

Ano XII

N.º 5

Maio 1935



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

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 Menezes,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peca-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina. Paris 1889. Provam que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, 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; exigir os Verdadeiros Granulos CATILLON Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St Martin, Paris — PHARMACIA

**DOCTOR:**

**NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O**



# Phosphorrend

**ROBERT!**  
NA SUA TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL  
LABORATORIO ROBERT

Sala 8

Est. 9

Tab. 2

N.º 25

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

240, Rua da Palma,

Sifilis terciária  
 Doenças nervosas de origem sifilítica  
 Afecções gerais sépticas e piémicas  
 Arteriosclerose  
 Doenças cardíacas e vasculares  
 Afecções articulares

# Jodipina

o primeiro óleo iodado para aplicação  
 hipodérmica e interna

# Neo-Jodipina

o novo producto de extrema fluidez.

Também como meio de contraste para a  
 representação de espaços cavitários.

IODIPINA a 20%<sub>v/v</sub> e 40%<sub>v/v</sub> em frascos  
 IODIPINA a 20%<sub>v/v</sub> e 40%<sub>v/v</sub> ampôlas de 1 e 2 cc.  
 IODIPINA a 40%<sub>v/v</sub> grageias  
 NEO-IODIPINA a 20%<sub>v/v</sub> e 40%<sub>v/v</sub> em frascos  
 NEO-IODIPINA a 20%<sub>v/v</sub> ampôlas de 1 e 2 cc.

E. MERCK Fábrica de productos químicos DARMSTADT



Representantes para Portugal:

QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

Rua da Palma, 165

Porto

Rua do Almada, 59

# 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 congéneres

**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

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatisme

Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.<sup>o</sup> 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

# INSULINA 'A.B.'



a 1.<sup>a</sup> apresentada na Europa

**PUREZA GARANTIDA**

De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

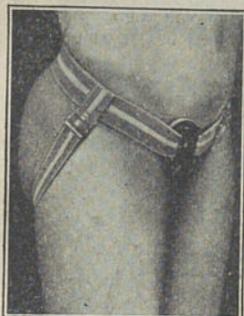
Absolutamente inalterável — Acção constante  
Isenta de proteínas — Não produz reacção

Folhetos e amostras aos Ex. mos Clínicos

COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup> — Rua dos Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> — LISBOA — TELE F. 21476  
G. DELTA

## FUNDAS BROOKS

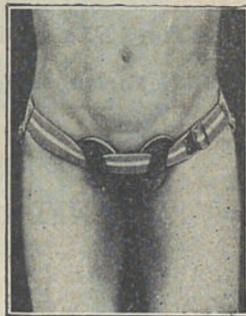
Pelota pneumática de borracha macia



Partes substituíveis

■  
Pessoal especialmente habilitado na aplicação destes aparelhos

■  
PREÇOS MÓDICOS



### HYGEIA, L.<sup>DA</sup>

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

## ANTIPHLOGISTINE

*é de valor material para o tratamento das inflamações sub-agúdas e crónicas dos órgãos da região pélvica.*

*Impregnada com glicerina e contendo ácidos bórico e salicílico, partículas de iodo, essências de gaulteria, eucalipto e hortelã pimenta, misturados em judiciosa proporção no mais fino silicato de alumínio anidrico, este penso, quando aplicado como um tampão, fornecerá calor húmido e suporte plástico por muitas horas.*



## ANTIPHLOGISTINE

*é também um valioso adjunto em outras formas de terapia, e um auxiliar da diatermia cuja acção reforça e sustém.*



*Amostra e literatura sob pedido*

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

**163, Varick Street**

**Nova York**

M E T R I T E S     -     -     -  
 I N F L A M A Ç Õ E S   D O S   A N E X O S  
 -   -   -     P A R A M E T R I T E S

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

**Cais do Sodré, 8, 1.**

**L I S B O A**

## NO PERÍODO DA GRAVIDEZ

N<sup>o</sup> período da gravidez as modificações fisiológicas dão em resultado uma constrição do intestino grosso, que produz a prisão de ventre. Se em tais casos se recorrer ao uso de purgativos, podem advir resultados tão desastrosos como o parto prematuro.

O uso do 'Petrolagar', durante o período do enjoo na gravidez, evita a estase. Mistura-se intimamente com o conteúdo intestinal formando umas fezes de consistência normal facilmente expelidas pelo natural movimento peristáltico.

