND CHILDHOOD.”

(D. PATERSON and J. F. SMITH.)

A opinião, acima transcrita, sôbre o valor do Leite Maltosado de Horlick's como galactogogo, é partilhada por muitos Médicos e Enfermeiras.

É pois de aconselhar o emprego do Leite Maltosado de Horlick's a tôdas as Mães que amamentam.

*Fornecem-se amostras a pedido dos*  
*Ex.<sup>mos</sup> Médicos*

## TARTROL

Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.<sup>3</sup> em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

**LABORATORIOS "SICLA"**  
Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa  
Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca  
FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31  
LISBOA



*Hospital dos Capuchos — Serviço de Cirurgia Geral (n.º 6)*  
(Director: Dr. Azevedo Gomes)

## AS LUXAÇÕES DAS CARTILAGENS SEMI-LUNARES DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO

### II PARTE (1)

POR

MARIO CONDE  
Antigo interno dos Hospitais

#### TRATAMENTO (AS DIFERENTES ARTROTOMIAS DO JOELHO)

O primeiro gesto que se nos impõe perante uma luxação dum menisco será o duma tentativa de redução manual e contenção consecutiva.

Doentes há em quem esta redução é extremamente fácil; os próprios doentes a conseguem, exercendo pressões digitais sobre o menisco saliente, ao mesmo tempo que, forçando o joelho numa atitude de valgus (para entreabrir a articulação), lhe imprimem pequenos movimentos de flexão e de extensão. Os acidentes, que nêles se repetem com uma frequência relativa, educaram-nos já nesse sentido; traçaram já como que a rotina, que o próprio doente sempre executa no momento da luxação.

Em geral, estes acidentes, curados momentâneamente acabam, cedo ou tarde, por conduzir a lesões mais graves que, por fim, necessitam a ablação do menisco.

Noutros doentes a situação é menos fácil e a redução consegue-se à custa de manobras mais ou menos laboriosas e nem sempre perfeitamente eficazes.

¿Como se reduz um menisco luxado?

---

(1) Vidé capítulos: Anatomia, Fisiologia, Patologia, Diagnose, em *Lisboa Médica*, Maio de 1934.

Procurando de algum modo repetir, imitar o movimento que determinou a luxação, levando desta vez consigo a cartilagem que ficara presa entre as superfícies articulares.

Para êsse efeito, colocar o membro em flexão completa e ao mesmo tempo em ligeira rotação interna da tibia; imprimir um movimento brusco de extensão, auxiliando, por meio de pressões manuais ao nível da interlinha, a mobilização do menisco aprisionado. Nos casos em que se consegue, o joelho fica ainda por alguns dias com a sinovial distendida, por líquido de reacção. Far-se-ão aplicações quentes ou frias e manter-se-á uma imobilização completa durante um período variando de duas a seis semanas.

Poderia ser indicado o uso dum suporte ambulatório nos dias em que o doente começa a marchar; o essencial seria prevenir qualquer movimento de lateralidade na articulação, para o que têm sido construídos diferentes modelos de aparelhos.

Um dos mais simples (ALBEE) consiste em duas braçadeiras colocadas uma acima e outra abaixo do joelho, unidas por dois ramos verticais de aço, curvos, e cujas convexidades, voltadas para trás, se unem na face posterior do joelho. Uma almofada exerce maior pressão ao nível da cartilagem reposta.

A flexão vai sendo permitida sucessivamente, graduando para isso o aparelho. Fazem-se simultâneamente sessões diárias de maçagem sistemática.

O uso dêstes aparelhos é, porém, deficiente, incómodo e, por vezes, ilusório. O menisco adquire, por efeito dum primeiro deslocamento, uma predisposição permanente a luxações recidivantes.

Finalmente, nos meniscos cuja redução é impraticável, a intervenção aparece-nos como o único recurso. Não se adiará indefinidamente uma redução que, por mais duma vez, nos parece impraticável pelas simples manobras externas.

São estes últimos, evidentemente, os casos mais nítidos, em que a intervenção se nos apresenta como perfeitamente indiscutível; mas não são os únicos, nem mesmo os mais freqüentes, como erradamente se considerou até há bem poucos anos.

Operar-se-ão, em princípio, todos os casos em que se possa suspeitar a origem mecânica da afecção (Ver cap. Diagnóstico). Sempre que se trata de perturbações crônicas, intermitentes por

vezes, resistindo a tãda a terapêutica médica, é lícito suspeitar a natureza mecânica da afecção, procurando no seu início um acidente traumático, que justifique a decisão operatória.

Ainda nos casos (e tantos são) de diagnóstico impreciso, praticamente indetermináveis, mas susceptíveis contudo duma qualificação idêntica, pode ser defensável a intervenção.

A artrotomia exploradora e, como tal, extensa, permitindo um acesso franco a tãda a articulação, tem, nestes casos, a sua indicação e porventura a sua oportunidade.

Sejamos, contudo, moderados no entusiasmo que sempre despertam as ideas e, por vezes, os factos de recente aquisição. Se em Portugal e em França as intervenções não foram excessivas nos primeiros anos em que se chamou a atenção sãbre os meniscos, em Inglaterra operou-se em excesso (Tavernier).

As causas de erro são numerosas; os processos de exploração são insuficientes e neste, como em todos os assuntos, os não entusiasmos, as não precipitações, são o único processo de tirar dum recurso terapêutico a real utilidade duma boa e oportuna applicação. Precisemos todos os verdadeiros casos que beneficiem duma terapêutica operatória; apliquemo-la consciente e deliberadamente, mas não caiamos no polo oposto, extirpando meniscos indemnes e irresponsáveis duma deficiente concepção clínica.

Duas operações nos apareciam naturalmente indicadas, com o fim de reparar as lesões, por mobilidade anormal ou fractura dos meniscos. A primeira, com uma base anatómica, consistiria na reposição da cartilagem luxada e sua fixação em posição correcta: a meniscopexia, proposta por Annandale, em 1883.

O menisco era fixado ao periosteo da tuberosidade tibial, com dois ou três pontos de *catgut*, sêda, ou até mesmo fio de ferro fino não galvanizado (Jeannel), muito maleável e facilmente esterilizável. Depois dum período de relativa aceitação, a meniscopexia caiu gradualmente em desuso, pela concorrência dum outro processo, aliás mais antigo, mas mais prático e talvez de superiores resultados: a menisectomia, realizada pela primeira vez por Brodhurst, em 1866, e mais tarde por Kocher, em 1880, e Margary, em 1881. Em França deve-se a Tedenat a primeira ressecção dum menisco.

A meniscectomia total ou parcial é hoje o processo quási exclusivamente adoptado, como o mais fácil, o mais benigno e o de maior eficácia.

Parece estar absolutamente assente que a ablação total do menisco não arrasta a menor perturbação no funcionamento ulterior da articulação. A solidez do membro é inteiramente perfeita, em seguida à meniscectomia. Pelo contrário, as ressecções parciais, conservando uma parte do menisco, quási sempre a extremidade posterior, seriam mais facilmente nocivas, permitindo uma improvável, mas possível persistência ou recidiva dos accidentes e sendo em todo o caso uma causa de irritação local, sempre inconveniente.

A meniscectomia total, num meio cirúrgico organizado, é, de resto, uma operação sem perigo.

As incisões látero-rotulianas verticais e transversais, correntemente usadas, podem ser suficientes para extirpar parcial ou totalmente (?) um menisco alterado, e isso lhes dá a tão vulgar aplicação que todos temos observado, aliás justa, consciente e cómoda, em todos os casos em que o diagnóstico se impõe como de certeza ou quási certeza e em que a verificação directa o não desmente.

Nem sempre é o caso. As causas de êrro são, como disse, numerosíssimas e os processos de artrotomia, deficientes para uma exploração completa da articulação, conduzem implicitamente o cirurgião, nos casos mais difíceis, ou a fechar a articulação, ignorando a natureza do caso que erradamente operou, substituindo, portanto, o projectado benefício operatório pelo pequeno, mas inevitável prejuízo de tôda a intervenção, ou então a extirpar um menisco talvez indemne, refugiando a sua indecisão numa hipotética lassidão menisco-ligamentar, que, a breve trecho, se desmente também, agravando ainda a situação já lamentável do primeiro caso.

Não extirpemos meniscos indemnes, sob o pretexto duma suposta mobilidade exagerada ou por motivo duma vermelhidão mais intensa e simplesmente porque a verdadeira lesão nos escapou, inacessível pela nossa modesta exploração.

Por vezes mesmo, a associação de lesões como as do ligamento cruzado anterior e do menisco, explicando os resultados

mediócras, obtidos pela simples meniscectomia, não nos indica a vantagem duma abertura mais larga, permitindo uma verificação perfeita, uma exploração completa da articulação?

A reparação justíssima e suficiente julgada pelo exame directo da lesão meniscal satisfaz-nos na ocasião, e só mais tarde, pela persistência de algumas das perturbações anteriores, se conclue da insuficiência da primeira intervenção e da necessidade de reoperar o doente.

A insuficiência dos processos de artrotomia foi ainda entre nós, como em França, uma das razões porque, por tanto tempo, se desconhecera na sua intimidade os vários aspectos de lesões consecutivas às entorses do joelho, por opposição ao que acontecia nos países anglo-saxónicos, onde a exploração cirúrgica decidida expunha definitivamente as causas de tantas artropatias e permitia uma reparação duradoura.

¿Que fazer então? ¿Condenar absolutamente as artrotomias pequenas e abrir sistematicamente o joelho, por um processo amplo, a-fim-de verificar sempre a anatomia completa da articulação?

Não, de maneira nenhuma. Todos os processos têm a sua utilidade; e todos compete uma indicação especial.

As incisões extensas como as pequenas têm a sua oportunidade, nos casos mais variados; só o exame concreto dum caso nos indicará o processo que mais possa convir.

Reservemos, contudo, esta idea, de que muitas vezes se errou, por se operar parcimoniosamente, em joelhos cujas lesões só a artrotomia extensa poderia expor e reparar.

Desconfiemos sempre da aparente simplicidade de muitos casos, cujas lesões mais ou menos confusas em princípio se nos revelaram afinal dependentes duma *simplex* subluxação meniscal. Lembremo-nos da associação possível de mais duma lesão articular, do polimorfismo tão amplo e da exteriorização tão confusa, que tais lesões por vezes nos apresentam; recordemos o insucesso operatório de tantas meniscectomias, justa ou injustamente executadas (por se tratar de lesões associadas ou por diagnósticos imperfeitos) e orientemo-nos sempre no sentido favorável a uma melhor finalidade.

«São os nossos erros, mais do que os nossos acertos, que nos servem de ensinamento» — diz Sir BERKELEY MOYNHAM — e com indiscutível razão.

Tão longe vai êsse ensinamento que nos orgulhamos, por vezes, de vulgarizar os nossos erros, como fonte de aprendizagem, como lições práticas da máxima utilidade.

A artrotomia franca, extensa e completa, tem, a meu ver, uma muito mais larga indicação do que a que lhe foi dada até aqui. Não a indicarei sistematicamente; cairia no polo oposto.

O meio termo é sempre o que melhor equilibra as vantagens e desvantagens de tôdas as orientações terapêuticas; chama-se critério ou senso clínico de cada um a característica determinada dêsse equilíbrio.

### ARTROTOMIAS

Os processos de artrotomia simplificados, que visam exclusivamente à extirpação dos meniscos, consistem numa incisão para-rotuliana, segundo uma das múltiplas direcções propostas por autores vários: transversal (ANNANDALE), oblíqua (MAIO-ROBSON), curvilínea (BARKER) ou vertical (ALLINGHAN), podendo abranger tôda a extensão que medeia entre o bordo do tendão rotuliano e o ligamento lateral correspondente, sendo êste último poupado tanto quanto possível.

Parece ser preferível a *incisão vertical*, a meia distância entre os ligamentos rotuliano e lateral, incurvando-se para trás na sua extremidade inferior, sôbre a tuberosidade tibial, o que facilitaria um pouco a exposição do menisco.

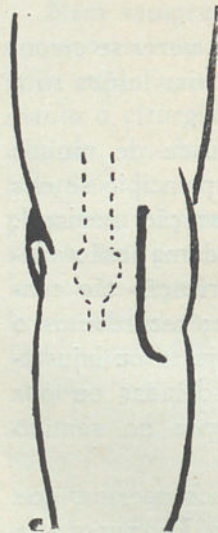


Fig. 1

É a incisão clássica de ROBERT JONES e que MORISON igualmente pratica, com relativo êxito. Far-se-á com o membro em ligeira flexão, interessando sucessivamente a pele, os planos fibrosos, a cápsula e sinovial. Flectindo então completamente a perna e afastando os bordos da ferida, consegue-se explorar melhor a parte subjacente à incisão.

Não há o mínimo acesso ao espaço intercondiliano nem à extremidade posterior do menisco. Pelo contrário, a exploração torna-se muito mais ampla, uma vez que se prolongue a incisão curva inferior um pouco além do ligamento lateral, como adiante veremos.

Desinsere-se-á primeiro o corno anterior, depois o ligamento coronário e depois o corno posterior, se possível fôr.

R. JONES diz ter operado mais de dois mil casos com bons resultados práticos.

As *artrotomias transversais* (ANNANDALE) dão um bom acesso aos meniscos, inclusivamente ao corno posterior e ao espaço intercondiliano, mas, seccionando os ligamentos laterais, favorecem os movimentos de lateralidade, a menos que estes ligamentos sejam suturados convenientemente, em flexão ligeira, à maneira de TAVERNIER. Com efeito, a *incisão do ligamento lateral*, quando necessária, não apresenta grande inconveniente, uma vez que a reconstrução seja feita com cuidado e segundo uma técnica bem conduzida. Nas simples incisões látero-rotulianas, já mencionadas, torna-se muitas vezes necessário seccioná-lo, se se pretende atingir o corno posterior do menisco e praticar a sua ablação total. Há mesmo um argumento favorável, dizem alguns autores (TAVERNIER, BRESSOT), na secção do ligamento lateral: a sua reparação cuidada, segundo a indicação de TAVERNIER, longe de comprometer a solidez da articulação, permite ainda mais, suturando-o em meia flexão, uma diminuição do seu comprimento e um melhor ajustamento, que supriria a falta causada pela ablação do menisco. Seria, aliás, a técnica racional de suprimir os movimentos de lateralidade, nos casos em que os houvesse.

O joelho será, necessariamente, imobilizado durante os primeiros dias, na mesma atitude de meia-flexão em que se reconstituíram os ligamentos.

No *processo de W. Roberts*, apresentado recentemente e que o autor diz ter empregado com vantagem para a extirpação do menisco, pratica-se uma incisão em U, começando um pouco acima do bordo superior do planalto tibial e descendo quasi paralelamente ao ligamento rotuliano, numa extensão de 3 ou 4 cm. A incisão contorna então este segmento da tibia, subindo paralela e imediatamente por dentro do ligamento lateral interno, até uma altura simétrica à do seu ponto de partida.

Interessa primeiramente os tegumentos e em seguida todos os tecidos moles, incluindo o periósteo. Com a rugina descola-se um retalho periósteo superior, até um pouco além do ligamento coronário; este é incisado transversalmente, na sua inserção ti-

bial e levantando, em seguida, o retalho, obtem-se fácil acesso sobre o segmento meniscal anterior, o qual pode ser desinserido com um canivete de lâmina estreita.

O periósteo e os restantes tecidos são, em seguida, suturados com pontos separados de *catgut* crómico, exceptuada a sinovial; a pele será fechada com sêda ou crina.

Este processo — diz ROBERTS — tem as vantagens de evitar os repuxamentos da cicatriz operatória, pela flexão completa do

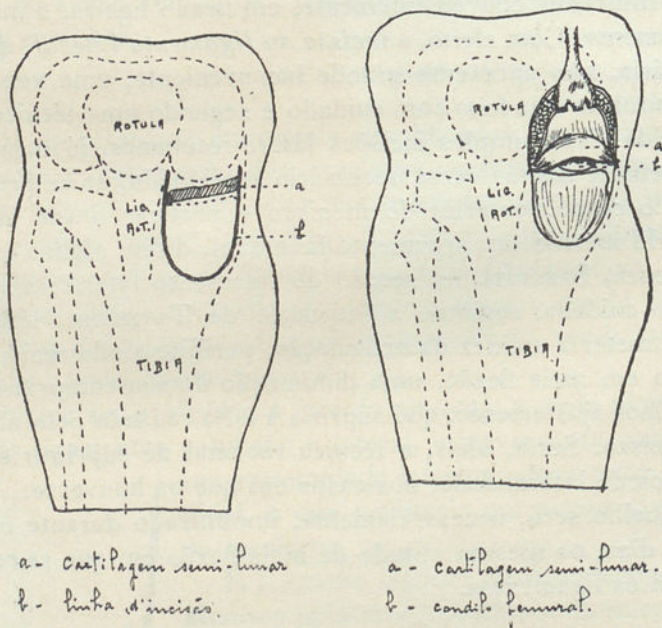


Fig. 2. — Incisão de Roberts  
(Desenhos extraídos do *Journ. of Amer. Med. Ass.*)

joelho, uma vez que se suturou o periósteo, e a de dispensar a sutura da sinovial.

É, no entanto, um processo deficiente, que permite apenas a extirpação da parte anterior da cartilagem semi-lunar.

#### ARTROTOMIA TRANS-TIBIAL COM INCISÃO EXTERNA (KOCHER)

A incisão cutânea começa sobre o vasto externo, uma mão travessa acima da extremidade superior da rótula; desce verticalmente, passando pelo lado externo, a dois centímetros de dis-



# LACARNOL

Marca registrada

Nas perturbações  
cardiacas e  
circulatorias



Fração nucleosídica de extratos orgânicos. Melhoramento fisiológico da circulação coronária na angina do peito / Aumento da capacidade funcional do miocárdio debilitado pela idade / Administração por via oral e enteral



M. R.

EMBALAGENS ORIGINAIS:  
Caixa de 5 ampolas de 1 c. c.  
Frasco conta-gotas de 20 cc.

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,<sup>3</sup> / LISBOA

# PADUTINA

Marca registrada

## Hormonio pancreatico de efeito circulatorio

Para o tratamento causal dos espasmos vasculares e distúrbios nutritivos tissulares, na hipertonia, claudicação intermitente, nas acroparestesias, perturbações da menopausa, ferimentos de cicatrização difícil e úlceras troficas

### EMBALAGENS ORIGINAIS :

Caixa de 5 ampolas (1 c. c. = 2 unidades)

Frasco de 10 c. c. (1 c. c. = 7 unidades)



M. R.



tância dèste mesmo osso, e encurva-se em seguida para a linha média, terminando por baixo da espinha da tíbia, na face interna do osso. A incisão interessa sucessivamente os planos cutâneo e aponevrótico (*fascia lata*).

No terceiro plano, subjacente à *fascia lata*, aparece-nos, no extremo superior da incisão, a parte externa do vasto externo e no extremo inferior o bordo externo do ligamento rotuliano.

Incisa-se o vasto externo e a expansão aponevrótica do quadrícepe. No extremo inferior incisam-se paralelamente ao bordo externo do ligamento rotuliano os planos fibrosos que ali existem, incluindo o periósteo. Com um escopro secciona-se a espinha da tíbia, destacando-a com as suas inserções ligamentosas e desviando-a para a linha média.

As inserções distais do ligamento rotuliano aderentes à tíbia, um pouco abaixo já da sua tuberosidade, permitem a luxação desta para dentro, incluída na face profunda do ligamento rotuliano.

Na parte superior da incisão, por baixo do vasto externo, secciona-se a cápsula articular sôbre a face externa do côndilo externo do fémur, descobrindo assim o extremo superior da bôlsa subquadrípital.

Por diante, na linha articular, separa-se o menisco da inserção anterior dos ligamentos cruzados; e até à parte externa, junto ao bordo da tíbia e por baixo do menisco, dissecam-se a cápsula articular, juntamente com o periósteo do côndilo externo da tíbia, razando o osso (KOCHER).

Desviando o ligamento rotuliano com um afastador, faz-se o mesmo para o lado interno.

A rótula incluída na continuidade do tendão e ligamento rotulianos, pode então ser afastada, invertida, para o lado interno do membro.

O joelho, sendo então flectido, permite um bom acesso à articulação.

Para fechar, sutura-se cuidadosamente a cápsula; unem-se os planos aponevróticos por alguns pontos profundos de *catgut* e fecha-se a pele com *agrafes*.

O processo de KOCHER tem, a-par de algumas vantagens, os seguintes inconvenientes: obriga a uma secção unilateral completa das expansões dos ligamentos laterais rotulianos; é um pouco laboriosa a manobra de luxação interna e reviramento da

rótula; permite uma exposição da articulação menor do que a que se obtém com outros processos; a coaptação do pequeno fragmento de tibia destacado é talvez um pouco imperfeita, permitindo-lhe movimentos de lateralidade; ainda a débil fixação dêste fragmento constituiria um obstáculo à movimentação precoce da articulação.

É talvez por estas razões que o processo, a-pesar-de curioso, tem sido escassamente usado.

#### ARTROTOMIAS TRANS-ROTULIANAS TRANSVERSAIS (WRIGHT)

A secção rotuliana é praticada com uma serra de Gygli; os retalhos são afastados e o acesso à articulação é extremamente fácil.

ALGLAVE executa-a com frequência, defendendo-a nestes termos: «Uma rótula, seccionada transversalmente em meio aséptico, repara-se muito depressa e muito bem. Podemos estar certos de que a nossa intervenção não terá nenhuma seqüência desastrosa.

«Sob êste ponto de vista, a via trans-rotuliana é um dos meios ideais para abordar as lesões traumáticas não infectadas do joelho» (Soc. Nac. Chir., de Paris, 15 Out. 1924).

Êste processo, usado pelos irmãos MAYO durante a guerra, não tem actualmente muitos participantes.

É claro que sempre que houver uma indicação especial para se atingir a articulação por uma incisão transversal, seccionar-se-á a rótula por êste processo e nunca o seu ligamento eferente.

É, porém, um processo deficiente, pouco de acôrdo com a mecânica articular, a secção rotuliana sendo precisamente perpendicular ao sentido das tracções musculares que, necessariamente, acompanham a mobilização precoce da articulação.

É, portanto, um processo actualmente pouco usado.

#### ARTROTOMIA VERTICAL TRANS-ROTULIANA (ALLINGHAM-ROBERT JONES-CORNER)

O membro é colocado sôbre a extremidade da mesa operatória, pendendo a perna, flectida em ângulo recto sôbre a coxa.

Incisão cutânea longitudinal, mediana, iniciada dois dedos

acima da extremidade superior da rótula e terminando no tubérculo anterior da tíbia. A rótula é, em seguida, serrada verticalmente e o tendão e o ligamento rotulianos fendidos na extensão suficiente.

Os fragmentos da rótula são afastados, luxados sobre os tegumentos que cobrem os côndilos femurais respectivos. Separando a gordura retro-rotuliana e flectindo a perna ao máximo, obtém-se uma excelente exposição dos ligamentos cruzados, da espinha da tibia e dos meniscos. Variando o grau de flexão do membro, consegue-se expor mais amplamente cada uma das zonas da cavidade articular. A reparação faz-se suturando a cápsula e seguidamente o ligamento rotuliano, o tendão do quadrícepe e a aponevrose. Não se torna necessário suturar a rótula, a qual cicatriza com facilidade, após alguns dias de imobilização.

Há muito mais confiança na solidez duma reparação óssea do que na duma cicatriz tendinosa, principalmente quando se trata dum tendão importante (ALGLAVE).

Imobiliza-se em seguida o membro, durante o período estritamente necessário à consolidação óssea; logo em seguida começa-se a mobilização gradual sistemática, as maçagens e em breve os movimentos activos.

A hemorragia causada pela secção óssea, que alguns autores accusam, parece ser mínima e nunca perturbar a operação.

A incisão trans-rotuliana pode, em vez de mediana, ser praticada lateralmente, a maior ou menor distância dum dos bordos, sempre que haja interesse em melhor expor uma das metades da articulação.

#### ARTROTOMIA OSTEOPLÁSTICA TRANS-TIBIAL (AZEVEDO GOMES)

Membro inferior em linha recta. Incisão cutânea contornando um retalho anterior em U, de base superior e descendo um pouco abaixo da tuberosidade anterior da tíbia.

Secção desta tuberosidade, conforme o esquema junto.

Com um serrote de árvore, iniciar a secção tibial, imediatamente por baixo da sua tuberosidade; cortá-la obliquamente de baixo para cima e de diante para trás, num trajecto nunca inferior a 3 cm. e cujo limite superior ficará aquém da cartilagem

de conjugação. Pela secção assim feita, introduzir uma serra de Gigli, a qual, orientada de trás para diante e de cima para baixo, irá seccionar, em bisel, a base do triângulo ósseo a destacar. O fragmento ósseo assim isolado apresenta portanto a configuração dum triângulo, sôbre a face externa do qual se inserem tôdas as fibras do ligamento rotuliano.

A incisão óssea será, é claro, desnivelada da incisão cutânea, devendo esta exceder aquela.

Dividir dum e doutro lado as expansões fibrosas, as rotulianas e a cápsula articular, na extensão necessária para a exposição suficiente da articulação. O retalho cutâneo e ósteo-tendinoso é, em seguida, rebatido para cima, até à altura julgada conveniente e isolada do campo operatório. A bôlsa serosa pre-tibial profunda, incluída no retalho, ficará íntegra.

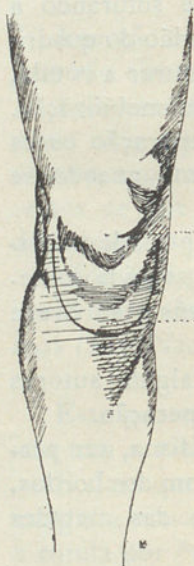


Fig. 3

Flectir o joelho em ângulo recto; incisar a massa adiposa anterior e a sinovial, tornadas tensas sôbre os côneilos femurais salientes. Ficará assim largamente exposta a articulação, permitindo um completo exame de tôdas as lesões existentes e o tratamento conveniente para cada uma.

A reposição é extremamente simples: rebate-se o retalho levantado, acertando com precisão, em extensão forçada do membro, o perfeito ajustamento do encaixe ósseo da tuberosidade tibial. Fixar por meio dum pequeno parafuso a extremidade distal do fragmento ósseo, o qual ficará assim sòlidamente mantido (1). A cápsula e os planos fibrosos laterais são suturados com alguns pontos separados de *catgut* e a pele unida com *agrafes*, sem drenagem.

Imobilizar em «Thomas-splint» durante oito dias, findos os quais são retirados os *agrafes*, principiando os movimentos passivos e activos da articulação.

(1) Pela inclinação própria da face superior da secção tibial, a contenção é fácil e a própria tonicidade muscular reforça-a eficazmente.

O processo de CORNER é bom. Dá um franco acesso à loca articular, permite uma exploração metódica da cavidade, é de fácil execução e permite mesmo, suturada a rótula longitudinalmente, uma mobilização articular precoce.

Tem também os seus inconvenientes. O primeiro, que resulta da sobreposição das incisões cutânea e rotuliana (óssea e cartilaginosa), no mesmo plano sagital, remove-se com facilidade, des-nivelando-as, quer praticando a incisão cutânea lateral para-rotuliana, quer executando-a em U, como no segundo processo.

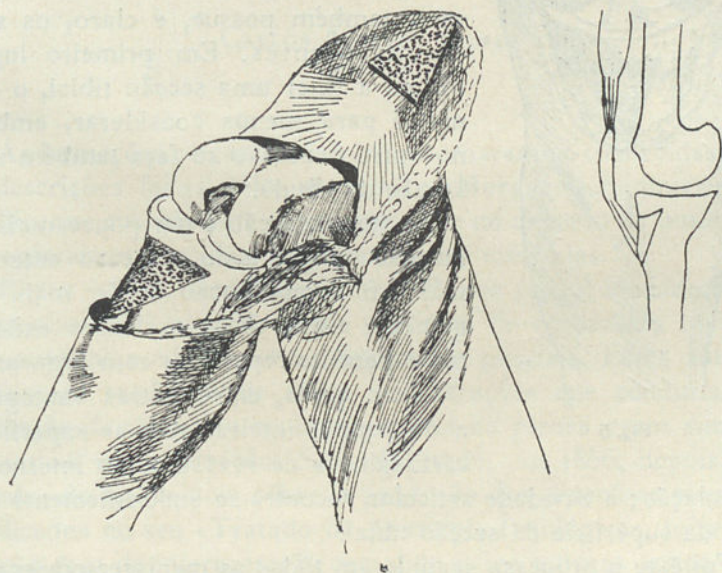


Fig. 4

Uma outra desvantagem resulta da própria secção rotuliana, lesando a cartilagem diastrodial que reveste a superfície articular da face posterior da rótula. Destrói-se assim a continuidade do plano ósteo-cartilaginosa, da parede anterior da articulação. ¿Será um inconveniente mínimo?

Parece-me interessante apontá-lo. Com efeito, todos sabemos, e anteriormente o repeti, quanto as perturbações mecânicas da articulação dependem de causas mínimas, traumáticas quasi sempre em principio, muitas vezes de evolução autónoma consecutiva e quantas vezes com ponto de partida ósteo-cartilaginosa. ¿Não

será então impensado ir ferir a própria cartilagem de revestimento interno, para esperar em seguida a sua cicatrização, irregular talvez, num primeiro tempo de imobilização forçada e em contacto directo com os demais elementos, constitucionalmente idênticos, da cavidade articular? Não será, para a solução dum problema que é inteiramente de ordem mecânica, uma deficiência precisamente mecânica de técnica intervencionista?



Fig. 5

Quanto ao processo de Azevedo Gomes, também possui, é claro, os seus inconvenientes. Em primeiro lugar, obriga a fazer uma secção tibial, o que não é para menos considerar, embora no outro processo se faça também uma secção da rótula.

A sua execução é um pouco mais laboriosa do que a do processo anterior, mas em compensação expõe mais largamente ainda tôdas as lesões existentes e permite repará-las com segurança.

Tem ainda, entre outras vantagens, a de poupar inteiramente as superfícies cartilagueas de revestimento interno da

articulação; a cavidade articular encontra-se suficientemente isolada da superfície da secção tibial.

Foi êste o processo seguido em tôdas as meniscectomias realizadas neste serviço (vidé *Lisboa Médica*, Maio de 1934) com cura clínica completa e recuperação funcional' quasi imediata.



*Serviço de Clínica Propedêutica*  
(Prof. Lopo de Carvalho)

## TRÊS CASOS DE CALCIFICAÇÃO DA PLEURA

POR

CARLOS ALBERTO VIDAL  
Assistente

As formações calcáreas da pleura tornaram-se conhecidas com as descrições feitas pelos anatómicos Morgagni, Sommering e Baillie, que casualmente as encontraram no decurso de autópsias em indivíduos falecidos de outras causas mórbidas.

Rayer (1832), Goddart (1848) e Parise (1849) consideraram estas alterações pleurais como processo de verdadeira ossificação e terminação de certas flegmasias pleurais. Estes autores afirmaram também que tôdas as alterações que conduziam à formação de placas duras e espessadas na pleura eram simples processos de ossificação. Só mais tarde, em 1856, depois dos estudos de Cruveillier sôbre a produção dos osteofitas pleurais, publicados no seu «Tratado de Anatomia Patológica», foi verificado o êrro de interpretação cometido pelos autores acima referidos; Cruveillier não admitia, para estas formações, a existência de uma metaplasia óssea da serosa pleural, pois afirmava nunca haver encontrado, em cuidadosos exames histológicos das placas pleurais, qualquer estrutura óssea: «*ni canalicules, ni les points noirs en forme de mouches, caractéristiques de l'os*».

O estudo da constituição química destas produções pleurais, feito em 1872 por Savoye e Talamon, veio comprovar a asserção de Cruveillier, mostrando, mais uma vez, que as placas não constituíam um processo de ossificação, mas unicamente simples deposições de sais de cálcio, especialmente do fosfato tribásico e do carbonato de cálcio. Recentemente Hugouneq e Wurtz, em pesquisas idênticas, confirmaram os resultados das investigações

de Savoye e de Talamon, e evidenciaram, além disso, a grande variabilidade da composição química destas formações, em especial no que diz respeito às oscilações quantitativas do fosfato tribásico e do carbonato de cálcio, bem como da presença de outros sais, como os fosfatos de sódio, magnésio, potássio e do fluoreto de cálcio.

Numerosas observações foram publicadas pelos autores franceses, após os estudos de Cruveillier. Merecem citação os casos de Paulier (1875), Gilbert (1883), Pozzi e Hudelo (1888), Pillet (1889), Poulalion (1890), Tuffier, Mardry e Gy (1907), Roubier (1924), Larceyenne (1925), Baudry e Barbier (1924), Palasse e Lambert (1928), Langenieux (1928), Bochalli (1930) e Dabores (1932).

As primeiras citações dos autores alemães pertencem a Horu e Ulrich (1858). Mais tarde novas observações foram feitas por Wolf (1874), Schemel (1907), Leonel e Lorenz (1925), Arnold e Hammer (1926), Uspensky (1927), Lenthe (1928), Ulrich e Naumann (1930), Oldenburg (1930), Apitz e Frischlier (1931), Stinsmeyer (1931), Odessky e Klionner, Baumeister (1932), etc.

Os primeiros casos observados em Itália e na América pertencem, respectivamente, a Mastro Simone (1931) e Pritchard (1931).

As numerosas observações publicadas no decurso dos últimos anos têm a sua explicação no elevado número de inspecções feitas a indivíduos que sofreram feridas penetrantes do tórax, por armas de fogo (especialmente por projecteis e estilhaços de granada) durante a grande guerra.

Poucas observações têm sido publicadas na nossa literatura médica sobre as calcificações da pleura. Só temos conhecimento de descrições de autópsias, publicadas por Geraldino Brites, na *Folia Anatomica Universitatis Coninbringensis*, em que este autor se refere também a um total de 5 casos que observou nos Serviços de autópsias do Hospital Escolar de Lisboa e do Instituto de Medicina Legal, e a 1 caso existente no Museu de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra.

Observámos recentemente 2 casos de calcificação extensa da pleura; um foi-nos amavelmente cedido da clínica particular do Prof. Lopo de Carvalho, o outro refere-se a 1 doente que nos foi enviado por um colega, para exame do seu aparelho pulmonar.

# SELVADINA

Marca registrada

Calciopirocatequinodisulfonato de calcio e sodio (Sal complexo de calcio)

**Preparado calcico injetavel por via intramuscular**

**De efeito recalcficante intensivo e duradouro e de boa tolerancia local e geral**



Para a calcioterapeutica parenteral das doencas acompanhadas de calcipenia, desordens vegetativas, anafilaxia, afeções inflamatórias e exsudativas, hemorragias, dermatoses

EMBALAGEM ORIGINAL: Caixa com 2 ampolas de 5 c.c.



M. R

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,<sup>3</sup> / LISBOA

# CHOLEFLAVINA

Marca registrada

Específico nos estados infecciosos da vesícula e das vias biliares. De efeito desinfetante, antiflogístico e espasmolítico. Suavemente laxativo.

EMBALAGEM ORIGINAL: Vidro de 60 perolas



M. R.

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,<sup>3</sup> / LISBOA

Acedeu o Prof. Cabeça a que publicássemos a primeira observação radiográfica portuguesa dum caso análogo, que lhe pertence, e que hoje faz parte do arquivo da 2.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar, pelo que lhe testemunhamos aqui o nosso mais vivo reconhecimento (fig. 1).