# 'Petrolagar'

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES LTD. BRAYDON RD., LONDRES, N. 16

Representante: RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

## SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

### o PÕ EXIBARD

*Sem Opio nem Morphina*

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções  
exija-se a assignatura

*Exibard*

Uma nova preparação  
dos Laboratórios do Dr. P. Astier:

# LYXANTHINE ASTIER

Medicação dos artríticos  
sem tóxico nem analgésico

33% de princípios activos

- DISSOLVE O ACIDO ÚRICO
- EVITA O EXCESSO DESTE
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

*Uma única colher de chá de LYXANTHINE  
é equivalente a muitas doses dos  
dissolventes vulgares*

AFECÇÕES REUMATISMAIS

**Gota — Litiase renal — Artrismo**

---

Literatura e amostras  
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS  
ou nos representantes  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





## SUMARIO

### Artigos originaes

<i>Alguns casos de lesões no rim único post-nefrectomia</i> , por Alberto Gomes.....	Pág. 297
<i>Possibilidades neuro-cirúrgicos</i> , por Ruy de Lacerda.....	» 306
<i>Acêrca dum caso de «Pityriasis versicolor» provocando a localização dum exantema de «lues» secundária tardio</i> , por J. Morais Cardoso	» 317
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 322
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	» XIX

## ALGUNS CASOS DE LESÕES NO RIM ÚNICO POST-NEFRECTOMIA (1)

POR

ALBERTO GOMES

O rim único post-nefrectomia, merece a atenção dos urologistas, sob vários e importantes aspectos, desde a simples hipertrofia compensadora, cujo fenómeno não está suficientemente esclarecido nos seus múltiplos detalhes, até ao estudo da evolução das lesões existentes, no momento da nefrectomia, no rim que vai ficar isolado a suportar as necessidades do organismo.

O rim único, que no momento da nefrectomia está indemne de lesões, deve-se comportar, no futuro, com uma patologia idêntica à que teria se estivesse acompanhado pelo seu homólogo sã. Essa patologia será exclusivamente determinada pelas condições intrínsecas do organismo, diatésicas, de terreno e outras ou pelas condições extrínsecas que fortuitamente o venham predispor ou ocasionar-lhe lesões patológicas.

De mais interêsse e de maior utilidade é, sem dúvida, o estudo da influência da nefrectomia sôbre as lesões pre-existentes no rim homólogo.

É o caso do rim poliquístico, em que se tem afirmado que a nefrectomia agrava e faz evolucionar mais rapidamente as lesões

(1) Comunicação apresentada à Associação Portuguesa de Urologia em 2 de Janeiro de 1935.

do rim restante e também, pelo contrário, que, se as lesões de degenerescência poliquística no rim único post-nefrectomia não aparecem imediatamente ou nos primeiros meses, só excepcionalmente evoluem e são causa de morte.

É o caso das lesões de nefrite tóxica, que tantas vezes coexistem no rim que vai ser único por nefrectomia do homólogo, calcuoso ou neoplásico.

São, finalmente, os casos de lesões específicas, em início ou de pielonefrite supurada, no rim restante, tantas vezes companheiras das lesões graves do rim tuberculoso, que vai ser sacrificado.

O prognóstico das lesões do rim único é, evidentemente, mais grave e bem assim o tratamento dessas lesões, que é, indubitavelmente, mais emotivo, pelo irremediável de um acidente, mais difícil, pelas modificações que sofre o rim pela sua unilateralidade e mais contingente, pelas condições do estado geral, que cria ao organismo a existência de um rim único patológico.

Este interessante problema do rim único post-nefrectomia torna indispensável a compilação dos elementos que se possam colher nas nossas observações, revendo os antigos operados e sujeitando-os a novas explorações pelos actuais meios de diagnóstico, que, com efeito, nos dão muito maiores facilidades e possibilidades.

É assunto que, para uma contribuição verdadeiramente útil, demanda muito tempo e trabalho, e que bem merece, num futuro próximo, ser de novo trazido à nossa Associação.

Limito-me por isso, hoje, a apresentar-vos alguns casos isolados de lesões no rim único post-nefrectomia.

São, primeiro, dois casos de rim único poliquístico post-nefrectomia: um operado por mim, outro pelo colega Carmona, cujas observações vou resumir.

No meu caso, cuja observação levei ao congresso de Madrid e está publicada no respectivo livro de actas, trata-se de um doente:

M. C., de 34 anos de idade, motorista, que é operado em 1926 de nefrectomia esquerda, com o diagnóstico de pionirose.

Crises de retenção piélica, com cólicas violentas e febre alta. Urinas turvas, purulentas, de cheiro fétido e pútrido. Não há aumento apreciável de volume dos rins. Fenolsulfonaftaleína, 55%. Azotemia, 0,59<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Constante de Ambard, 0,151. Pêso de doente, 62 quilos.

O estudo da função separada dos dois rins dá um rim esquerdo infectado, com fraquíssimo valor funcional, e um rim direito não infectado e com boa função.

Na intervenção encontrámos um rim poliquístico, não muito volumoso (16 cm. de comprimento, por 11 de largo e 9 de espessura), completamente transformado num aglomerado de pequenos quistos, cheios de líquido, nuns amarelo-citrino, noutros esverdeado e gelatinoso, dando ao corte um líquido turvo, com alguns grumos, de cheiro pútrido e fétido, semelhante ao das urinas do doente.