A maioria das observações publicadas referem-se a casos de exames necrópsicos. Até ao início da era radiológica, as poucas observações feitas em vida foram verificadas no decurso de toracenteses, de toracotomias ou na exploração de trajectos fistulosos da pleura. Pouco ultrapassa de duas centenas o número total de casos observados radiologicamente. Behrendt insiste na importância decisiva do exame pelos raios Röntgen para o diagnóstico exacto da lesão; graças a êle, pôde fazer o diagnóstico de 11 casos, no decurso de 20 meses, em 886 doentes que durante êsse período foram enviados ao sanatório de Zeizigwald. Ulrich, em cerca de 14 meses, verificou uma percentagem de 1 por cada 357 exames radiológicos praticados num total de 1.875 observações de doentes pulmonares. Devemos mais uma vez acentuar que a quasi totalidade das observações são referentes a doentes que sofreram feridas pleuro-pulmonares durante a guerra.



Fig. 1

\*  
\*      \*

Pode-se considerar, como Endress, dois grupos de produções calcáreas da pleura: o grupo das *Calcificatio pleura*, em que a

deposição dos sais de cálcio se efectua por forma a constituir placas, de maior ou menor extensão, na superfície pulmonar e a ela aderente, e o grupo das *Calculosis pleura* ou grupo das concreções calcáreas, livres na cavidade pleural.

Só nos ocuparemos do grupo das *Calcificatio pleura*.

Os estudos anátomo-patológicos e radiológicos, têm pôsto em evidência o grande polimorfismo das placas de calcificação. A maior parte das vezes estas placas são constituídas por pequenos depósitos calcáreos, de dimensões muito variáveis, que se agrupam em formações arredondadas, ovalares ou em estalactites, ocupando extensões muito variáveis da superfície pleural, podendo chegar a invadir tôda a pleura, o que lhe mereceu então a designação de *Panzerpleura* ou *Panzerbrust* pelos autores alemães.

Têm sido encontradas, no sexo masculino, numa percentagem cêrca de três vezes superior à do sexo feminino. Aparecem habitualmente dos 35 aos 52 anos de idade; tem-se, contudo, observado também em indivíduos com mais de 70 anos. Julga-se que o tempo necessário para a produção destas placas oscila entre 10 a 15 anos; há, no entanto, quem tenha verificado a sua formação em períodos muito mais curtos; Gandy e Conder, por exemplo, puderam delimitar, em doentes que observaram, o estabelecimento da referida calcificação a um prazo de 8 meses, e Camentron a um período de 1 ano. É muito difícil apreciar, com rigor, quer a idade em que se originam, quer o tempo que leva a sua produção e desenvolvimento, isto pela falta de elementos comprovativos na maior parte das anamneses dos doentes que delas são portadores.

O aspecto das placas de calcificação é variável; umas são hialinas, outras nacaradas, e muitas vezes rugosas ou pseudo-cartilaginosas, como o afirma Hammer. São quasi sempre únicas e raramente múltiplas (em número de 10 num caso descrito por Pillet) e a maior parte das vezes unilaterais. Excepcionalmente, podem ser bilaterais, como nas observações de Rahnascr, Duvoir e Piédelièvre. Têm em geral tendência a localizarem-se nos pontos de eleição dos exsudados pleurais: região póstero-inferior do tórax, região axilar, apical (casos de Laubry, Collin, Uspensky), diafragmática (Velde Schlopsines), centro frénico (Tuffier) e costo-vertebral. Esta é de tôdas a mais fre-

qüente, possivelmente, segundo Gandy e Bayse, devido à fácil acumulação neste local dos exsudados pleuro-pulmonares na posição de decúbito dorsal.

Barbier descreve 1 caso, até hoje o único conhecido, duma calcificação da pleura interlobar; Falkenhausen diz ter também verificado 1 caso análogo, mas não apresenta dêle documentação radiográfica.

Se bem que em 40% das observações publicadas se verifique a coexistência de lesões bacilosas pulmonares, quer em actividade (casos de Poulalion, Gilbert, Laubry, etc.), quer cicatrizadas (casos de Wolff, Rendu, Scott, etc.), o facto é que são a maior parte das vezes secundárias a hemotórax traumáticos, a feridas penetrantes pleuro-pulmonares por armas de fogo (casos de Poulalion, Pozzi, Estor, Uspensky, etc.), e bem assim a pleuritis serofibrinosas, hemorrágicas ou purulentas, de etiologia vária.

Numa estatística referente a feridas do tórax por projecteis, Diest verificou que em 40% dos casos se originaram tardiamente depósitos calcáreos na pleura, chegando, num dos casos, a sua espessura a atingir 2 cm.

A natureza dos derrames pleurais parece ter uma influência marcada na deposição dos sais de cálcio; assim, os derrames hemorrágicos, especialmente os derrames secundários a extensas lesões traumáticas, são os que maior número de vezes conduzem à produção de placas de calcificação. Lenthe, Uspensky e Muller, também citam maior tendência para a calcificação ulte-

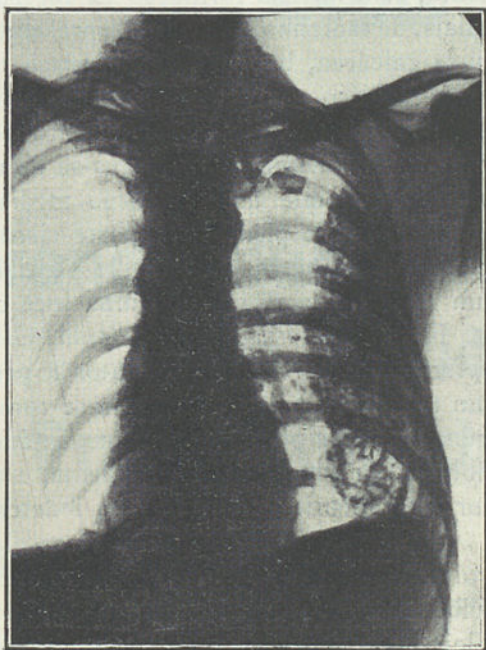


Fig. 2

rior nas pleurisas cujo derrame é fortemente hemorrágico. É por sua vez também bastante elevada a percentagem de processos de calcificação secundários a empiemas torácicos de decurso crónico. G. Brites cita a opinião de Borst, que admite serem os resíduos de pus aderentes à superfície da serosa susceptíveis de sofrer uma calcificação e até de originar a formação de concreções livres na cavidade pleural: *cálculos* ou *pleuróticos*.

Lemmel aponta um caso interessante dum derrame seropurulento, com intensa formação de massas fibrinosas, algumas das quais, de tamanho apreciável, apresentavam um involucro ou carapaça calcárea, bastante espessada e rugosa; Lelijweld verificou facto idêntico, coexistindo com um extenso processo de calcificação dos folhetos pleurais. São também curiosos os casos relatados por Deich e Esau: num tratava-se de um empiema arrastado há 12 anos, e que a intervenção tardia mostrou estar colectado numa cavidade pleural em parte circunscrita por placas de calcificação; no outro, uma fistula pleural da região mamária, tinha um trajecto conduzindo a uma loca completamente calcificada.

Na recente estatística de Stuhl, Camendron e Marqués (1934) referente a indivíduos candidatos à pensão militar, e que reúne um total de 50 casos, puderam-se comprovar as seguintes etiologias: 32 casos por hemotórax traumático, 12 por pleurisia serofibrinosa, 1 por pleurisia purulenta, 2 após cessação do pneumotórax terapêutico e 1 por causa indeterminada.

Em cerca de 90% dos casos as placas de calcificação desenvolvem-se à custa do folheto parietal da pleura, sem invasão do folheto visceral. A localização pleural é favorecida, segundo Fleischner, pela sua pouca vascularização, mas Pohl julgava-a também dependente da presença de ácido carbónico nos vasos pulmonares. Quando o folheto visceral participa do processo, a placa de calcificação é então formada por duas lâminas, que se fundem nuns casos, mas noutros delimitam entre si uma cavidade; esta encontra-se raramente livre, em geral contém uma massa de aspecto cremoso ou sero-purulento (como nas observações a que já fizemos referência) ordinariamente rica em colesterina e ácidos gordos. É interessante referir que nos casos em que se fêz o exame bacteriológico destas massas quiliformes, nunca foi possível demonstrar a presença de bacilos de Kock. Quando o processo é acompanhado de uma sínfise total da serosa pleural,





# Adrenalina "Ciba"

Grande durabilidade  
Alta eficiência  
Preço convidativo

Frascos de 20 c. c. (Solutio milesimal)

VALE

PARA 1 FRASCO DE 10 C. C. DE  
**ADRENALINA "CIBA"**

REMETE

Nome : .....

Rua : ..... N.º .....

Localidade : .....

(Exclusivamente para os Srs. Médicos)

# ADRENALINA "CIBA"

A Adrenalina «Ciba» apresenta todas as propriedades químicas, ópticas e fisiológicas que caracterizam o princípio das glândulas suprenais em seu estado de pureza química. Desvia como este o plano da luz polarizada para a esquerda. Conservada em frascos de vidro neutro, em lugar fresco, ao abrigo da luz e do calor, o soluto de Adrenalina «Ciba» a 1:1.000 mantém-se inalterado durante muitos meses. Possui, como todos os produtos similares, uma acção vaso-constrictora e em virtude disto aumenta a tensão arterial e provoca isquemia dos tecidos. Associada aos anestésicos locais, prolonga e reforça a acção dos mesmos, diminuindo a sua toxicidade. Introduzida na corrente sangüínea, provoca excitação dos filetes do grande simpático, o que tem por resultado aumento da intensidade das contracções cardíacas e aceleração do pulso. Finalmente a administração da Adrenalina «Ciba» compensa a secreção suprarenal deficiente que se observa no decurso de certas doenças.

**Société pour l'Industrie Chimique à Bâle**  
**Representantes para Portugal: E. BRUNNER & C.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**  
**Rua da Madalena, 128, 1.<sup>o</sup> — LISBOA**

Comunicações



**Produtos "Ciba"**

**Representantes para Portugal:**  
**E. BRUNNER & Cia., Lda.**

**LISBOA**

**128, R. da Madalena, 1.<sup>o</sup>**

originam-se grandes retracções do hemitórax correspondente, como se pode verificar numa das nossas observações (figs. 5 e 6).

Os exames histológicos, em especial os devidos a Pillet, mostraram que estas produções pleurais são formadas por feixes de fibras conjuntivas, englobadas no seio de uma substância calcárea de aspecto amorfo ou granuloso. O ponto de partida do depósito calcáreo é a camada fibrosa subendotelial da pleura parietal, onde a intensa proliferação do tecido conjuntivo e a quasi ausência de células nucleadas faz lembrar a estrutura da córnea.

Para que um determinado tecido sofra um processo de calcificação é condição prévia que nêle se instale um processo regressivo; para os tecidos de substância conjuntiva, a calcificação está intimamente ligada à perda de vitalidade do tecido, quer por degenerescência hialina, quer por necrose. Os métodos de investigação histológica, e micro-químicos, permitiram aos anátomo-patologistas descrever três fases na produção das calcificações pleurais: uma fase inicial fibrosa, correspondente à sínfise pleural, com formação de tecido fibroso, muito pouco vascularizado e, conseqüentemente, de fraca nutrição e vitalidade; uma fase intermédia de degenerescência hialina, caracterizada pela formação de um tecido com aspecto e composição química análogo ao do tecido cartilaginoso, por vezes até sob a forma de placas, *placas leitosas de Letulle* (estas placas podem muito raramente conduzir à transformação osteogénica do tecido fibroso), e uma fase final, caracterizada pela deposição ou impregnação de sais de cálcio, *fase de calcificação distrófica de Muller*. É vulgar encontrar-se em cortes de placas de calcificação zonas nestas três fases da evolução.

Muitos autores julgam necessária a existência de uma hipercalcemia, para que se verifique a formação de deposições calcáreas. Ora, o cálcio precipitado ou depositado ao nível de qualquer tecido só pode, na realidade, provir do sangue ou do plasma tissular. Segundo a teoria, que maior número de adeptos reúne, entre os fisiologistas e os bioquímicos, o cálcio sanguíneo compreende três espécies de substâncias calcáreas: «A», «B» e «C», cuja soma constitue a calcemia total. O estado «A» corresponde ao cálcio fisiologicamente inactivo, fracamente combinado com as proteínas, e que depende da concentração proteica do sôro, do equilíbrio ácido-básico e do metabolismo do fósforo; as par-

tes «B» e «C» formam a parte ultrafiltrável, fisiologicamente inactiva da calcemia. A parte «B» corresponde ao cálcio não ionisável dos sais complexos, e é tributária da função paratiroideia e do metabolismo do fósforo; a parte «C» é formada pelos iões Ca livres, e depende do equilíbrio ácido-básico e também do metabolismo do fósforo. Resulta daqui que para a interpretação racional das alterações da calcemia não basta conhecer o



Fig. 3

seu valor absoluto, mas é necessário conhecer ao mesmo tempo as variações da fosfatemia, das proteínas e do equilíbrio ácido-básico do sangue. Para que o cálcio se fixe torna-se necessário, segundo Mac Callum e Volgtlin, a coexistência de perturbações do metabolismo do  $\text{CO}_2$  e alterações funcionais das glândulas endocrínicas, sobretudo das suprarrenais e paratiroideias. Gasser, em investigações recentes, considera também de capital importância a disfunção endocrínica, e, assim, atribue às glândulas de secreção interna a

responsabilidade das alterações regressivas do tecido periarticular na *calcínosis generalizada*. Ora, já Askanasy e Koosa demonstraram que é ao nível do tecido fibroso dos focos de inflamação crónica ou na sua vizinhança, o local de eleição para a deposição dos iões  $\text{Ca}^{+2}$ . Esta é muito especialmente condicionada pela alcalinidade (pH elevado) dos focos inflamatórios, que favorece a deposição do cálcio; Schmidt vai mais além, pois julga também necessárias alterações de natureza coloidal ao nível dos locais onde o cálcio se fixa ou deposita. Tudo leva pois a crer que a deposição dos sais de cálcio depende mais dos factores locais



que das alterações ou oscilações da calcemia, que assim se tornariam secundárias.

Tanto a anatomia patológica como a fisio-patologia não dispensam a noção da diminuição da vitalidade tissular, a que já nos referimos; assim, a passagem do fosfato tricálcico dos espaços intercelulares para o interior das células foi demonstrada por Lenthe e Schmidt, sempre que as células sofrem um processo de degenerescência ou de necrose, quer por causa exógena, quer por causa endógena: acção de agentes tóxicos, infecciosos ou de natureza química. É o caso da calcificação de focos tuberculosos caseosos, especialmente ao nível dos gânglios linfáticos, das bôlsas serosas periarticulares e dos tecidos das paredes vasculares.

Uspensky afirma que em tôdas as circunstâncias em que se verifica o aparecimento de uma calcificação pleural deve ter necessariamente existido um processo de natureza inflamatória pleural

(mesmo tão discreto que possa ter passado despercebido tanto ao próprio doente como ao clínico) acompanhado de alterações concomitantes das funções de secreção interna reguladoras do metabolismo do cálcio (possível disfunção por acção tóxica ou infecciosa sobre o sistema endocrínico a partir do foco pleural). Dá uma importância exagerada à hipercalcemia, que diz ter verificado em doentes com calcificações pleurais, atingindo cifras de 17,5 a 22 mgrs. 0/0 (normal 10,5 a 12 mgrs. 0/0). Nenhum outro autor, é bom notar, verificou a existência desta hipercalcemia. As determinações que efectuámos nos doentes por nós obser-



Fig. 4

vados deu-nos, para a calcemia, valores de 11,2 e 11,5 mgrs.  $\text{0}/\text{0}$ , dentro pois da normalidade.

Schmidt e Muller admitem a passagem directa dos sais de cálcio do tecido das costelas para a pleura a elas aderente, em resultado de qualquer processo traumático ou inflamatório, e julgam que o pulmão deve também intervir, como pensa Pohl. Dizem ter verificado descalcificações extensas das costelas, nas vizi-

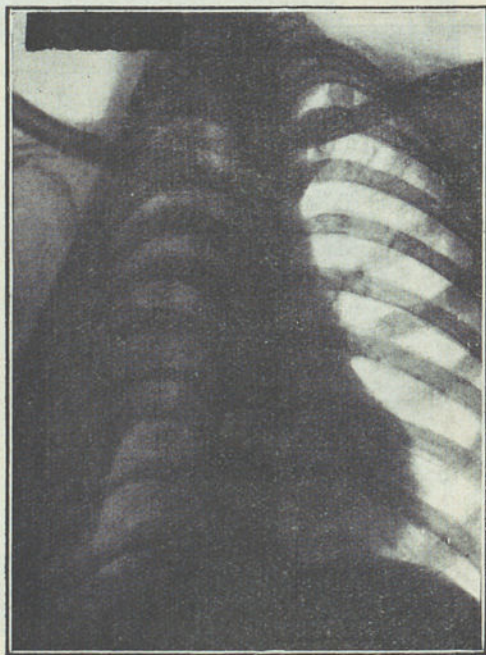


Fig. 5

nhanças das placas de calcificação; é uma suposição que carece de demonstração.

Rendu pergunta se o excesso de cálcio no sangue circulante dos indivíduos com tuberculose pulmonar (não admitido por todos), proveniente do intenso processo de dismineralização orgânica, pode favorecer a produção de placas de natureza calcárea. É difícil compreender como, dadas as mesmas circunstâncias de ordem geral, se possam considerar as causas como efeitos, e os efeitos como causas, sem atender às circunstâncias locais

onde o processo se instala. No entanto Behrendt e Oldenburg creem que a tuberculose deve por si só desempenhar um factor de grande importância, visto que grande número de formações calcáreas da pleura são secundárias a processos pleuríticos, cuja origem bacilosa não oferece dúvidas. Lamarque e Bétouillères pensam de modo análogo, chegando a afirmar que tal origem se pode demonstrar em 50  $\text{0}/\text{0}$  da totalidade dos casos publicados. A observação de Stuhl, que relata um caso de calcificação de lesões bacilosas do pulmão, do lado oposto ao do traumatismo, viria em apoio desta afirmação.