O doente é revisto em 1928, com enorme melhoria do estado geral, aumento de pêso (66 quilos), exercendo a sua profissão normalmente. Não se palpa o rim direito, nem a radiografia demonstra aumento do seu volume. A fenolsulfonaftaleína atinge o valor normal de 75%. Azotemia e Constante melhoradas, respectivamente, 0,48 e 0,120. Urina com vestígios de albumina, mas sem cilindros e sem pus.

Êste estado mantém-se completamente bem até 15 de Novembro de 1930, isto é, mais de quatro anos após a nefrectomia, em que teve uma hematúria total abundante, depois de um esforço, ao pôr em marcha o motor da camioneta.

Não acusa dores, nem outro sofrimento. A hematúria cede, ao fim de 48 horas, ao tratamento habitual. Urinas turvas, purulentas. Ureia do sangue, 0,70‰.

O rim direito palpa-se aumentado de volume, de superfície irregular, não doloroso.

Aparece de novo, em Março de 1934, com hematúria total.

Passou muito bem durante os últimos três anos, sem dores nem sangue, com urinas límpidas, segundo diz, e micções raras, cada cinco horas, de dia e de noite. Pêso, 72 quilos. Rim direito muito volumoso, irregular, bosselado, enchendo o flanco.

De novo, num esforço de manivela do carro, sentiu forte dor no flanco direito e, algumas horas depois, urinas hemáticas. Ao fim de três dias, cólica violenta e anúria, que dura vinte e uma horas. As urinas conservam-se depois ainda hemáticas durante quarenta e oito horas. Não houve febre.

Azotemia, 1,5 gr.‰. Tensão arterial: máxima, 18; mínima, 8,5. Índice oscilométrico, 7. Carmim global: azul fraco aos onze minutos, não chegando a concentrar. Aos vinte e cinco minutos ainda azul fraco.

Em 13 de Julho de 1934, urinas claras, ligeiramente turvas, abundantes, cêrca de dois a três litros. Sente-se bem. Pálido, magro, securas e, por vezes, vômitos alimentares. Azotemia, 1 gr. por litro.

Em 28 de Dezembro último a mesma magreza e palidez, miosis pronunciada, glossite, tremores, sobressaltos tendinosos, adormecimento dos dedos, alguns vômitos e diarreias. No flanco direito a massa tumoral com os mesmos caracteres, conservando boa mobilidade.

Azotemia, 1,12 gr.‰. Carmim global: azul muito fraco aos onze minutos. Aos vinte minutos o azul é ainda muito fraco. Fenolsulfonaftaleína menos de 10‰. Pressão arterial: máxima, 18,5; mínima, 10. Índice oscilométrico, 6. Pêso, 66 quilos.

*Análise de urinas.* — Volume, três litros. Reacção ácida. Densidade, 1.006. Albumina, 0,60 gr. Sedimento: muitos glóbulos de pus. Não se vêem cilindros nem hemátias.

No segundo caso de rim poliquístico trata-se de uma doente:

M. J. M., de 38 anos de idade, operada em 20 de Setembro de 1929 pelo colega Carmona, de nefrectomia esquerda, com indicação que desconheço.

Aparece-me em 22 de Dezembro de 1930 com um tumor no flanco direito, volumoso, indolor, lobulado, de consistência dura. Urinas límpidas. Carmim global: azul fraco aos cinco minutos e forte aos sete minutos. Azotemia, 0,43 ‰.

A radiografia mostra que a sombra do rim direito é de enormes dimensões, vindo o polo inferior quasi ao nível da linha das cristas ilíacas. (a) *Gentil Branco.*

Reaparece em Fevereiro de 1933, com o tumor um pouco aumentado, zumbidos nos ouvidos, cefaleias, por vezes diarreias. Urinas muito abundantes e pálidas. Carmim global: azul fraco aos doze minutos, sem concentrar até aos vinte minutos. Azotemia, 0,60 gr. ‰. Pressão arterial: máxima, 19; mínima, 10. Índice oscilométrico, 3.

Em 28 de Dezembro último, bom aspecto geral, um pouco pálida, pupilas contraídas. Urina turva. Diurese abundante, cerca de três litros. Carmim global: azul fraco aos seis minutos, concentrando fracamente até aos vinte minutos, diminuindo de intensidade daí em diante. Azotemia, 0,59 ‰. Fenol-sulfonaftaleína, 15 ‰.

*Análise de urinas.* — Reacção ácida. Densidade, 1.011. Albumina, 1 gr. No sedimento: abundantes glóbulos de pus, bastantes hemátias. Não se viram cilindros.

O tumor, indolor, aumentado de volume, bosselado, duro, com contacto lombar, enche todo o flanco até à linha média.

São dois casos de rim poliquístico, em que as lesões predominavam à esquerda, como é de regra, e em que, pelo menos no meu caso, complicações de ordem infecciosa obrigaram à nefrectomia.

As lesões do rim restante continuaram a evolucionar, com o tipo urémico, insidiosa e lentamente, sem ter havido qualquer agravamento ou predisposição, criada pela nefrectomia, realizada, no meu caso, há cerca de nove anos, e, no caso do colega Carmona, há cerca de seis anos.

No rim poliquístico, cuja bilateralidade admito sem reservas, julgo que algumas vezes poderemos ser obrigados a intervir por nefrectomia, pois que a gravidade do prognóstico, sendo segura, se coloca a uma tal distância de tempo, que justifica a intervenção libertadora duma situação grave momentânea.

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

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

Rua da Palma, 240 - 246

**l i s b o a**



LISBOA MÉDICA

ODETTE  
ZEAU

**AUROTHERAPIA  
DA  
TUBERCULOSE**

por via intravenosa

**CRISALBINE**

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO  
(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 · 0 GR. 10 · 0 GR. 15

0 GR. 20 · 0 GR. 25 · 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular  
ou sub-cutanea

**MYOCHRYSINE**

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 · 0 GR. 05

0 GR. 10 · 0 GR. 20 · 0 GR. 30 · 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON : PARIS

Efectivamente, como provam os casos apresentados, a evolução do rim poliquístico restante é, na grande maioria dos casos, tão lenta, que se não fôra a certeza das suas lesões evolutivas, o prognóstico se poderia contrapor com vantagem, às freqüentes situações graves e mais precoces do rim único post-nefrectomia, por calcULOse ou tuberculose.

Um outro caso que vos desejo apresentar, de lesões no rim único post-nefrectomia, é o de:

E. M., de 39 anos de idade, que em 12 de Dezembro de 1930 vem à consulta, febril, temperatura de 39°, dor na região lombar direita, que se mantém há dois meses, piúria abundante e polaquiúria.

Micções tôdas as horas, de dia e de noite. Urinas fortemente purulentas. Nega cólicas e hematúrias. Nunca expeliu cálculos ou areias. Uretra permeável ao explorador n.º 20, sem ressaltos. Bexiga com boa capacidade, 300 cc. Rim direito, globoso, grande.

Cromocistoscopia: azul aos quatro minutos, do lado esquerdo; à direita não se nota eliminação. É hospitalizado.

A radiografia não revela sombras de cálculos. Rim direito bastante aumentado de volume e abaixado, mas de contorno regular. (a) *Raúl Pires*.

Cateterismo do uretero esquerdo, algália na bexiga para o rim direito. Experiência de uma hora. À esquerda, 40 cc. de urina com 13,45 gr. de concentração de ureia por mil, sem pus. A algália da bexiga não funcionou. Rim fechado.

Na colheita asséptica da urina não se observaram bacilos de Koch. Inoculações negativas. Ureia do sangue, 0,24<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

É operado de nefrectomia em 5 de Janeiro de 1931. Drenagem e taponamento.

*Exame histopatológico*: Pionefrose. Não se encontraram folículos tuberculosos. (a) *Parreira*.

Nas primeiras vinte e quatro horas do período post-operatório, oligúria pronunciada, 70 cc. de urina; nas vinte e quatro imediatas, 220 cc., e nos dias seguintes, à roda de 1.500 cc. e mais, estabelecendo-se como diurese habitual, passadas duas semanas, cêrca de dois litros e meio por vinte e quatro horas. Alta, curado, com urinas límpidas, muito gordo e ótimo estado geral.

Em 15 de Julho do mesmo ano aparece em anúria de quási vinte e quatro horas. Não tem dores. Teve uma ceia, com excessos de comida e de bebida, e não mais urinou. Não há urina na bexiga.

Cateterizo o uretero esquerdo. O cateter, depois de curta paragem, a 5 cm., progride até o bacinete. Começa imediatamente a funcionar, como se despejasse uma retenção. Quando o doente faz fôrça, a urina sai em jacto.

Grande poliúria de vários litros. Retiro o cateter às quarenta e oito horas, depois do que não mais urina durante vinte e quatro horas.

Radiografia simples do rim e uretero esquerdo não revela qualquer imagem radiológica do cálculo. Mau *film*.

Novo cateterismo com o mesmo obstáculo a 5 cm., que se vence.

Pielografia ascendente, em que se vê desenhar um rim de volume muito aumentado, com dilatação dos cálices e bacinete. Estas cavidades não se encontram deformadas. O uretero apresenta um trajecto normal. (a) *Aleu Saldanha*. (fig. 1).

O cateter funciona bem nas primeiras vinte e quatro horas, mas entope-



Fig. 1

-se depois, urinando o doente ao lado dêle, pela uretra. Retirado o cateter, de novo anúria, que nos leva à intervenção imediata.