# 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

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13 %  
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"  
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora  
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO  
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

## SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. +5 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C<sup>ie</sup> — PARIS

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

D. P. 158

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.  
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

## ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)  
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)  
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.  
Collyrio em amp. conta-gott. de 10 c.c.  
Pomada (Tubo de 30 gr.).  
Ovulos (Caixa de 6).

## ELECTRAUROL (Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)  
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 ampollas)  
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

## ELECTROPLATINOL (Platina)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

## ELECTRORHODIOL (Rhoio)

Ampollas de 5 c.c.  
(Caixa de 3 e 6 ampollas).

## ELECTR = H<sub>2</sub> (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agent pathogenico.

N. B. — O ELECTRARGOL é egua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

Todas as fórmas da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)  
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

## ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)  
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

## COLLOTHIOL (Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa) — Pomada.

## IOGLYSOL (Complexo iodo-glycogenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

## ELECTROMANGANOL

(Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa)

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

Curas todada e iodurada.

Affecções estaphylococcicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C<sup>ia</sup> - PARIS 1507



Devemos contudo fazer notar, tanto mais que acima nos referimos a êste facto, que ainda hoje se admite, para raríssimos casos, a possibilidade de existência de uma metaplasia óssea em certas pleuritisias, que Uspensky designa por *pleuritis ossificans*, para as distinguir das que estamos tratando e que designa por *pleuritis calcificans*, análogamente ao que por vezes também sucede no baço, testículo, substância cerebral e pericárdio.

O quadro clínico da calcificação pleural é dos mais variáveis. Desde a ausência completa de sintomatologia até às grandes retracções da parede torácica, acompanhadas de atrofia muscular, pontadas, dispneia, etc., pode-se observar tãda a gama de sinais próprios das seqüelas dum processo inflamatório pleural. Referem todos os autores alemães que, para os casos secundários a feridas traumáticas ou perforantes do tórax, o sintoma que passados muitos anos volta a trazer o doente até junto do



Fig. 6

clínico, é a sensação dolorosa de repuxamento e de tracção interna, a dificuldade de respiração, ou o reconhecimento de uma imobilidade ou grande diminuição na excursão da caixa torácica do lado lesado.

Os métodos de exploração clínica, com excepção do exame radiológico, não permitem fazer a distinção entre uma paqui-pleurite e um processo de calcificação, quanto mais a delimitação dêste. Só a punção exploradora ou o exame radiológico podem conduzir ao diagnóstico: a punção, pela resistência característica e pela sensação de crepitação da agulha de encontro

às rugosidades das placas calcáreas, o exame radiológico, pelos aspectos característicos que nos fornece.

Lamarque e Bétouillières afirmam que também, sob o ponto de vista radiológico, nem sempre é fácil fazer a distinção entre um processo em que a calcificação é ligeira, e uma zona que é sede de um processo intenso de fibrose. Deve-se contudo considerar que, enquanto nos processos de esclerose se observam, em geral, opacidades mais uniformes, nas placas de calcificação a repartição das sombras é irregular, porque a deposição dos sais de cálcio é descontínua.

Devem-se a Focke, Hammer, Lenthe, Uspensky, Maragliano, Andrenelli e Pristchard, extensos estudos sobre assuntos radiológicos; recentemente Preinost, Béclère e Henrion, concordando com o modo de ver de Gandy, Baize, Lamarque e Weill, insistem na necessidade e importância decisiva para o diagnóstico de exames feitos com incidências várias, para completa elucidação dos diversos aspectos radiológicos que estas placas podem originar, e que já por vezes têm sido motivos de êrro de diagnóstico, comprovados por autópsias ulteriores.

Schinz chama a atenção para a delimitação perfeita das placas de calcificação ao exame radiográfico, que tomam um aspecto elíptico, e à sua semelhança na estrutura com a do ôsso de chôco, o que lhe valeu a designação de *os de seiche* pelos radiologistas franceses. Os variados aspectos radiológicos destas formações podem reduzir-se a dois tipos principais e distinguir, como Ulrich, as *placas* e as *manchas uniformes*. As primeiras são constituídas por imagens muito opacas aos raios X, de densidade raramente uniforme, a maior parte das vezes com zonas de desigual intensidade, que lhe dão o aspecto de favo ou de coral. São em geral arredondadas, ovalares ou elípticas, de contornos lineares ou rugosos e de dimensões muito variáveis. Stuhl e Camendron afirmam que a forma das placas calcáreas depende essencialmente do local onde elas se formam, da evolução do processo de calcificação e da incidência sob a qual forem examinadas. As manchas uniformes apresentam menor grau de opacidade aos raios X, dão origem a sombras de pequena intensidade, de contornos mal definidos e de dimensões extremamente variáveis. Estas manchas podem ser únicas ou múltiplas, isoladas ou confluentes, sem que seja possível de-

terminar com rigor os limites próprios; raras vezes são arborizadas ou ramificadas.

Devemos frisar que é sempre necessária uma rigorosa observação radiológica sobre várias incidências, pois muitas destas produções pleurais, em virtude da sua localização, podem passar despercebidas nos exames radiológicos feitos com as incidências habituais.

A evolução clínica, o aspecto radiológico e os meios de laboratório tornam fácil o diagnóstico diferencial entre estas produções calcáreas e as neoplasias malignas do pulmão. Já o mesmo não sucede, por vezes, no diagnóstico diferencial com certos tumores benignos ou formações quísticas calcificadas. É de grande utilidade, nestas circunstâncias, a obtenção de boas chapas estereográficas.

A diversidade de opiniões na gênese destas formações calcáreas da pleura deve, muito possivelmente, ter a sua origem na diversidade dos casos observados. Os autores alemães, cuja bibliografia é a mais extensa e completa a dentro desta entidade clínica, frisam bem a heterogeneidade da colheita do material de estudo: serviços hospitalares, sanatórios de doenças pulmonares, juntas de inspecção de acidentes de trabalho, de feridos da guerra, etc. Assim se originam directrizes várias, através das quais as conclusões finais apresentam tanta disparidade e discordância que se torna difícil ajuizar quem tem razão.

Em geral, as placas de calcificação não ocasionam perturbações de ordem vital e são bem suportadas. O prognóstico depende essencialmente da concomitância de lesões pulmonares, ou de insuficiência ventricular direita, secundária à sínfise total, como foi verificado por Rudaux e Vergely.

A coexistência de uma pleurisia purulenta fistulizada implica, a maior parte das vezes, a necessidade da exérese total ou parcial da placa de calcificação. Os autores que a têm praticado, como Mastro Simone, Tuffier, Sweet, etc., não deixam, contudo, de assinalar que, ao lado de casos com bons resultados imediatos, outros há em que se torna necessária nova intervenção sobre o foco supurativo ou mesmo a prática de uma toracoplastia, para obstar à manutenção da antiga fistula.

## OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I. — A. S. F., de 45 anos de idade, natural de Capinha e residente em Lisboa há 25 anos. Sofre de bronquite desde a idade de 20 anos, época em que teve uma doença prolongada, caracterizada por grande astenia e anorexia, sem contudo haver febre ou pontada. Vem à consulta por se sentir fraco. Doente aparentando a idade que diz ter; pêso, 63 quilos, e 1<sup>m</sup>,70 de altura. Bom aspecto geral. Pulso rítmico a 80. Midriase à esquerda. Reflexos normais. Retracção do hemitórax esquerdo, com acentuação das fossas supra e subclaviculares. Escoliose vertebral de concavidade direita. Perímetro mamilar, 88-91 cm. Amplitude torácica, 3 cm. Altura torácica, 33 cm. Diâmetro supra-esternal, 15 cm. Hipomobilidade respiratória do hemitórax esquerdo, submacicez a tôda a altura do hemitórax esquerdo, no dorso e região axilar, com diminuição das vibrações vocais e do murmúrio respiratório. Alguns ronos e sibilos nos dois campos pulmonares.

Tons cardíacos normais. Tensão máxima; 14. Mínima, 8. Índice oscilométrico, 2. (Pachon). Pesquisa de bacilos de Koch na expectoração, negativa. Redacção de Wassermann, negativa (— — — —).

Radiografias do tórax: De frente (fig. 2). Retracção do hemitórax esquerdo, com diminuição dos espaços intercostais, e desvio da sombra da traqueia para a esquerda. Cúpula diafragmática esquerda elevada e mais alta que a do lado direito, repuxada de encontro à grelha costal, com apagamento do seio costo-diafragmático. Na metade externa do campo pulmonar esquerdo vê-se uma sombra de densidade irregular, de forma alongada, que se estende desde a segunda costela até às bases pulmonares, com estrutura trabecular e com o aspecto que é comum designar-se por «osso de chôco».

De perfil (fig. 3). Sombra de densidade desigual, estendendo-se desde a parte póstero-superior do campo pulmonar até à porção média do seu limite inferior, com forma de *raquette*, e mesmas características acima descritas. Estende-se, pois, desde a parte póstero-superior do tórax em direcção oblíqua para fora e para baixo, ocupando depois tôda a região axilar.

Em oblíqua esquerda anterior (fig. 4). Mesmo aspecto e mesma localização, mas de forma elíptica.

OBSERVAÇÃO II. — A. C., de 48 anos de idade, fazendeiro no Alentejo, vem à consulta enviado por um colega. Tem tido hemoptises freqüentes, febre e emmagrecimento. Altura, 1<sup>m</sup>,85. Pêso, 68 quilos. Pulso, 100. Tórax oblíquo ovalar, com enorme retracção do hemitórax direito, secundário a uma pleurisia com derrame sero-fibrinoso, há muitos anos, mas que não sabe ao certo, supondo ter sido em redor dos 18 anos de idade. Esteve em tratamento em Lisboa, tendo-lhe sido feitas duas toracenteses. Passados cêrca de dois meses após estar restabelecido da pleurisia, teve uma vômica, que o clínico que o tratou lhe disse ter sido proveniente da pleura. Diz ser de côr esverdeada (pus?). Recorda-se de que se queixou ainda durante cêrca de dois anos de dores e forte oppressão no peito, do lado deformado. Desde essa data tem notado que o hemitórax direito vem diminuindo-se e achatando-se progressivamente, quasi não mexendo com os movimentos respiratórios. Obs.

Imobilidade quasi completa do hemitórax direito, com submaciçes franca, diminuição acentuada das vibrações e do murmúrio respiratório. Finos ferroses subcrepitantes da metade superior do campo pulmonar direito. Análise de expectoração. Pesquisa de bacilos de Koch, negativa.

Radiografias do tórax: De frente (fig. 5). Acentuada retracção de todo o hemitórax direito, com grande diminuição dos espaços intercostais, e desaparecimento do seio costo-diafragmático por elevação da cúpula diafragmática. Acentuada diminuição da permeabilidade pulmonar em todo o hemitórax direito, desenhando-se uma sombra de contornos irregulares e forma elíptica, com zonas de desigual intensidade, que se estende a meio do campo pulmonar, desde a extremidade posterior da quarta costela até ao seio costo-diafragmático.

De perfil (fig. 6). Imagem ocupando a face posterior e região axilar do hemitórax direito, com as características acima descritas

## BIBLIOGRAFIA

- A. J. PAVLOSKY, A. A. CETRANGOLO e H. A. PASSALACQUA. — *Bol. Y. Trab. de la Soc. de Chir. de Buenos-Aires*. Tõmo XVI. N.º 2. 1932.
- BOCHALLI. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. 75. 1930.
- BELOT et PENTEIL. — *Journ. de radiol. et d'electr.* Pág. 529. 1930.
- CHARLES A. WATERS, IRA I. KAPLAN. — *Year book of Radiology*. 1933.
- CAMENTRON. — *Journ. de radiol. et d'electr.* N.º 15. 1931.
- CH. GANDY, P. BAIZE. — *Presse Médicale*. N.º 52. 1930.
- COURMONT et TEXIER. — *Lyon Médicale* 1904.
- EVERSBUSCH. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. 74. 1930.
- F. H. YOUNG. — *The Lancet*. 12 Dec. 1925.
- GERALDINO BRITES. — *Folia Anatom. Univ. Conimbrigensis*. Vol. VI. 1931.
- G. APITZ, G. FKISCHLIER. — *Zeitsc. f. Tuberk.* Bd. 60. 1931.
- G. GANDY, E. CONDER. — *Paris Médicale*. N.º 2. 1931.
- G. KJERP. — *Acta Radiol.* XIII. 1932.
- G. LUDERS. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. 74. 1930.
- G. M. VELARDE. — *Revista Españ. de Tuberc.* N.º 7. Tõmo V. 1934.
- G. STEINMEYER. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. 77. 1931.
- G. T. GARREL. — *The American Rev. of Tuberk.* Sept. 1928.
- H. NAUMANN. — *Munch. med. Wochns.* N.º 77. 1930.
- I. ODESSKY, Y. KLIONER. — *Zeitsc. f. Tuberk.* Bd. 65. 1932.
- J. SOLDER JULIÁ. — *Rev. d. Cir. de Barcelona*. 23. 1932.
- M. J. GOLDSTEIN. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. 78. 1931.
- NORBERTO G. DE VEGA, L. M. RIERA. — *Rev. Esp. de Tuberc.* N.º 2. 1934.
- PIES. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* 75. 1930.
- P. BOQUET. — *Thèse de Paris*. 1931.
- P. LAMARQUE et BÉTOUILLIÈRES. — *Paris Médicale*. 1931.
- PRUVOST, LEPENNETIER e MAYER. — *Arch. méd. chir. de l'app. resp.* Tõmo VI. 1934.

- PRUVOST, BÉCLÈRE (H.) et HENRION. — *Arch. méd. chir. de l'app. resp.* N.º 1-2. 1933.
- P. LAMARQUE et BÉTOULLIÈRES. — *Soc. des Scien. Méd. et Biol. de Montp.* Fasc. IV. 1931.
- R. BAUMEISTER. — *Zeitsc. f. Tuberk.* 65. 1932.
- SCHINZ. — *Rontgendiagnostico.* Barcelona. 1933.
- S. J. THANNHAUSER. — *Trat. de Metab. y Enferm. de Nutrición.* Barcelona. 1933.
- SCLOPSNIES. — *Med. Klin. Wochensc.* 11. 1931.
- T. BEHRENDT. — *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* 76. 1930.
- TUFFIER, JARDY et CY. — *Rev. de Chir.* 1907.
- VÁJNA. — *Zeitsc. f. Tuberk.* 3. 1932.

## Revista dos Jornais de Medicina

O problema da hemorragia extradural. (*The problem of extradural haemorrhage*), por CECIL WAKELEY e T. KEITH LYLE. — *Annals of Surgery*. Vol. C. N.º 1. Julho de 1934.

Os autores põem em relêvo a importância do estudo dos traumatismos cranianos, dado o aumento de sua frequência nos últimos anos, principalmente motivado pelos acidentes de viação.

A hemorragia extradural, por ruptura da meníngea média, era considerada pouco frequente; hoje encontram-se numerosos casos em todos os serviços de urgência. Os autores apresentam catorze casos minuciosamente estudados.

Dos factos apresentados e ponderados pelos AA., tiram as seguintes conclusões principais:

Necessidade de cuidado estudo neurológico em todos os casos de traumatismo da cabeça.

Todos os casos de traumatismo craniano devem ser hospitalizados para observação, pois nunca uma única observação em seguida ao traumatismo pode pôr de parte a hipótese de hemorragia extradural, como exemplifica o caso XIII dos AA., no qual só no dia seguinte de manhã apareceram os primeiros sintomas, embora se tratasse de uma enorme hemorragia extradural.

Muitas vezes é difícil de determinar o lado da hemorragia, e nalguns casos raros (caso III dos AA.) a hemorragia é bilateral.

Só o exame neurológico cuidado o pode determinar, sendo mesmo assim inevitável o êrro em alguns casos.

Os AA. indicam como sinais de localização a considerar os seguintes:

- a) Lesão localizada do crânio, como por exemplo um hematoma.
- b) Exame das pupilas: em regra quando o estado do doente põe a indicação operatória, a pupila do lado da hemorragia está dilatada e fixa, a do contralateral pequena e activa.
- c) Hemiparesia contralateral com reflexo plantar em extensão e abdominais abolidos.
- d) Ataques Jacksonianos contralaterais.
- e) Quando do lado esquerdo (nos indivíduos direitos) várias formas de afasia ou apraxia.

Os AA., terminando, fazem notar a ausência de complicações post-traumáticas nos seus casos trepanados, finalizando o seu trabalho por uma interrogação: ¿dever-se-á praticar mais trepanações em casos de traumatismo craniano?

ALMEIDA LIMA.

**Alcoolização do gânglio de Gasser para tratamento das nevralgias do trigémio.** (*Alcohol Injections of the Gasserian ganglion por trigeminal neuralgia*), por I. M. IRGER. — *Annals of Surgery*. Vol. C. N.º 1. Julho de 1934.

O A propõe uma nova técnica para o tratamento da nevralgia do trigémio por injeção de álcool no gânglio de Gasser.

O processo difere apenas na via de acesso ao gânglio. Esta via de acesso tem a vantagem, segundo afirma o autor, de trazer muito menos riscos de ferir vasos e nervos importantes, nomeadamente do seio cavernoso e dos nervos que o atravessam ou caminham nas suas paredes.

A descrição do modo de atingir o gânglio de Gasser, pela técnica do A, exige detalhes anatómicos e descrições gráficas que se encontram neste artigo, mas impossíveis de resumir.

ALMEIDA LIMA.

**Influência dos relevos ósseos das fossas cranianas, na via de acesso a sela turca, quando das intervenções cirúrgicas por neoplasia da hipófise.** (*Influence of elevations of the bords cranis interna upon operative approach to the sella turcica*), por B. FUCHS. — *Annals of Surgery*. Vol. C. N.º 1. Julho de 1934.

Os relevos ósseos da fossa craniana anterior e do rebordo da asa do esferóide tornam, por vezes, o acesso operatório da hipófise difícil e insuficiente.