Anestesia pelo éter em máscara fechada de Ombredanne. Incisão lombar. Gordura espessada, infiltrada e edemaciada. Rim grande, de aspecto pálido, como se fôsse uma grande bôlsa de hidronefrose. Puncionado com uma agulha, não dá líquido. Impossível a exteriorização do rim pelo seu volume e aderências. Depois de pequena incisão superficial, com o dedo atinjo o bacinete dilatado, mas sem líquido. Muito pouco sangue. Algália de Pezzer no bacinete.

A anúria mantém-se. Morte ao terceiro dia.

Na autópsia, rim enorme, quasi do tamanho do figado. Muita substância renal, um pouco infiltrada e muito congestionada. Bacinete dilatado, mas pequeno. Uma pequena concreção calcárea do tamanho dum cânhamo no cálice superior. A Pezzer penetra, atrás do bordo convexo do rim, na união do tærço médio com o tærço inferior e vai até o bacinete. No uretero, a 5 cm. da sua extremidade inferior, um pequeno cálculo fusiforme, amarelado, um pouco maior que um grão de trigo.

O uretero direito permeável em tãda a extensão conservada, depois da nefrectomia que foi feita dêsse lado.

Julguei interessante comunicar-vos êste caso, que parece infirmar a opinião corrente de que, na anúria calculosa, a operação fundamental e necessária é a nefrostomia.

Por êste caso, a confirmar-se em observações subseqüentes, pelo menos na anúria calculosa do rim único ou funcionalmente tal, parece não bastar desbloquear o rim, mas que mais seguro, senão indispensável, será eliminar o ponto da partida do arco reflexo, extraindo o cálculo.

Finalmente, desejo ainda apresentar-vos um último caso que foi levado ao III Congresso Hispano-português de Urologia e também publicado no respectivo livro de actas.

Trata-se de um caso de calculose num rim único, post-nefrectomia, por tuberculose do rim oposto.

A. A. C., de 62 anos de idade e 80 quilos de pêso, foi operado, pelo Prof. Francisco Gentil, de nefrectomia por tuberculose renal direita em 1911. Tinha hematúrias e baixa funcional acentuada do rim direito, cuja urina tuberculizou a cobaia.

Intervenção difícil, pela grande perinefrite existente, tendo sofrido simultâneamente suprarenalectomia direita, por lesões tuberculosas. Ficou com clamps e ferida tamponada.

No periodo post-operatório, hematúria violenta, acompanhada de pequena hemorragia pela ferida operatória.

Seis anos depois, em 1917, com febre e arrepios, mas sem cólica, entra em anúria, que dura oito dias.

Em 1923, cólica lombar esquerda, com expulsão de dois pequenos cálculos. Já quatro anos antes de ser nefrectomizado tinha tido, por duas vezes, cólicas, de que não sabe precisar o lado, com oligúria e mesmo anúria, expulsando dois pequenos cálculos, um do tamanho dum bago de arroz e outro maior, como o caroço duma azeitona.

Depois de 1923, por várias vezes sofre de cólicas lombares, com irradiação ao longo do uretero, febre alta, arrepios e crises de anúria passageira,

que dura algumas horas, mas que por fim cede ao uso de diuréticos e antiespasmódicos.

As urinas, abundantes, mantêm-se sempre turvas, purulentas, pálidas e descoradas, com pronunciado cheiro a *coli*.

Em 1927, uma radiografia revela a existência de dois cálculos do tamanho de avelãs, no rim esquerdo, único e infectado.

Em 1930, dezanove anos depois da nefrectomia, entra em crises sucessivas de cólicas e anúria, que me levam à intervenção, dez dias depois da última crise de anúria, com uma azotemia de  $0,68 \frac{0}{100}$ .

Por nefrotomia são extraídos os dois cálculos, com cura operatória.

Há, nesta observação, três aspectos que merecem ser considerados.

Primeiro, trata-se de um doente operado de nefrectomia por tuberculose e que em vez de fazer uma tuberculização do rim único, fêz uma calculose.

O segundo aspecto é que esta calculose se não pode atribuir ao tratamento de repouso ou recalçificante, a que o doente fôsse submetido, porquanto se tratava de um doente robusto, em que se não fêz êsse tratamento e em que a diátese calculose existia muito anteriormente aos sofrimentos e à intervenção por tuberculose renal.

Por fim desejo considerar a intervenção a que o doente foi submetido: uma nefrolitotomia.

A pielotomia é a operação aconselhada, sem dúvida, com a concordância unânime de todos os urologistas; há porém sempre a contar, nos casos de calculose renal infectada, com a perinefrite extensa e dura, que tantas vezes cerca e engloba o rim.

Era o que acontecia no meu caso, em que, ao pretender isolar o rim, só o conseguia fazer descolando a cápsula própria e descapsulando-o, o que me obrigou a fazer em más condições uma nefrolitotomia, sem exteriorizar o rim.

Tenho a impressão que a lesão que mais vezes se repete no rim único post-nefrectomia é a calculose renal, evidentemente por ser a calculose fruto duma diátese, que difficilmente se combate.

A localização renal neoplásica no rim único, post-nefrectomia por neoplasia, reputo-a possível, mas rara.

A tuberculização do rim único, post-nefrectomia por tuber-

culose ou o agravamento de lesões mínimas pre-existentes, não será muito freqüente, mas é logicamente provável, pela influência incontestável do terreno. Alguns casos tenho seguido em que sou forçado a admitir a tuberculização do rim restante, embora em nenhum dêles possua a confirmação científica certa e segura, que só a urografia intravenosa actualmente nos facilita, sem prejuízo do doente. São casos anteriores a êsse meio de exploração, que no futuro nos permitirá facilmente o esclarecimento completo de casos semelhantes.

*Serviços de Neurologia e Neuro-Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa*

Director : Prof. Egas Moniz

Chefe do Serviço de Neuro-Cirurgia : Dr. Almeida Lima

---

## POSSIBILIDADES NEURO-CIRÚRGICAS

A-propósito dum caso de hemianopsia bitemporal, com diplopia,  
por «tumor da hipófise»,  
curado após intervenção cirúrgica, seguida de radioterapia.

POR

RUY DE LACERDA

Assistente de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa  
Interno dos Hospitais Cívicos

### PITUITARY TUMOURS

Few other intracranial tumours better exemplify the rewards of early diagnosis and treatment at one extreme and the great hazards of a late diagnosis and treatment at the other.

In the early stages when the intracranial extension of the tumour produces only local effects and no intracranial pressure, the operation is now one of the safest in cranial surgery (*mortality of less than 5 per cent*).

DANDY

Há, na história da neuro-cirurgia, dois períodos nitidamente distintos: no primeiro, foi levada a efeito pela associação Neurologista-Cirurgião Geral; no segundo, passou a sê-lo por um único indivíduo — o Neuro-Cirurgião — simultaneamente ao facto da clínica neurológica e da técnica especial destas intervenções operatórias. Em todo o mundo esta orientação se mostrou preferível àquela, pelos melhores resultados obtidos, contribuindo para criar à volta da cirurgia do sistema nervoso uma atmosfera de maior confiança.

Desde Outubro de 1933 que em Portugal se procede da última das formas.

A criação do Serviço de Neuro-Cirurgia da Faculdade de

Medicina de Lisboa, onde trabalhamos, é porém mais recente, datando apenas de meados de 1934.

Os primeiros tempos foram tormentosos: anestésias a maior parte das vezes impróprias; um paradoxal aspirador que 50% das vezes, soprava; um afastador, luminoso de nome, mas, quasi sempre escuríssimo de facto; uma faca diatérmica que, em geral, nos negava o seu auxílio, etc.

Enfim, uma série interminável de deficiências, que prejudicavam altamente os bons resultados por que tanto porfiávamos. Hoje, a-pesar-das condições ainda não serem óptimas, são já bastante razoáveis, especialmente mercê dos valiosíssimos auxílios dispensados pelos Professores Dr. Egas Moniz e Dr. Francisco Gentil.

Os resultados a que se chegou não puderam, de forma alguma, furtar-se à má organização inicial; no entanto, e não obstante trabalharmos apenas há cerca de ano e meio, são satisfatórios, não colocando mal o Serviço de Neuro-Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa, ao lado dos seus congêneres estrangeiros.

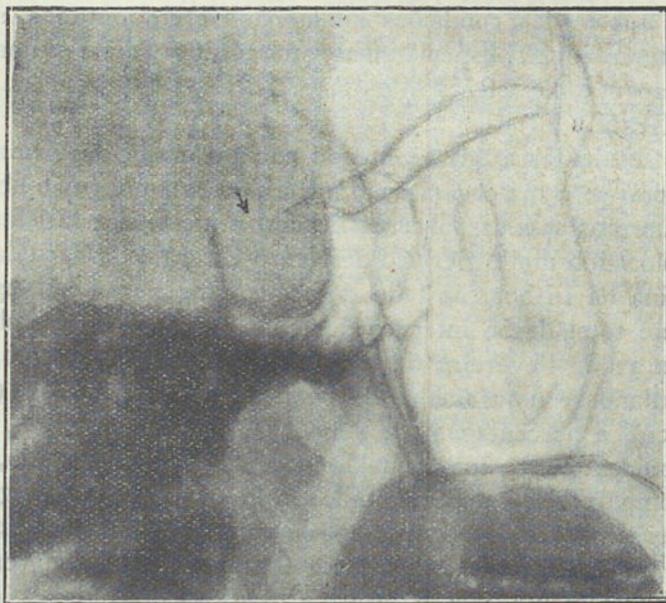
Num total de 50 intervenções cirúrgicas (27 de Outubro de 1933 a 22 de Fevereiro de 1935), das quais 42 por tumores intracranianos e uma apenas de pequena cirurgia nervosa (tumor glómico), a percentagem de sobrevivências foi de 78%, assim distribuídas: curas, 30%; melhoras, 28%; mesmo estado, 20%.