O A. apresenta um estudo radiográfico de numerosos crânios, mostrando as principais variações destes relevos ósseos, e ensinando como, pela observação pré-operatória das radiografias da cabeça, se pode ajuizar da intensidade dos obstáculos ósseos que a cirurgia vai encontrar na intervenção.

Perante um caso em que se observam grandes relevos ósseos da fossa craniana anterior ou do rebordo esfenoidal, deve-se variar a via de acesso de modo a obter uma melhor exposição.

ALMEIDA LIMA.

**Patogenia da hipotensão arterial na raquianestesia,** por C. ANGELERCO e G. BUZOIANN. — *Lyon Chirurgical*. Tòmo XXXI. N.º 4. Julho-Agosto de 1934.

Depois de acentuarem ser a hipotensão arterial consecutiva a raquianestesia o factor que leva ainda muitos cirurgiões a não a empregarem mais largamente, muito principalmente nos hipotensos, expõem a sua opinião pessoal e os mecanismos neuro-vegetativos da hipotensão, chegando às conclusões seguintes:

O síndrome hipotensivo raquianestésico depende, no estado actual das possibilidades químicas da raquianestesia, da própria substância anestésica, cuja acção medular se pode resumir nos três fenómenos seguintes: 1) anestesia rádico-medular; 2) paralisia motora; 3) paralisia dos centros medulares



# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

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

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

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

Ver folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniido.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

**CREOSO - PHOSPHATADA**

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



# SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico  
Eupeptico e Reconstituente.**

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

**GRIPPE**      PARIS (8<sup>e</sup>)      **RACHITISMO**

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

# Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroides* em proporções judiciosas,  
de *Hamamelis*, de *Gastanha da Índia* et de *Citrato de Soda*.

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

## Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

# LASA



## GLEFINA

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

Preparado com

Extrato de Óleo de Fígado de Bacalhau,  
Hipoposfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-  
TORNOS DIGESTIVOS**

**SABOR AGRADÁVEL**



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

**Laboratorios Andrómaco**

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

# FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL

sob a forma concentrada dos princípios medicamentosos mais eficazes

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação nucleínica, hexose-hexaphosphórica e monomethylarsínica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES

ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO

ASTHENIA CRÓNICA DOS ADULTOS

PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO

FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

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

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome PARIS 8<sup>e</sup>

vago-simpáticos (hipoanfotonia de predominância simpática) produzindo paralisia vascular (hipotensão) e paralisia glandular.

O fim que se deve ter em vista para o progresso da raquianestesia é encontrar uma substância que, injectada por via intrarraquidiana, possua os dois primeiros efeitos indicados — anestesia e amotricidade —, mas sem os efeitos de paralisia dos centros vegetativos medulares (hipoanfotonia). Até hoje apenas se tem conseguido obviar a êste inconveniente contrabalançando o *deficit* do tónus centro-vegetativo com substâncias quimicas de efeito antagonico à da substância paralisante.

A efedrina e a efetonina são os produtos que melhor se prestam ao efeito desejado, pois actuando sob o sistema vegetativo têm uma acção vascular oposta aos efeitos da raquianestesia.

Tôdas as outras substâncias utilizadas para combater a hipotensão na raquianestesia têm uma acção indirecta sob a elevação da tensão vascular, pois não actuam electiva e primordialmente sob o sistema vegetativo.

ALMEIDA LIMA.

**O problema da etiologia sifilitica da diabetes infantil.** (*Le problème de l'étiologie syphilitique du diabète infantile*), por VLADIMIR MIKULOWSKI (Varsóvia). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. IX. N.º 6. Págs. 767-782. 1933.

A sifilis congénita pode provocar a diabetes. Emquanto, há três anos, no material diabético do Hospital Carlos e Maria, de Varsóvia, se verificava, em 43% dos casos, a existência da sifilis congénita nas crianças com diabetes, quer nos seus antecedentes, quer clinicamente, quer ainda serologicamente, no decorrer dos anos seguintes a frequência da sifilis nas crianças diabéticas subiu a 71,4%.

O exame da curva da quantidade de açúcar no sangue de 80 crianças com sifilis congénita revelou uma tendência manifesta para a hiperglicemia patológica. A análise crítica da literatura respeitante à diabetes infantil leva à conclusão de que o papel da etiologia sifilitica ou apenas da coexistência da sifilis, não pôde ser excluído pelos vários autores, com suficientes provas em seu apoio. O desejo de ter uma opinião pessoal sob êste ponto de vista nas crianças diabéticas, deveria exigir dos pediatras o emprêgo dos critérios anamnésticos, biológicos e clínicos mais precisos.

Independentemente da necessidade desta precisão na procura ou na eliminação da constituição sifilitica, o estudo da clinica da diabetes dá-nos a conhecer a existência duma série de analogias comuns a ambas as entidades patológicas.

Na diabetes infantil, a existência de deformidades e de anomalias congénitas é um sinal frequente e característico. A própria diabetes é, na sua essência, uma forma de anomalia em relação aos ilheus de Langerhans, de menor valor. Nas crianças sifiliticas encontra-se igualmente uma grande frequência de deformidades e de anomalias congénitas. A clinica ensina-nos que o factor etiológico principal de tôdas as anomalias é a sifilis.

Uma analogia semelhante apresenta-se nas neuropatias e nos estados convulsivos característicos em crianças sífilíticas e em crianças diabéticas.

A afinidade neurotrópa do agente da sífilis leva por fim aos síndromas diabéticos conhecidos de há muito e tendo um fundo de doenças sífilíticas do sistema nervoso. A anatomia e a fisiologia da diabetes deixam conhecer a existência de lesões sífilíticas do pâncreas ou do fígado. Existem igualmente provas do tratamento etiológico específico na diabetes sífilítica, no entanto pouco convincentes em virtude do carácter escleroso das lesões, tipo anatómico habitualmente incurável e em razão do papel mais importante que cabe à insulina no tratamento sintomático da diabetes, sobretudo na criança.

---

MENESES.

**A coreia e o reumatismo.** (*La chorée et le rhumatisme*), por NILS FAXEN (Gotembourg-Suécia). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tòmo IX. N.º 6. Págs. 809-817. 1933.

Numa série formada por 117 casos de coreia (84 raparigas e 33 rapazes) a doença iniciou-se, na maior parte das vezes (em 91 casos), numa idade compreendida entre os 7 e os 13 anos de idade, e foram verificadas relações certas com uma doença reumatisal em 70 casos (60%).

Os casos em que se não pôde demonstrar uma relação com o reumatismo tiveram a mesma evolução que os outros. As emoções psíquicas e as infecções raramente têm importância como factores determinantes da doença. A maior parte dos casos de coreia (82 em 132) sobrevieram durante a estação fria.

A reacção de sedimentação é normal na coreia não complicada e intensifica-se em geral nos casos de infecção e de endocardite, mas algumas vezes, apesar das complicações, mantém-se normal.

É este o resumo das conclusões a que chegou o A.

---

MENESES.

**As técnicas endoscópicas no diagnóstico e tratamento do «croup» e da difteria traqueobrônquica.** (*Les techniques endoscopiques dans le diagnostic et le traitement du croup et de la diphtérie trachéo-bronchique*), por A. LEMARIEY e L. HAMON (Paris). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tòmo IX. N.º 6. Págs. 693-717. 1933.

Dêste longo trabalho, que poderá parecer, ao médico, demasiadamente especializado, e ao laringologista demasiado médico, tiram os AA., antes de mais nada, uma conclusão de ordem geral: tanto os pediatras como os laringologistas devem fazer o possível por se não ignorarem uns aos outros num domínio que lhes é comum e no qual existem casos duma urgência especial que impõem a necessidade duma colaboração íntima e cotidiana.

Sob o ponto de vista prático, os AA. entendem que a laringoscopia directa é um maravilhoso método de diagnóstico, preciso e instantâneo, em

tôdas as dispneias da infância e no *croup* em particular. Constitue a *chave* da laringologia infantil.

O exame laringoscópico permite isolar diversas formas anátomo-clínicas da difteria das vias aéreas envolvendo um prognóstico extremamente variado.

O tratamento endoscópico baseado na libertação da laringe pela aspiração das falsas membranas que a obstruem, restabelece a permeabilidade laríngea e, suprimindo o risco vital da asfixia, dá ao sôro tempo de actuar.

A aspiração das falsas membranas faz-se por meio de cânulas apropriadas, sob o *contrôle* da vista, estando a laringe descoberta por laringoscopia directa, sem anestesia alguma.

A aspiração pode substituir a entubação em todos os casos de *croup* e não comporta os riscos e acidentes clássicos inerentes à entubação. É o único tratamento racional da difteria traqueobrônquica, das formas úlcero-edematosas da difteria laríngea, do *croup* complicado de bronco-pneumonia e do *croup* do lactante.

MENESES.

A evolução citológica do liquido céfalo-raquidiano na meningite de meningococos tratada pelo sôro. (*L'évolution cytologique du L. C. R. dans la méningite à meningocoques traitée au sérum*), por B. TASSOVATZ (Estrasburgo). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. X. N.º 2. Págs. 121-158. 1934.

Do estudo do A. tiram-se um certo número de conclusões práticas: o sôro, no que respeita às suas propriedades não específicas, não tem inconveniente no tratamento das meningites benignas, mas, nos casos tratados tardiamente e em todos os casos graves, a primeira injeção produz uma irritação meníngea importante. Por esta razão, seria útil não injectar, no início do tratamento, fortes doses, e, sendo possível, diluir o sôro em sôro fisiológico.

É possível servirmo-nos da citologia do liquido céfalo-raquidiano para orientar a soroterapia. Conhecendo bem tôdas as reacções citológicas e tendo em conta a gravidade dos sintomas ou a duração da infecção, é possível classificar todos os casos de meningite em cinco grupos, dos quais os três primeiros representam as meningites curáveis e os dois últimos as meningites não curáveis.

MENESES.

Ensaio de tratamento biológico das complicações do encéfalo no curso das doenças infecciosas. (*Essai de traitement biologique des atteintes de l'encéphale au cours des maladies infectieuses*), por KADRI RACHID (Stamboul-Turquia). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tôm. XXXVII. N.º 9. Págs. 535-538. Setembro de 1934.

O A. apresenta as histórias clínicas de 4 casos de encefalite toxi-infecciosa provocada pela febre tifóide e pelo sarampo, que foram integralmente curados pela injeção intramuscular de sangue de indivíduos imunizados

contra estas infecções; deve fazer-se notar que o início da cura não se fez esperar longamente, tendo sempre começado a regressão da encefalite logo ao 2.º ou 4.º dia do tratamento. O mesmo sucedeu a 1 caso em que a hemoterapia só interveio ao 25.º dia-a partir do início da encefalite.

Este facto mostra que as lesões do encéfalo, neste género de complicação, têm necessidade dum espaço de tempo muito mais longo para se tornarem definitivas.

¿Deve-se invocar o efeito da proteínoterapia? Diante dos resultados quasi sempre vagos e incertos que esta terapêutica dá, o A. entende dever ficar fiel à idea do efeito específico do sangue de imunizados, em face da cura integral e sem seqüela, com que terminaram os seus casos. Tanto mais que em 2 outros casos de encefalite, uma epidémica e outra de origem indeterminada, o A. tentou o tratamento com sangue de adulto normal sem que a evolução da doença se tivesse modificado.

O A. deseja agora que estas experiências, que não dão possibilidade de acidente ou de contra-indicação, se multipliquem e se verifiquem cuidadosamente, a-fim-de se poder generalizar o seu emprêgo.

MENESES.

**Sobre as localizações raras da difteria.** (*Sur les localisations rares de la diphthérie*), por P. EIVINE e N. SCHENBAUM (Kiew). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXVII. N.º 6. Págs. 337-344. Junho de 1934.

Durante uma epidemia que grassou entre Julho e Outubro de 1933 os AA. observaram 91 casos de difteria, cuja localização se distribuiu do seguinte modo: difteria da pele (25 casos), dos olhos (14 casos), dos ouvidos (3 casos), do nariz (34 casos), da faringe (3 casos), da mucosa bucal (2 casos), da vagina (10 casos).

A difteria da pele (27,5%) pode apresentar alterações típicas; pode, por outro lado, ter uma evolução absolutamente atípica e aparecer sob a forma de eczema intertriginoso ou impetiginoso, de vesículas variceliformes, de abcessos e de panarícios de localizações as mais variadas.

O curso atípico e latente da difteria da pele em crianças em perfeito estado geral sob o ponto de vista clínico, torna-as portadoras de bacilos; esta localização relativamente rara da difteria ganha, por isso, um grande significado epidemiológico e apresenta um perigo considerável para a propagação da infecção, sobretudo nos agrupamentos infantis.

A difteria só ataca a pele com lesões. Os AA. nunca a viram aparecer na pele intacta. Pode ser primária e isolada ou combinar-se com a difteria de outros órgãos.

A difteria dos olhos, nos doentes dos AA., atingiu quasi sempre os dois olhos. Acontece que, a-pesar do quadro clínico indiscutível da difteria do olho e o efeito positivo da soroterapia específica, o diagnóstico bacteriológico da difteria é impossível. A otite diftérica pode simular uma otite purulenta vulgar.

Em quasi todos os casos de difteria cutânea se obtém um bom efeito terapêutico com a aplicação de doses moderadas de sôro (8.000 a 10.000 uni-

# Pulmác

*Seiscas-Palma*

**O PULMÁC,**

*enceria alem de calcários,  
carbonatos naturais e sili-  
catos, o succo pulmonar que  
é hemostatico e reconsti-  
tuinte.*



**TUBERCULOSE  
EM GERAL**



*Doenças  
do aparelho  
respiratorio:*

*Raquitismo.*

*Gravidês. Remineralisação.*

*Osteomalacia. Amamentação.*

# PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

**QUIMICA**—O PULMAC é uma calcina natural (cascas d'ovos), associada a silicatos, fosfatos e extractos organo terapicos do pulmão e baço.

**FARMACOLOGIA**—Para uma recalificação se dar é indispensavel: 1.º uma formula calcaria apta á reabsorção; 2.º, existirem as condições de assimilação do organismo. Ambas realiza o PULMAC porque a formula calcaria á de **reconstituição animal**, e os seus componentes organoterapicos estimulam a defeza organica e a assimilação do calcio pelos órgãos.

**APLICAÇÕES CLINICAS**—Tuberculose em geral, doenças do aparelho respiratorio, raquitismo, remineralisação, amamentação. (Para a falta de leite aconselhamos o nosse Lactogeno.)

**MODO D'APLICAÇÃO**—5 a 10 comprimidos durante o dia engulidos com agua antes das refeições, creanças 3 a 5 comprimidos ao dia.

**EFEITOS**—Aumento do apetite e das forças, diminuição da tosse, aumento de peso, melhoria geral.

**VANTAGENS DO PULMAC**—O seu diminuto preço. E não exigir dieta.

**PROVAS DA SUA EFICACIA**—Ter merecido o plagiato do estrangeiro.

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA

Rua da Prata, 237, 1.º—Lisboa



dades), enquanto que a difteria ocular, sobretudo as formas graves, não cede muitas vezes senão a injeções repetidas de doses consideráveis, 80.000 a 100.000 unidades.

MENESES.

**Contribuição para o estudo das periviscerites digestivas.** (*Contribución al estudio de las periviscerites digestivas*), por M. GÓMEZ-DURAND (Madrid). — *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. N.º 658. Pág. 29-34. Ref. Prat. 1934.

O A. faz várias considerações de ordem geral sobre as periviscerites digestivas, referindo-se em especial aos aspectos patogénico, sintomático e terapêutico. Apresenta um resumo clínico de vários casos em que houve intervenção cirúrgica, durante a qual pôde verificar o processo perivisceral.

Em qualquer das partes do abdómen podem existir aderências do tipo periviscerite, sem que elas se manifestem por qualquer sinal clínico ou radiográfico. Perfeitamente toleradas, não actuam sobre o funcionamento das vísceras e só são descobertas nas intervenções cirúrgicas ou nas autópsias.

A sintomatologia clínica é muito proteiforme, podendo levar ao diagnóstico, mas não a assegurá-lo. Nenhum sinal de certeza traduz a lesão do peritónio e os processos que o afectam exteriorizam-se apenas pelas reacções dos órgãos subjacentes, e daí derivam as enormes dificuldades habituais para diferenciar o que corresponde à enfermidade visceral e o que depende da serosa.

O que pode fazer suspeitar a periviscerite é a agrupação cronológica dos sintomas, a sua variabilidade e separação dos quadros nosológicos clássicos e o predomínio manifesto ao nível de regiões anatómicamente complexas, como os quadrantes direitos, encruzilhada hepática e ângulo ileo-cecal. O conjunto evolutivo e somático integrado pelas modificações do trânsito digestivo, as dores e as deformidades, juntamente com a exploração radiográfica cuidadosa, são o que pode orientar o clínico no diagnóstico das periviscerites.

O A. põe em relêvo a complexidade patogénica das periviscerites: há, sem dúvida, um factor constitucional ligado à função do mesenquima. Um estado alérgico peritonial que reage de modo exagerado aos insultos mecânicos, químicos ou infecciosos. As infecções, em particular a tuberculose, a sífilis e os estados inflamatórios viscerais propagados ao peritónio, juntamente com os traumatismos acidentais ou operatórios, são as causas mais comuns. A melhor profilaxia da periviscerite está numa técnica operatória irrepreensível sob o duplo ponto de vista da assepsia e das manobras viscerais.

A terapêutica é desanimadora. Os resultados são quasi nulos com os medicamentos vasodilatadores, como o éter benzilcinâmico (éter benzilcinâmico a 4 0/0, a que se junta um centígrama de tiosinamina por cc., fazendo-se séries de doze injeções intramusculares, com quinze dias de intervalo, durante cinco meses). O mesmo sucede com aqueles que se supõe que exerçam uma acção lística ou ergotropa, como a pepsina e proteínas.

De maior valor é a fisioterapia, especialmente a helioterapia e a diatermia, agentes estes dos mais activos com que se conta para actuar sôbre as periviscerites. Estes resultados só se conseguem, porém, com uma tenacidade da parte do médico e uma paciência da parte do doente verdadeiramente esgotantes. É preciso actuar por séries de muitas sessões, separadas por intervalos de descanso em que podem intercalar-se raios infra-vermelhos.

Com esta tática, associando o cálcio e proteínoterapia, o A. obteve um êxito particularmente interessante num caso em que fracassara tôda a restante terapêutica e no qual pôde fazer desaparecer um enorme *plastron* de periviscerite infra-hepática.

A intervenção cirúrgica deve ser reservada para os casos extremos, tendo sempre em conta que tôda a manobra peritonial tem o perigo de reproduzir e de agravar as aderências.

---

MENESES.

**Abcesso do psoas por espondilite tuberculosa que provoca uma coxite.** (*Psoas abscesses from tuberculous spondylitis as the cause of coxitis*), por ARVID HELLSTADIUS (Varbery, Suécia). — *Acta Orthopædica Scandinavica*. Vol. V. Fasc. 2. Págs. 139-147.

O A. cita o pequeno número de casos publicados em que se verificou, por via anatómica, uma infecção tuberculosa da articulação da anca, causada por um abcesso do psoas. Descreve um caso em que a autópsia fêz ver uma passagem aberta entre um abcesso do psoas e a articulação da anca. Com tôda a probabilidade o abcesso do psoas teria perfurado por uma bôlsa ileo-pectínea comunicando com a articulação da anca.

Numa série de 561 casos de mal de Pott lombar e de 390 coxalgias, 7 destas produziram-se em seguida a um abcesso situado no psoas do mesmo lado do corpo. Num caso, o mal de Pott estava curado no momento da aparição da coxalgia; em outros casos, o mal de Pott estava no período de plena evolução.

Num dêstes casos o A. indica que a luxação repentina da cabeça do fêmur, durante o primeiro período da coxalgia, poderia ter produzido a perfuração dum abcesso do psoas para a articulação da anca, luxação favorecida pela destruição parcial dos ligamentos e da cápsula.

---

MENESES.

**Parálisia obstétrica do pesçoço.** (*Paralísia obstétrica del cuello*), por J. P. GARRAH N e G. F. THOMAZ (Buenos-Aires). — *Archivos Argentinos de Pediatría*. Tômoo IV. N.º 11. Pág. 811-814. 1933.

Recêm-nascido observado na Maternidade. Primípara de 37 anos de idade, bacia apertada, parto laborioso, de 33 horas. Apresentação de face. Pêso, 2.860 grs. Ao fim de 4 dias, perturbações respiratórias e pesçoço anormal, hemorragias da conjuntiva, cabeça em extensão, parte anterior do pesçoço um pouco saliente, retracção do maxilar inferior, músculos esterno-cleido-mastoideos flácidos, músculos posteriores contraídos. Se se levantava a

criança, a cabeça pendia bruscamente para trás, em extensão exagerada; a laringe e a parte superior da traqueia ficavam proeminentes. Mudava-se de posição, a cabeça continuava estendida. Fontanela normal. Chôro e mamas fisiológicos. Em repouso, a criança tinha a cabeça em extensão forçada, com crises de cianose. Estas perturbações respiratórias desapareceram alguns dias mais tarde; a paralisia do pescoço levou mais tempo a desaparecer; melhora ligeira doze dias depois, quando a mãe teve alta da Maternidade. Aos 17 dias pôde verificar-se uma melhor tonicidade dos músculos anteriores do pescoço.

Na idade de 1 mês a criança estava curada. Ao fim de três meses a cura mantinha-se. Este género de paralisia obstétrica, acompanhando a apresentação de face, não figura nos tratados clássicos de obstetrícia. A extensão forçada da cabeça seria devida à paralisia dos músculos anteriores do pescoço, não fazendo obstáculo à acção dos antagonistas.

MENESES.

---

**A estenose mitral e a tuberculose. Problemas etiológicos e clínicos.**  
(*Estenosis mitral y tuberculosis. Problemas etiológicos y problemas clínicos*), por V. LAMBEA. — *La Medicina Ibero*. Tômoo XXIX. Vol. II. 1934.

O A. passa em revista a opinião de vários patologistas sobre a suposta resistência dos doentes portadores de cardiopatias valvulares à tuberculose pulmonar, não estando convencido dessa acção protectora sobre as lesões bacilosas do pulmão.

Em seguida critica as várias relações que têm sido apontadas entre o factor tuberculoso e certos casos de estenose mitral, afirmando que na sua prática clínica a afecção valvular que mais freqüentemente atinge os tuberculosos é de facto o apêrto mitral.

O A. recorda o tipo de estenose mitral pura, estudado pelos antigos radiologistas da escola francesa, que aparece em doentes com infecção tuberculosa, tanto nos antecedentes pessoais como hereditários, apresentando estigmas de inferioridade constitucional, realizando o tipo asténico, leptosómico. Na opinião do A., estes doentes, que sofreram a influência degenerativa, são falsamente apontados como casos de nanismo mitral, interpretação que considera errada, pois não admite as perturbações gerais de desenvolvimento como consequência de cardiopatia valvular, vendo o problema em sentido diametralmente inverso.

De facto o próprio Stiller, apoiado por Strauss, aponta a freqüência de estenose mitral pura nos asténicos e, por consequência, como um elemento do complexo distrófico constitucional, opinião contra a qual se insurgem patologistas da autoridade de Romberg e Hampeln, que consideram êsse tipo de estenose mitral provocada por um processo de endocardite post-fetal, que evoluciona de forma insidiosa, com sintomatologia muito exigua, não repugnando ao seu espírito a intervenção da infecção bacilosa, na etiologia dessa endocardite.

O A., baseando-se em casos da sua observação clínica, afirma «que, na sua opinião, o factor baciloso intervém duma maneira franca na etiologia

dêsse tipo clínico de estenose mitral, qualquer que seja o mecanismo pelo qual actue». Neste trabalho são encarados alguns aspectos do diagnóstico diferencial entre o apêrto mitral e a bacilose pulmonar.

---

BARREIROS SANTOS.

**Algumas das aplicações extra-diabéticas da insulina.** (*Alguna de las aplicaciones extradiabéticas de la insulina*), por J. M. AREVALO. — *La Medicina Ibero*. Tômoo XXIX. Vol. II. 1934.

Neste trabalho é feito o relato dum caso curioso de hipertiroidismo, no qual se enxertou uma insuficiência mitral, consecutiva a uma endocardite séptica, que teve por ponto de partida um foco de infecção dentária.

Quando o A. injectou, nesse doente, pequenas doses de insulina, com a única finalidade de lhe melhorar o estado geral, verificou uma notável modificação do quadro clínico, sobretudo o abaixamento da temperatura, que voltou a atingir o nível elevado quando foi suspensa, durante alguns dias, a administração da insulina. Retomado o tratamento, diminuiu acentuadamente a taquicardia, e as duas crises de taquicardia paroxística que se manifestaram, foram resolvidas à custa de 10 U. de insulina e sôro glucosado, o que vem confirmar a noção de Kisthinius quando afirma que no hipertiroidismo se dá um aumento de excitabilidade do nódulo sinusal, como consequência do exagerado consumo de glucogénio, para o que concorre em grande parte o músculo cardíaco, que está submetido a um trabalho muito superior ao normal.

Sucintamente exposto o caso clínico, faz em seguida o A. algumas considerações acêrca da dinâmica farmacológica do medicamento, vendo no maior poder de fixação do glucogénio o processo frenador à demolição da molécula hidrocarbonada, combatendo assim os fenómenos hipermetabólicos do síndrome hipertiroideo, concluindo:

a) Que a insulina, no hipertiroidismo, melhora o estado geral, podendo combater a reacção exotérmica, nalguns casos de origem exclusivamente endócrina.

b) Que esta droga é um precioso elemento na terapêutica da taquicardia paroxística.

---

BARREIROS SANTOS.

**O valor opoterápico da transfusão de sangue.** (*Valore opoterapico del sangue transfuso*), por LUIGI BIANCALANA. — *Minerva Medica*. Ano XXV. Vol. II. N.º 32. 1934.

O A. orientou as suas pesquisas no sentido de demonstrar a presença de hormonas, no sangue venoso da circulação geral, estudando para isso o efeito resultante da transfusão de sangue nalgumas doenças endócrinas, e consequentemente em franca divergência com a opinião de vários investigadores, dentre os quais se destaca Bock.

Iniciou os seus trabalhos pela pesquisa da hormona glicoreguladora, para o que injectou 200 cc. de sangue, tendo verificado um leve abaixamento da glicemia nos indivíduos normais, ao contrário do que observou nos diabéticos, em que a baixa da glicemia foi muito acentuada, e, baseado na sua experiência, faz, nos diabéticos que têm de ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, uma transfusão sanguínea como acto preparatório.

Neste trabalho são analisadas criteriosamente as modernas concepções sobre a fisiologia sexual feminina, sobretudo no que respeita à sinergia hipófise-ovário, e os progressos da opoterapia; recorda os numerosos casos em que a perturbação não reside no ovário, mas sim na alteração funcional da hipófise. Influenciado pelos estudos de Aschheim-Zondek, experimentou, nalguns casos de insuficiência endócrina, a transfusão com sangue duma grávida de três meses, tentativa aliás já feita por numerosos autores, sobretudo Maurizio, Esch, e com a qual obteve bons resultados.

Ensaiou também a transfusão de sangue na hemofilia, baseando-se no conceito que considera essa doença como consequência duma perturbação endócrina, hipótese que é, em parte, defendida pelo facto da injeção intramuscular de extracto ovárico modificar profundamente o poder de coagulação no hemofílico, ainda que a sua acção seja infelizmente fugaz.

O A. recorda os trabalhos de Morawitz, Kommerel e Abelin sobre a hormona tiroideia; e, prosseguindo nos seus ensaios, procurou conhecer a acção da transfusão de sangue no hipertiroidismo, tendo verificado a franca melhoria, que se manteve durante dez dias, com diminuição notável da taquicardia e abaixamento do metabolismo basal, que durou cerca de doze dias, para retomar em seguida o nível anterior.

Os resultados obtidos pelo A. são tais que utiliza a transfusão como acto preparatório para a intervenção cirúrgica, admitindo que no sangue existe uma substância anti-tiroideia, com acção protectora, que Hoffmann, Friedrich e outros aceitam, enquanto que Eufinger afirma «que esse poder defensivo é próprio do sangue e está essencialmente ligado às proteínas que contém».

Ensaiou a transfusão num caso de doença de Wimiwarther-Bürger, que actualmente é considerada por alguns como consequência da hiperfunção paratiroideia, que pela hipercalcemia resultante vai provocar o desequilíbrio electrolítico do sangue no sentido simpaticotónico, que por sua vez é responsável pelos fenómenos angioesasmódicos.

O A., seduzido certamente pelos trabalhos de Frey e Krant, sobre a «hormona circulatória», observou melhoria em todo o quadro mórbido, que foi acompanhada dum notável abaixamento da calcemia.

É contudo delicado atribuir o beneficio terapêutico, que foi de facto observado neste caso, à hormona de Frey, podendo bem resultar de qualquer outro factor que possua uma acção reguladora do equilíbrio do ião cálcio no meio sanguíneo.

O A. termina afirmando que «a transfusão de sangue deve ser atribuída uma função opoterápica», e que «nas doenças endócrinas, a maioria das quais são a expressão dum desequilíbrio polihormónico, a terapêutica mais racional é a poliglandular, mas quando os vários componentes se encontrem

no mais completo e perfeito equilíbrio, condição que é plenamente realizada pelo sangue normal».

BARREIROS SANTOS.

**A variação numérica dos eosinófilos nas afecções hepáticas e das vias biliares.** (*Le variazioni numeriche degli eosinofili nelle affezioni del fegato e delle vie biliari*), por R. GABRIELLI e G. ARRIGONI. — *Minerva Medica*. Ano XXV. Vol. II. N.º 32. 1934.

Os AA. passam em revista as inúmeras opiniões sôbre a função dos eosinófilos, desde a concepção de Hauthock-Hardy, que considera essas células sanguíneas como poderosos elementos de defesa, admitindo que as granulações acidófilas elaboram substâncias antitóxicas, até ao conceito de Dawitz, que considera essas granulações como produto de fagocitose que dentro em breve sofrerão uma rápida eliminação.

Verificaram que em cerca de 25-30% das afecções do fígado e das vias biliares se encontra aumento do número de eosinófilos no sangue, estando o grau de eosinofilia ligado à intensidade da lesão anátomo-patológica do parênquima hepático.

Os AA. procuraram experimentalmente estudar as relações existentes, nos doentes de fígado, entre as modificações da glicemia e a variação do número de eosinófilos no sangue, verificando não haver qualquer correlação, e, na sua opinião, tornam a perturbação do metabolismo proteico responsável pelo aumento dos referidos elementos celulares sanguíneos, critério que é defendido pelos trabalhos de Achlecht, Ahl e Schmittenhelm.

Afirmam que a causa da eosinofilia reside na perturbação funcional da célula hepática, que permite a chegada de albuminóides heterogêneos às veias supra-hepáticas, os quais, lançados na grande circulação, vão criar estados de sensibilização orgânica de tipo anafilático que, por sua vez, nos explicam a frequência da urticária e do edema de Quincke nos doentes de fígado.

BARREIROS SANTOS.

**A ausência de efeito nocivo dos brometos no tratamento da epilepsia.** (*The absence of deteriorating effects of bromides in epilepsy*), por H. A. PASKIND. — *The Journal of American Medical Association*. Vol. 103. N.º 2.

O A. insurge-se contra a opinião dos que apontam graves inconvenientes na administração de brometos aos epiléticos, chegando Maguire a afirmar que o uso prolongado do brometo provoca profundas alterações anatómicas nas células do córtex cerebral, que são atingidas por fenómenos de cromatólise, estabelecendo-se em seguida um estado demencial.

O número de autores que descrevem êste inconveniente é elevado, representando a epilepsia, para muitos, uma contra-indicação aos brometos, acusação que o A. refuta, baseado na observação de 54 doentes epiléticos que estiveram submetidos a tratamento pelo brometo mais de um ano. Verificou que somente em 5,5% dos casos se manifestaram perturbações psíquicas

cas, ao contrário dos 94,5% restantes, que não acusavam o mais insignificante sinal de *deficit*, com rendimento eficiente no que respeita a certos trabalhos de responsabilidade de que foram encarregados.

No estudo comparativo com um grupo de 304 epiléticos que tinham sido medicados com brometo, mas sem continuidade, muitas vezes sem uma correcta orientação terapêutica, verificou que era de 6,5% a taxa de doentes que apresentavam perturbações, apontados como efeito nocivo da aplicação do brometo.

Pela análise destes dois valores se aprecia claramente que não é verdadeira a reputação atribuída aos brometos no tratamento da epilepsia.

Na opinião do A., uma das razões que poderão levar a combater o brometo é a dificuldade de dosagem, pois verifica-se que a dose óptima para um doente pode, noutro, produzir efeitos nocivos de bromismo, tendo que entrar-se sempre em conta com a tolerância do doente.

Foi a má interpretação dos vários sintomas de intoxicação que levou muitos a incriminar a droga, sendo suficiente a suspensão ou a baixa da dose administrada para solucionar o problema.

BARREIROS SANTOS.

**O tratamento da ectopia testicular pelo extracto do lóbulo anterior da hipófise.** (*Anterior pituitary — like principle in the treatment of maldescent of the testicle*), por S. COHN. — *The Journal of American Medical Association*. Vol. 103. N.º 2.

Os resultados obtidos pela intervenção cirúrgica e sobretudo a oportunidade de ser executada tem sido assunto de larga discussão.

O A. recorda os trabalhos de Lower, Johnston e Evans, que estudaram a acção estimulante do princípio activo do lóbulo anterior da hipófise sobre a função gonadal, e os de Butcher, Brossius-Achaffer, em que se vê a acção excitante que a referida hormona tem sobre a espermatogénese.

Influenciado pelo resultado destas investigações, ensaiou a hormona do lóbulo anterior da hipófise nalguns casos de ectopia testicular, injectando por via subcutânea 1 cc. de produto titulado a 100 unidades-rato cc., repetindo a administração três vezes por semana, até um total de dez.

Nos casos em que não havia mal formação de que resultasse um obstáculo mecânico, obteve bons resultados.

Quando há um obstáculo, aconselha a intervenção cirúrgica segundo a técnica de Torek, devendo a opoterapia ser administrada como tratamento adjuvante.

BARREIROS SANTOS.

**A formação da personalidade na psicoterapia.** (*Der Aufbau der Persönlichkeit in der Psychotherapie*), por E. KRETSCHMER. — *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* B. 150. H. 5. 16 de Agosto de 1934.\*

Nem sempre é verdade que os síndromas psicopatológicos de origem endógena não sejam acessíveis à psicoterapia, nem que tudo quanto por via

psicogénica se originou seja psicoterapeuticamente tão tratável e curável — muitas psicoses constitucionais, mesmo a esquizofrenia, são influenciáveis por êsse meio e certas psicoses carcerárias, reivindicadoras, e outras, embora evidentemente reactivas, são tenazes e resistentes à terapia anímica.

A personalidade forma-se durante a infância e a juventude pela adaptação e modulação progressiva dos factores constitucionais e ambientais; nem todos os caracteres e formas de reacção se revelam simultaneamente, e tanto as qualidades temperamentais de vários e por vezes contraditório sentido, como as predisposições patológicas, ainda que radicadas em factores constitucionais e hereditários, carecem, para se manifestar, de circunstâncias externas favoráveis.