Comparem-se estes resultados com os obtidos nas grandes clínicas similares de outras Nações, onde a organização dos Serviços atingiu há muito o apogeu e é longa a prática, e verifique-se, honestamente, que, a-pesar-de tôdas as dificuldades iniciais, são bastante interessantes. Note-se que nunca se adoptou o vantajoso expediente de colocar o interesse estatístico acima do interesse dos doentes, deixando de operar todos aqueles em que a intervenção cirúrgica seria a única possibilidade de cura, embora a morte fôsse quasi certa.

Outro importante factor, cuja influência foi também consideravelmente desfavorável para a estatística, foi o da grande maioria dos doentes nos chegar, lamentavelmente, em períodos já muito avançados da evolução da doença. No entanto, os números, na sua grande eloquência, mostram que algo de animador se conseguiu. Não me parece arrojado prever que a muito melhores resultados se chegará, à medida que tudo se fôr aperfeiçoando.

Pouco a pouco se desfará a lenda de que as possibilidades da neuro-cirurgia são tão exíguas que em pouco ultrapassam o nada; criar-se-á em seu tórno aquela atmosfera de confiança, de que ela é, afinal, bem merecedora. Com isso muito terão a lucrar todos aqueles que na cirurgia nervosa, e só nela, poderão encontrar a possibilidade, ou, pelo menos, a probabilidade de cura.

É sempre mais profícuo argumentar com factos. A êles vamos, pois, apresentando o primeiro caso de tumor da hipófise operado



A. J. S.—Radiografia lateral do crânio.

A seta, indica a sela turca com o característico aspecto, em balão.

em Portugal e que revela bem as extraordinárias possibilidades neuro-cirúrgicas: tratava-se duma doente sofrendo de uma cegueira completa dos dois campos temporais e de diplopia, acompanhadas de sintomas acromegálicos. Os dados anamnésticos e de observação directa, e indirecta, impuseram o diagnóstico de adenoma cromófilo da hipófise. Posta a indicação operatória como única solução — a radioterapia hipofisária já havia sido tentada anteriormente, por impossibilidade de nessa ocasião se recorrer à intervenção cirúrgica, sem o menor êxito — ela foi levada a

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 inegalável »**

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 5/0 Rheno (Alemanha).

Do **OBRAMAG**

Dr. Herbert Fehniger, da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica da Charité de Berlim (Director: Prof. Dr. Fr. Kraus). Medizinische Klinik, nr. 26.

Em todos os casos tratados de arteriosclerose, hipertonia, asma cardiaca, angina pectoris e mesaortite sifilítica, prestou-se também particular atenção à influência na pressão sanguínea. Com 1-6 semanas de tratamento pelo Iobramag obteve-se em 77% dos casos um abaixamento nítido da pressão sanguínea de 10 - 35 m. m. de Hg. ao passo que em 19% dos mesmos casos se impediu, pelo menos, o aumento da pressão sanguínea, não obstante a execução de trabalho físico, em parte pesado. Dos doentes exclusivamente tratados com Iobramag 85% sofriam de incómodos subjectivos acentuados, tais como dôres de cabeça, vertigens, falta de ar a um pequeno esforço, etc. Com a administração do preparado ficaram livres destes incómodos subjectivos 35% e obtiveram melhoras 45%.

efeito. A região hipofisária, pelo seu difícil acesso, escassa superfície e perigosas vizinhanças (seios cavernosos, carótidas internas, comunicante anterior, quiasma óptico, motores oculares, etc.) é uma das localizações encefálicas mais dificultosas para a terapêutica operatória, constituindo, por isso mesmo, um dos melhores exemplos do alcance da neuro-cirurgia.

O fim em vista foi, a-pesar-de tudo, plenamente atingido, pois a doente encontra-se, actualmente, com os campos visuais normalizados e deixou de padecer de diplopia e de cefaleias.

Os sucessivos exames campimétricos (vide págs. 312 e 313), que acompanham a história clínica, elucidam ao mesmo tempo clara e sinteticamente a evolução da cura.

Juntam-se, também, duas fotografias obtidas após a operação. Por elas se poderá ver: a forma da incisão operatória, na primeira (vide pág. 310); o aspecto estético, na segunda (vide pág. 310).

A. J. S., de 26 anos de idade, solteira, serviçal, natural da Covilhã. 2 de Março de 1934.

#### ANAMNESE (R. Lacerda):

D. A. — Saíu de N. B., onde esteve internada cêrca de seis mêses, no dia 28 de Dezembro de 1933. Fez, nessa altura, tratamento pelos raios X (irradiação da hipófise), não tendo obtido o menor resultado.

A sua doença iniciou-se no verão de 1931, notando, a partir de então, diminuição de visão, à esquerda, e mais tarde, também à direita, embora menos intensa.

Diplopia desde que a deficiência de visão se tornou bilateral.