Numa dada altura da sua evolução forma-se, da mesma maneira que um esquema corporal (Schilder), um esquema da personalidade: um complexo estrutural de tipos de reacção, atitudes, impulsos, desejos e fins, dirigidos para o futuro, e em que tanto o próprio indivíduo como o mundo externo tomam parte. Quando se altera o fundo constitucional que lhe serve de base, conservando-se intacto o esquema da personalidade, surgem alterações afectivas diversas, resultantes da inadaptação a esta perda de capacidade vital (alterações nas endocrinopatias, por exemplo) que um tratamento biológico pode remediar; as reacções devidas às variações do meio são evidentes, e têm o seu máximo nas psicoses de guerra, psicoses de espanto ou pavor, etc.

Certas alterações endógenas da personalidade não são simultâneas do aparecimento da psicose; assim, nos paranóicos querulantes, inventores, profetas, etc., precedem de muito a eclosão das ideas delirantes, que se desenvolvem pouco a pouco num sistema psicologicamente compreensível, muito influenciável, ainda que não reversível; em certos casos raros de pseudo-demência, psicoses carcerárias crónicas, primariamente psicogénicas, sobrevêm tardias alterações da personalidade, irreductíveis e fixas.

A velha terapêutica sugestiva visava apenas o sintoma; a psicanálise pretendia combater já as vivências, origem das neuroses; um progresso mais, e a psicoterapia encara a personalidade no seu todo, tendendo a adaptar o indivíduo, tal os processos patológicos não mais modificáveis pelos meios médicos o deixaram, às novas condições que a doença lhe criou, actuando tanto sobre a personalidade como sobre o meio ambiente.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuições para o significado prognóstico dos sintomas processivos esquizofrénicos. (*Beitrag zur prognostischen Bedeutung der schizophrenen Procepsymptome*), por K. JYARFÁZ. — *Zeit. fur d. g. Neur. u. Psych.* B. 150. H. 5. 16 de Agosto de 1934.

Dum material de 362 casos de esquizofrenia processiva, apresenta o A. 11 que se curaram por completo; predominavam nêles os sintomas psicomotores catatónicos, as alterações do «eu» eram atenuadas e os outros sintomas primários surgem raramente (alucinações) ou faltam por completo (auto-relação e vivências delirantes primárias, esquizofazia).





**“Eledon”**  
**BABEURRE**  
**em pó**  
**NESTLÉ**

**O ELEDON**, alimento dietético dos lactantes, das crianças doentes ou mesmo com saúde, e dos adultos, é um Babeurre em pó, cuja acidificação se obteve por uma cultura seleccionada de fermentos lácticos.

**INDICAÇÕES:** O **Eledon** tem as mesmas indicações que o babeurre fresco:

**LACTANTES E CRIANÇAS DA 1.ª INFANCIA:** Diarreias, disenterias, intolerância pelo leite e distrofias, lesões cutâneas, principalmente eczemas rebeldes e o eritema de repetição. Píloro-espasmo. Alimentação mixta das crianças, especialmente das prematuras.

**CRIANÇAS DA 2.ª INFANCIA E ADULTOS:** Gastrites, diarreias vulgares ou desintéricas, convalescença da febre tifoide, perturbações do fígado, curas de emagrecimento, prisão de ventre

**VANTAGENS:** O **Babeurre Eledon** oferece as seguintes vantagens: Preparação fácil e imediata. Composição sempre constante. Quantidade de matérias gordas suficientes para garantir uma alimentação normal. Completa garantia bacteriológica. Perfeita Conservação durante muitos meses.



Pedidos de Amostras à

**SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS**

Concessionária exclusiva de produtos

**Nestlé**

PORTO  
R. Formosa, 380-384

AVANCA  
Portugal

LISBOA  
R. Ivens, 11-13

Um notável progresso em dietética  
da primeira infância

*Nestogéno*

## LEITE em pó D'AVANCA Fórmula NESTLÉ

«Nestogéno» é o extrato do melhor leite de vaca, obtido por secagem imediata.

**Hidratos de Carbono:** «Nestogéno» contem quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

**Vitaminas:** O processo de fabrico assegura no «Nestogéno» a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

**Indicações:** O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrofia e atrofia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vómitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância do leite materno ou do leite de vaca.



Pedidos de Amostras à

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

Concessionária exclusiva dos produtos

**Nestlé**

PORTO

Rua Formosa, 380-384

AVANCA

Portugal

LISBOA

Rua Ivens, 11, 13

Outras alterações do curso do pensamento, erros psico-sensoriais, eram acompanhadas de turvação da consciência, pelo que devem ser consideradas como secundárias e não sintomas de processo.

Os sintomas observados devem estar em relação com os núcleos centrais, conquanto os achados anatómicos não mostrem quaisquer lesões nessa região; admite um processo reversível infra-cortical, apoiando-se nos conhecidos argumentos da aparição de sintomas semelhantes como formas de reacção exógena, em casos de lesões orgânicas dessa região.

É digna de menção a remissão completa de sintomas supostos certos e irreductíveis, como as alterações da personalidade.

BARAHONA FERNANDES.

**Contribuições para o conhecimento da cegueira psíquica. II comunicação.** (*Beiträge zur Lehre von der Seelenblindheit. II mitteilung*), por NIESSL VON MAYENDORF. — *Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psycho.* B. 150. H. 5. 16 de Agosto de 1934.

Estudo anátomo-clínico de um caso de encefalomalacia que, além de outros sintomas focais (hemianopsia homónima direita, apraxia, paresia facial esquerda, etc.), apresentava extensas perturbações práxicas e gnósticas: agrafia, astereognosia, cegueira verbal, agnosia óptica com paragnosia (ausência ou falta de reconhecimento de figuras e objectos visualmente percebidos) sem perturbação do reconhecimento ou amnésia para as cores e formas simples e sem alterações da compreensão e expressão verbal. O encéfalo, estudado em cortes seriados, apresentava, à esquerda, além de dois pequenos focos nos núcleos centrais, uma extensa zona de amolecimento por trombose vascular no polo occipital (grande parte do *cúneos*, dos lábios da fenda calcarina, blob. lingual, fusiforme e do hipocampo), com degenerescência secundária das radiações ópticas e dos feixes comissurais correspondentes do corpo caloso.

Não há dúvida que o sintoma cegueira psíquica pode resultar da lesão isolada do hemisfério esquerdo. A capacidade de evocação das representações visuais estava mantida; é verosímil que estas tenham lugar perto da área óptica e mesmo na zona macular da área estriada do lado oposto.

Não há razão para admitir, com outros, que a cegueira psíquica provenha de lesões da segunda circunvolução occipital lateral, porquanto a face externa do hemisfério estava intacta, mas sim da destruição do órgão central da esfera visual, em particular o polo occipital.

BARAHONA FERNANDES.

**Cinco anos de terapêutica pelo Pyrififer.** (*Fünf Jahre Pyrififertherapie*), por L. ZIEGEBROTH. — *Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych.* B. 72. H. 718. 15 de Agosto de 1934.

O *Pyrififer* é um agente piretoterápico, anódino, de absoluta confiança, exactamente doseável e de uma acção terapêutica intensa e incontestável.

Está indicado em todos os casos que beneficiam das curas de febre; os melhores resultados obtêm-se na tabes e na gonorreia crónica, onde constituem o método de escolha. Na paralisia geral não é tão activo como a malária, mas é sem dúvida o seu melhor meio substitutivo, quando este não possa ser empregado; é também útil para completar uma cura malárica interrompida, para provocar o comêço dos acessos, para uma segunda cura de consolidação e nos casos de contra-indicação da inoculação palustre; o *Pyrififer*, por si só, pode também provocar um completo saneamento do *liquor* e sôro.

Uma indicação especialmente importante do *Pyrififer* é a profilaxia da meta-lues, nos casos de infecção antiga, de reacções serológicas resistentes à terapia etiotrópica.

A esquizofrenia e muitas outras doenças do sistema nervoso devem-lhe também apreciáveis melhorias, principalmente em formas mixtas de demência precoce e mesmo estados paranóides, enquanto que as formas catatónicas e hebefrénicas seriam menos acessíveis à medicação; é um facto que o tempo médio de internamento dos esquizofrénicos, com remissão, tratados pelo *Pyrififer*, é menor que nos não tratados.

Na esclerose em placas e na encefalite crónica também pode actuar benéficamente, ainda que estes últimos doentes nem sempre o suportem bem; pode também ser ensaiado em nevralgias graves, *coreia minor*, epilepsia, etc.

Emprega-se em injecções intravenosas, em número de 8-12, começando por uma dose fraca (5OE) e aumentando progressivamente em função da pírrexia obtida e da resistência do doente.

Pela rapidez do tratamento, sem os percalços da inoculação, economia e inocuidade, é uma arma de combate da Neurologia e Psiquiatria, que deve ser largamente usada.

BARAHONA FERNANDES.

A palilália nos melancólicos. Com um exemplo da paligrafia. (*La palilalia nei melanconici. Con esempio di paligrafia*), por G. PINTUS. — *Ran. Studi Psychiat.* 23. 1934.

Descrição de dois casos de melancolia ansiosa e de involução, que apresentavam o curioso fenómeno da repetição iterativa de palavras e frases, chamado palilália, e um dêles também na escrita (paligrafia); estes sintomas, que de resto só têm sido observados em lesões orgânicas dos núcleos centrais, apareciam nos períodos de exaltação ansiosa e devem estar em relação com perturbações dinâmicas dos centros cerebrais das funções vegetativas emocionais e automáticas instintivas, porquanto não existiam quaisquer razões que levassem a supor a existência de lesões artério-escleróticas.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a perda afectiva do tónus. (*Über affektiven Tonusverlust*), por J. NILDER. — *Deutsch Z. Nervenheik.* 133. 1934.

Êste síndrome, também chamado cataplexia, deve ser distinto da narcolepsia; esta é mais duradoira, influenciável pela vontade, e tem de comum

com o adormecimento fisiológico o ser reversível pelos meios habituais de despertar; a cataplexia aparece súbitamente, dura alguns segundos e não é influenciável. Nem todos os affectos são susceptíveis de causar a queda súbita do enfermo, mas sim aqueles que aparecem bruscamente (affectos-choques) como o espanto, susto, cólera, zanga, alegria, rir, e não em muitos outros, como a tristeza, preocupação, amor, entusiasmo, fome, sede, expectativa, inveja, ódio, etc. A vida affectiva não oferece demais nestes doentes qualquer anormalidade e bastam nímios motivos para desencadear o acesso, por vezes com grande frequência e regularidade; deve-se tratar de alterações funcionais do aparelho muscular, acompanhadoras dos affectos citados, que em vez de uma tensão muscular, determinam paradoxalmente o relaxamento completo de toda ou parte da musculatura, e causam a queda súbita, sem perda de consciência, que caracteriza a afecção.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Acérra do problema do circulo evolutivo do espiroqueta pálido, especialmente na paralisia geral e tabes,** por JAHNEL, FRANZ, R. PRIGGE, M. ROTHERMUND. — *Archivos de Neurobiologia*, 13. 1933. Ref. *Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych.* B. 72, H. 7-8. 15 de Agosto de 1934.

Graças à malarioterapia, encontram-se raramente nos paralíticos tratados espiroquetas no cérebro, mas mesmo nos doentes não tratados há casos em que são raros ou de todo não aparecem. É preciso notar que, dada a sua mui diversa distribuição no tecido encefálico, muitas vezes só depois de longas horas de pesquisa se topa com o primeiro. Apoiando-se em casos de infeciosidade de gânglios linfáticos de coelhos, nos quais se não podiam achar espiroquetas, formularam Levaditi, Schoen e Sanchis-Bayarria a hipótese da existência de formas invisíveis e a sua evolução até às formas vegetativas observáveis microscópicamente.

Os AA. combatem estas ideas, dando como formas degeneradas ou formações independentes do germen as formas apontadas como intermediárias, dizendo que o facto de nunca poder ser filtrável infirma a hipótese das formas invisíveis, e, sobre a base de considerações de técnica cultural e da biologia especial e comparada com os espiroquetas da febre recorrente, explicam o não aparecimento dos espiroquetas pelo seu reduzido número, abaixo das possibilidades de observação directa.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Achados necrósicos em casos de morte súbitos e dúbios de doentes mentais.** (*Sektionbefunde bei plötzlichen und unklaren Todesfällen Geisteskranker*), por K. NEUBURGER. — *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* B. 150 H. 5. 16 Agosto de 1934.

As perturbações mentais dificultam de vários modos o diagnóstico das afecções somáticas nos alienados, encontrando-se muitas vezes na autópsia achados inesperados. Abstraindo de casos motivados por accidentes (aspira-

ção pulmonar de alimentos, deglutição de objectos estranhos, etc.), traz o A. os achados de 14 casos: dilatação e atonia aguda do estômago, fora das condições habituais de aparecimento, provável dependência de alterações vegetativas, evolução hiperaguda, sintomatologia atípica; hemorragias em úlceras gástricas e duodenais totalmente latentes; *ileus* do intestino delgado por obstrução alimentar; variadas hemorragias no estômago, intestino, pulmões e encéfalo, desacompanhadas de quaisquer outras lesões e de provável patogenia neuro-vaso-vegetativa, sobrevivendo em doentes em estado de cômá, mal epiléptico ou grave excitação psico-motora. É também notável a formação de infartos do miocárdio, sem quaisquer sintomas álgicos, como de um modo geral, mesmo em doentes não demenciados, o carácter pouco doloroso da mor parte das suas afecções; os infartos causam morte súbita ou mais tarde rupturas do coração no lugar dos focos miomalácicos, em particular nos doentes pícnicos e obesos.

Nas psicoses agudas são freqüentes os casos de morte sem uma clara explicação, provavelmente por sideração vegetativa ou, noutros casos, por tumefacção encefálica, um estado complexo que se deve distinguir do edema. Na epilepsia falecem 30-40% dos doentes por acidentes cardíacos agudos, dependentes de hemorragias, e necroses miocárdicas de origem angio-espástica.

A aortite dos paralíticos gerais é tão freqüente como no geral benigna, sendo raras as mortes cardíacas agudas, e no geral nos doentes jovens. Na doença de Pick e Alzheimer há uma forma especial de morte súbita, que raro sobrevém na demência senil, atribuível ao sistema nervoso, mas independente de alterações circulatórias, e mesmo inexplicável histologicamente; para estes casos e os observados em certos encefalíticos jovens, traz-se a explicação de alterações colóido-químicas, recentemente estudadas por Braunnüller em relação à patogenia de certas doenças encefálicas (encefalomielite concêntrica, etc.).

São, por último, também relativamente freqüentes as anemias perniciosas indagnosticadas nos estados depressivos da velhice.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Investigações experimentais acerca da acção dos raios Röntgen sobre o cérebro adulto.** (*Experimentelle Untersuchungen über die Linwirkung von Röntgenstrahlen auf das reife Gehirn*), por SCHOLZ.—*Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych.* B. 150. H. 5. 16 de Agosto de 1934.

A irradiação do crânio de animais adultos produz alterações cerebrais anatomicamente demonstráveis. As reacções precoces, processos inflamatórios meníngeos e vasculares, obtêm-se no cão já com uma dose de 4. H E D. humanos e atingem o seu máximo cinco a seis semanas depois, para remitterem em seguida.

As alterações tardias só aparecem três a seis meses depois, e consistem em necroses e hemorragias múltiplas, de origem circulatória, localizadas de preferência na substância branca; os vasos têm várias lesões (fibrose, hiali-

nização, endarterite). O tecido nervoso propriamente dito não é primariamente lesado.

Investigações ulteriores precisarão os caracteres dos efeitos de irradiações, e dirão da possibilidade da sua aplicação terapêutica para obter inflamações artificiais no sistema nervoso.

BARAHONA FERNANDES.

Observações e considerações sobre a relação entre constituição morfológica e tuberculose. (*Osservazioni e considerazioni sui rapporti tra costituzione morfologica e tubercolosi*), por L. FEGIS e R. RIMINI. — *Minnerva Medica*. N.º 27. 1934.

Numa série de tuberculosas pulmonares a quem os AA. determinaram o tipo morfológico, partindo das medições estabelecidas por Viola, procuraram estes estabelecer relações entre a soma dos doentes e a forma da tuberculose encontrada. Numa estatística de cem casos verificaram que as formas produtivas hematogênas se encontraram em percentagem muito mais alta nos indivíduos longilíneos micro-esplâncnicos, isto é, nos indivíduos com *habitus tísico*, e, pelo contrário, as formas exsudativas eram em maioria nos braquítipos micro-esplâncnicos.

Embora afirmem que, em virtude da casuística ser pequena, não podem tirar ilações definitivas, julgam, porém, em virtude da evidência dos resultados, poder tirar a conclusão de que pelo menos nalguns casos a relação entre a longitipia e as formas de tuberculose hematogêna se estabelece da seguinte forma: indivíduos com tuberculose precocemente contraída e cujo complexo primário tem uma cura arrastada, são, por este facto, submetidos, durante mais ou menos tempo a toxemia crônica, cuja acção se faz principalmente sentir sobre o sistema endocrínico que regula o desenvolvimento físico; de aí, o aspecto morfológico. Por sua vez, o retardamento na cura da infecção primária faz com que estes indivíduos cheguem à puberdade, idade especialmente perigosa na evolução da tuberculose, com gânglios traqueo-brônquicos, satélites do foco primário, que podem ser a origem, através dos linfáticos e veia cava superior, duma disseminação hematogêna.

J. ROCHETA.

Elementos clínicos da trombose das coronárias. (*Zur Klinik der Coronar-Thrombose*), por R. SINGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 26. 1934.

Em virtude do aumento de casos de angor e de infarto do miocárdio, todos os sinais que permitam o diagnóstico, especialmente da trombose das coronárias, devem conhecer-se, pois aquele, por vezes, não se apresenta fácil. O A. declarou que não pretende acentuar a importância que tem a sintomatologia clássica, mas deseja chamar a atenção sobre algumas particularidades que fazem parte desta afecção e ao mesmo tempo indicar a terapêutica com a qual tem obtido resultados melhores que os apresentados pelas esta-

tísticas americanas. Assim, acentua especialmente o valor da velocidade de sedimentação, facto que concorda absolutamente com alguns trabalhos que ultimamente têm aparecido sobre este mesmo assunto.

Em todos os casos se encontrou um aumento da eritro-sedimentação, atingindo, nalguns dêles, cem mil ao fim da primeira hora; e, a-proósito, descreve a história clínica dum doente com vários ataques dolorosos por calculose biliar e que em certo momento fêz um infarto miocárdio com dores atípicas e facilmente confundível com os acessos anteriores, e cuja velocidade de sedimentação se mostrou aumentada poucas horas depois dêste facto, e ainda quando não havia subida de temperatura nem o electrocardiograma mostrava as modificações características; o diagnóstico foi confirmado pela evolução.

A respeito da febre, nota o A. a circunstância dos doentes não a sentirem, mesmo que aquela atinja 38°,5, o que é freqüente; como este sinal é, por vezes, o único apreciável nos meios afastados dos centros laboratoriais, lembra que é sempre conveniente a sua verificação. Na história mencionada verificou-se um outro sintoma também relativamente freqüente: o aparecimento de infiltrações pneumônicas dum ou dos dois lobos inferiores; que por não admitir que a sua patogenia se explique por infarto nem por insuficiência cardíaca, aceita, à falta de melhor hipótese, a teoria de Hochrein, que os considera devidos a espasmos dos vasos pulmonares.

Como tratamento aconselha, desde que se faça o diagnóstico de infarto, o emprêgo de sulfato de quinino, na dose de 20 centigr. três a quatro vezes por dia e durante tanto tempo quanto existir aumento de temperatura; com este medicamento procura evitar a fibrilação ventricular, que constitue o principal perigo immediato. Como adjuvante no que respeita à melhora da circulação coronária, emprega a eufilina e a teofilina por via rectal, na primeira semana, para não influenciar demasiado bruscamente a dilatação daquelas artérias, mas, passado este período, usa estes mesmos medicamentos por via intravenosa.

Quanto ao tempo que o doente deve guardar a cama, varia notavelmente em cada caso; mas, desde que se verificou a íntima relação que existe entre a velocidade de sedimentação e os fenómenos anátomo-patológicos do coração, não deve permitir-se o levante senão quando os valores daquela estiverem em regressão e muito próximo do normal.

J. ROCHETA.

---

**O diagnóstico precoce do carcinoma gástrico.** (*Die Frühdiagnose des Magenkarzinoms*), por R. LEUK. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 26. 1934.

De todos os meios de que dispomos para o diagnóstico precoce do cancro do estômago o que ocupa o primeiro lugar é a radiografia, especialmente depois que a técnica da visualização das pregas da mucosa gástrica se generalizou. Assim, é sempre conveniente o envio de doentes aos serviços de raios X, logo que surja o primeiro sinal suspeito. Como características dos pequenos carcinomas infiltrantes, que atingem especialmente a mucosa, sub-



mucosa e muscular, devem mencionar-se as modificações características das pregas, a rigidez da parede e a diminuição ou falta de peristaltismo. Nas formas vegetantes é conhecida a silhueta lacunar, mas, para se despistar esta, é necessário observar essa radiografia com obliquidades diferentes.

Quanto aos sinais que permitem a hipótese da transformação cancerosa duma úlcera, descrevem-se na mucosa entalhes irregulares junto ao nicho, interrupção das pregas no seu contôrno, com irregular calibre e direcção dos mesmos. É claro, nem sempre estas modificações aparecem tão evidentemente que permitam o diagnóstico, e por isso é de aconselhar nos casos duvidosos a radiografia em série. Um outro sinal suspeito de degenerescência é a persistência do diâmetro do nicho, a-pesar dum tratamento intensivo, e com mais razão quando aquele aumenta, não obstante êste.

Se, a-pesar do progresso radiográfico, ainda hoje é pequeno o número de diagnósticos precoces, isso se deve à circunstância de muitos cancros do estômago evolucionarem quasi sem sintomas. Por isso é de aconselhar uma maior difusão da necessidade de radiografias freqüentes.

J. ROCHETA.

**A acção circulatória da Dijodtyrosine nas hipertireoses, especialmente verificada pelo electrocardiograma.** (*Zur Kreislaufwirkung bei gesteigerter Schilddrüsentätigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Elektrokardiogramms*), por B. MIESKE e A. SYLLA. — *Medizinische Klinik*. N.º 25. 1934.

Sabido como o iodo é, por vezes, o causador do hipertiroidismo, compreende-se que sendo êste medicamento o especialmente empregado para o tratamento do bôcio exoftálmico, se substitua por outro que, produzindo o mesmo efeito, não possua aquela desvantagem. É o que se verifica com o Dijodtyrosine, um composto iodado orgânico, fârmaco que os AA. empregaram nos casos que apresentam, verificando sobretudo a sua acção traduzida pelas modificações do electrocardiograma. E, assim, êste não apresenta modificações quando o ritmo é normal; pelo contrário, quando há taquicardia, esta diminue rapidamente e, por vezes, ao fim de quatro dias, atingiu os valores normais; dois casos de T negativo apresentaram positividade depois do tratamento; noutros, com alongamento no tempo de condução da aurícula para o ventrículo, também se verificou uma melhoria desta perturbação.

Quanto a doses, aconselham os AA.: doentes com metabolismo acima de 60%, três vezes por dia 0,1; com metabolismo de 40 a 60%, duas vezes por dia 0,1 e abaixo de 40%, 0,1 ou 0,05 por dia.

J. ROCHETA.

**¿ Como actua a mucina no estômago? (*Wie wirkt Muçin im Magen?*)**, por MAHLO e MULLI. — *Deutsch Medizinische Wochenschrift*. N.º 25. 1934.

Pawlow considera a mucina gástrica como um dos elementos mais importantes para a manutenção, neste órgão, da concentração hidrogeniônica óptima; por outro lado, conhecendo-se as desvantagens duma alcalinização

intensa nos casos de hipercloridria, era natural que se investigassem os efeitos que a mucina produzisse quando empregada para combater aquele defeito de secreção.

Das suas investigações resulta que esta substância, no que respeita ao seu poder tampão em relação à acidez do meio, é idêntica aos outros medicamentos empregados, mas, além disso, o seu emprêgo não sobrecarrega o organismo com electrólitos, não excita a secreção nem provoca uma alcalinização do meio gástrico.

A mucina é calmante e pode exercer uma acção preventiva nas regiões mais sensíveis da parede gástrica contra influências nocivas.

J. ROCHETA.

A calcioterapia intravenosa nos estados espasmódicos do estômago e intestino. (*Über die intravenöse Kalziumtherapie bei spastischen Zustände des Magen-Darmkanals*), por H. REHBERG. — *Fortschritte der Therapie*. N.º 7. 1934.

Depois que Bergmann, Eppinger e outros procuraram explicar a úlcera gástrica e duodenal por perturbações nervosas acompanhadas de espasmos capazes de provocar aquela afecção, e que Westphal e Schmielden admitem, para muitas colecistopatias, alterações do sistema nervoso vegetativo, têm-se estendido estas teorias a outras regiões e a outros órgãos. Últimamente, um certo número de perturbações da gravidez, referentes aos aparelhos digestivo e urinário, tem sido explicado por esta causa: modificações do tónus simpático e vagal.

Segundo Frank e Zondek, a origem destas modificações está numa alteração da combinação fisiológica dos electrólitos, e na qual desempenham um grande papel o cálcio e o potássio. O A. apresenta alguns casos de espasmos gástricos e intestinais de natureza hipervagotónica, que se curaram com injeções de calcium Sandoz a 10 %, em injeção intravenosa; em geral, uma série de 6 a 15.

J. ROCHETA.

O emprêgo local da vitamina A no tratamento das feridas. (*Die lokale Anwendung des A.-Vitamins in der Wundbehandlung*), por Z. HORN e ST. SÁNDAR. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 27. 1934.

Tem últimamente aumentado o número de publicações que confirmam uma diminuição no poder de defesa contra as infecções nos animais com a vitaminose A. Em face destes resultados, os AA. têm empregado para o tratamento de feridas uma pomada rica nesta vitamina, com os melhores resultados; o tecido de granulação aparece precocemente e a epidermização faz-se muito mais depressa.

J. ROCHETA.

“**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 afeções intestinais. — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes  
e doentes do estômago.

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

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

# BANANINA

O ALIMENTO IDEAL  
PARA OS  
LACTANTES E DISPECTICOS



AQUELE QUE OS  
MÉDICOS RECOMENDAM



# CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

**COMPOSIÇÃO:** Cada empôla de CINNOZYL contém a solução seguinte esterilizada:

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

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

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

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

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

**LABORATORIOS CLIN, COMAR & C<sup>o</sup>** Pharmas. de 1<sup>ra</sup> cl. Fornecedor dos Hospitais, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:	Colónias e estrangeiro:
Ano, 60\$00	Ano, 80\$00
NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio	

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdades de Medicina

### Do Porto

O Prof. António de Almeida Garrett foi nomeado director da Faculdade de Medicina.

### De Coimbra

Para os cargos de secretário e bibliotecário da Faculdade de Medicina foram nomeados, respectivamente, os professores catedráticos da mesma Faculdade, Afonso Augusto Pinto e Luiz dos Santos Viegas.

— O Prof. João Marques dos Santos vai ocupar, interinamente, o cargo de director do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade.

\* \* \*

## Hospitais

### Civis de Lisboa

O Dr. Damas Mora, cirurgião dos Hospitais, tomou posse do cargo de director do Banco e Serviços de Urgência dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Determinou-se que o Dr. Fernando Pinto Coelho, director de serviço clínico (serviço geral de clínica cirúrgica) dos Hospitais Civis, passe a receber o vencimento próprio da sua categoria e que o facultativo assistente do mesmo serviço, Dr. Alberto Gomes, seja promovido a director do mesmo serviço clínico.

### Da Universidade de Coimbra

Começaram já a funcionar os serviços de urgência, há pouco oficialmente inaugurados.

\* \* \*

## Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Ocupou o lugar de subchefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana o médico veterinário Dr. António Monteiro da Costa.

## Congresso Internacional de Antropologia de Londres

No Congresso Internacional de Antropologia que se realiza em Londres, o delegado português, Prof. Germano Correia, apresentou as seguintes comunicações: «Les Mahrattes de l'Inde Portugaise», «Les groupes sanguins à Goa» e «Les indices et les coefficients de robustesse chez les Hindous indo-portugais».

\* \* \*

## II Congresso da Associação para a Documentação fotográfica e cinematográfica nas ciências

O II Congresso da Associação para a Documentação fotográfica e cinematográfica nas ciências realizar-se-á em Paris, de 4 a 12 de Outubro, no Museu Pedagógico do Estado, 29, Rue d'Ulm, Paris (V<sup>e</sup>).

O objectivo dêste Congresso será muito vasto, visto que irá da Cirurgia à Astronomia, passando por todos os ramos da actividade científica.

Haverá uma exposição científica anexa.

Tôdas as adesões deverão ser enviadas, antes de 30 de Setembro, ao Secretario, Docteur Claoné, 39, Rue Scheffer, Paris (XVI<sup>e</sup>).

\* \* \*

## Cursos médicos internacionais em Berlim

A Academia berlinense de formação médica suplementar, dirigida pelo burgomestre da cidade de Berlim, sucessora da agremiação de lentes para a formação médica em Berlim, preparou para Outubro de 1934 os seguintes cursos médicos internacionais:

1.º — Medicina interna, com tratamentos especiais sôbre a tuberculose, de 1 a 13 de Outubro. Matrícula, 60 marcos.

2.º — Curso de tuberculose, no Hospital de tuberculose da cidade de Berlim: «Waldhaus Charlottenburg», de 15 a 20 de Outubro (ocupa o dia inteiro). Matrícula, 50 marcos. Possibilidade de moradia e abastecimento por 2.70 por dia.

3.º — Semana obstétrica-ginecológica, de 15 a 20 de Outubro. Matrícula, 50 marcos.

4.º — Curso sôbre oto-rino-laringologia, de 1 a 13 de Outubro. Matrícula, 120 marcos.

5.º — Curso de Pediatria, de 22 a 27 de Outubro. Matrícula, 50 marcos.

6.º — Cirurgia de doenças endotorácicas, com tratamentos especiais sôbre a tuberculose pulmonar, de 29 de Outubro a 2 de Novembro. Matrícula, 80 marcos.

7.º — Cursos especiais de tôdas as disciplinas de medicina, com trabalhos práticos nas clínicas e nos laboratórios, são realizados cada mês. A matrícula para 8 exercícios de 2 horas é de 50 a 80 marcos.

Nestes cursos dá-se maior importância à parte prática, sendo o ensino teórico secundário.

Programas e informações detalhadas pelo escritório da academia berlinense de formação médica (Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung), Berlim NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich Haus).

Podem tomar parte nos cursos tanto médicos alemães como estrangeiros.

Os participantes estrangeiros têm um abatimento de 60% nas viagens da *Deutsche Reichsbahn* (caminho-de-ferro alemão).

### Prof. Rudolph Brauer

Esteve em Lisboa o Prof. Rudolph Brauer, conhecido mestre de cirurgia pulmonar e director do Hospital Eppendorf, de Hamburgo. O ilustre visitante dirige-se ao Congresso Internacional de Medicina, a inaugurar em Rosário (Argentina) no dia 4 de Setembro.

### Saúde das colónias

Prorrogou-se por 43 dias o prazo para o Dr. Silva Neves concluir a inspecção aos serviços de saúde de Cabo Verde.

— O Dr. Alfredo Gomes da Costa, major médico dos Serviços de Saúde do Império Colonial, servindo em Angola, foi promovido a tenente-coronel.

— O Conselho Superior das Colónias negou provimento ao recurso do capitão médico de 2.<sup>a</sup> classe, Dr. Caetano Francisco de Sales Gomes, contra o despacho do governador geral de Moçambique, que indeferiu o requerimento em que o recorrente solicitava aquela classificação como médico de 1.<sup>a</sup> classe.

— À 1.<sup>a</sup> classe do quadro de saúde do Império Colonial ascenderam os médicos de 2.<sup>a</sup> classe do quadro de saúde de Moçambique, Drs. Francisco de Oliveira e José Simões Ferreira Júnior, e a médica de 2.<sup>a</sup> classe do quadro de saúde de Cabo Verde, a Dr.<sup>a</sup> D. Maria Francisca de Oliveira Sousa.

### Luta anti-venérea na Armada

O Dr. Emílio Faro, primeiro tenente médico da Marinha, fêz, no passado mês, uma conferência na Escola Naval, especialmente destinada ao curso actual de médicos milicianos, versando as medidas de profilaxia anti-venérea por êle introduzidas na Armada e os bons resultados já obtidos.

O conferente, no fim, enalteceu a vantagem de se estender esta acção não só ao exército, mas ainda às classes civis.

A *Lisboa Médica* agradece o amável convite que lhe foi dirigido, para que se fizesse representar.

### Serviços de assistência

No Dispensário da Misericórdia de Oeiras foi inaugurada uma enfermaria, no dia 9 de Setembro.

### Visitas de estudo

O Prof. João Pôrto, director da Faculdade de Medicina de Coimbra, vai ao Canadá representar aquela Faculdade no Congresso Internacional de Medicina.

— O Dr. Mário Trincão segue, em viagem de estudo, para Espanha, França, Itália, Alemanha e Suíça.

### Homenagens

No Hospital da Mealhada (Luso) realizou-se uma festa de homenagem ao médico municipal, director clínico daquele estabelecimento, Dr. Américo Couto.

— Também no Hospital de Loulé se promoveu uma homenagem solene ao seu director, Dr. José Bernardo Lopes.

### Acumulação de cargos

Publicou-se, no *Diário do Governo*, um decreto que determina que não se considerem abrangidos pelo artigo 16.º (acumulação de cargos), do decreto n.º 15.538, os individuos nomeados para ocuparem lugares de médicos no Estado ou nos corpos ou corporações administrativas, desde que em conselho de ministros, sob proposta fundamentada, tenham sido ou venham a ser autorizados a exercê-los.

### Necrologia

Faleceu, em Coimbra, o Dr. Luiz dos Santos Viegas, professor catedrático da Faculdade de Medicina daquela cidade e director dos Institutos de Anatomia Patológica e Patologia Geral. Regia ultimamente a cadeira de Anatomia Patológica.







**PANBILINE**

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

**HÉMOPANBILINE**

nas ANEMIAS

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D<sup>r</sup> PLANTIER ANNONAY (Ardèche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

**HORMOVARINE BYLA**

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

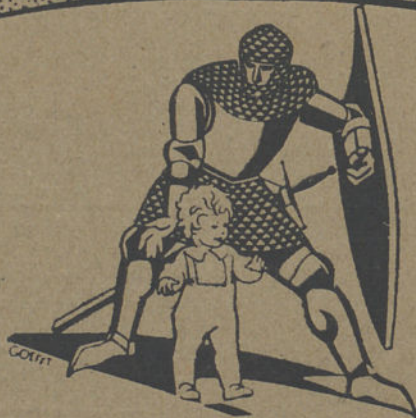
Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

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



## Ajudai a criança a crescer

Deve ajudar a formação racional dos músculos, do sangue e dos ossos do seu bebé. Dê-lhe a uma das suas refeições Ovomaltine, que completará o regimen insuficiente dos caldos, pela variedade e riqueza dos seus principios nutritivos.

Sendo um fortificante alimentar poderoso, a Ovomaltine é sob a forma de palhetas solúveis, o suco nutritivo do malte, scientificamente extraído, leite e ovos, tratados a uma baixa temperatura e aromatisados com cacau.

# OVOMALTINE

É A SAUDE

A' venda em todas as Farmácias, Drogeries e boas Mercenarias

Em latas de 110 grs. a Esc. 9\$50

» » » 250 » » » 18\$00

» » » 500 » » » 34\$00

Dr. A. WANDER, S.-A., Berne

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL:

ALVES & C.<sup>o</sup> IRMAOS

Rua dos Correios, 41, 2.<sup>o</sup> - LISBOA

Sala  
Est.  
Tab.  
N.º