A acuidade visual tem diminuído progressivamente.

Diz que lhe sucede, por vezes, ao transpor as portas, bater com os ombros ou os cotovelos (indiferentemente esquerdos ou direitos) nas ombreiras das mesmas, que não vê.

Simultâneamente com o aparecimento desta sintomatologia, cefaleias não muito intensas e sem predilecção de localização, sobrevindo por crises pouco duradoiras e bastante espaçadas — dois dias e mesmo mais, por vezes. As cefaleias ainda hoje se mantêm, sendo agora, porém, quasi diárias. A sua intensidade continua a não ser muito forte, mas deixaram de ser generalizadas, para terem uma localização preferentemente frontal, irradiando, por vezes, para a nuca.

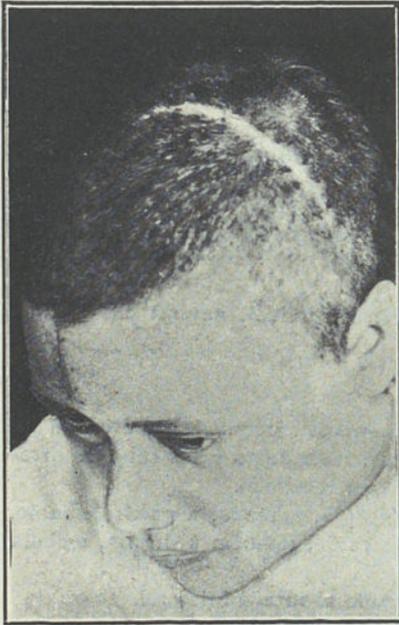
Inicialmente, não teve vômitos. Há porém seis mêses que êles se verificam, sendo secos, matinaes (ao levantar), e não acompanhados de estado nauseoso.

Há aproximadamente quatro anos que as mãos lhe começaram aumentando de volume. Os pés, que são maiores do que seria de esperar, atendendo

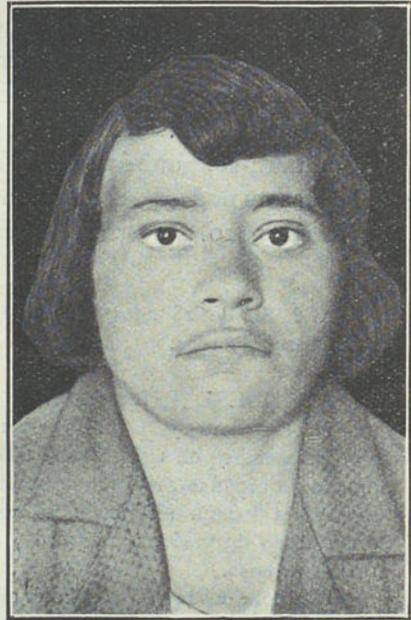
ao restante desenvolvimento do corpo, diz terem tido sempre, desde que é adulta, o tamanho que hoje apresentam.

Não tem, nem nunca reparou que tivesse tido, poliúria ou polidipsia.

Menstruada pela primeira vez aos 14 anos. Os primeiros períodos menstruais sucederam-se mensalmente. Há, contudo, sete anos que o intervalo diminuiu para quinze dias, assim se mantendo durante quatro a cinco meses, após os quais voltou a ser mensal. Há cinco anos elevou-se para dois meses, desta forma continuando cêrca de um semestre, passado o qual teve um in-



A. J. S. — Fotografia feita pouco tempo após a intervenção e deixando ver a forma e extensão da incisão cutânea.



A. J. S. — Fotografia actual. Notar o bom aspecto estético, post-operatório.

tervalo intermenstrual de cento e vinte dias. A partir de então, os espaços passaram a ser muito longos e variáveis — dois a três meses — até que em Setembro de 1931 a menstruação cessou por completo. Os períodos catameniais nunca foram dolorosos, sendo normais, a sua duração e a quantidade de sangue expulsa, excepto o último, que foi breve (um dia), e muito fluido e descorado o mênstruo.

A. H. — Pai vivo e saudável. Mãe falecida de neoplasia (?) num braço, aos 40 anos. Mãe teve um nado-morto. Uma irmã falecida de tosse convulsa aos sete meses. Seis irmãos vivos e todos saudáveis. Parece não haver antecedentes sífilíticos.

A. P. — Sezões aos 8 anos, com a duração aproximada de quatro meses.

Variola aos 4 anos. Não indica sintomas de onde possa inferir-se a existência de sífilis.

**OBSERVAÇÃO (R. Lacerda):**

**EXAME GERAL.** — *Facies* acromegálico. Pés e mãos mais volumosos do que seria de esperar, atendendo ao restante desenvolvimento do corpo. Apirética.

**EXAME DOS DIFERENTES APARELHOS, ÓRGÃOS E SISTEMAS:**

*Aparelho respiratório.* — Normal. Frequência respiratória, 18 por minuto.

*Aparelho cardio-vascular.* — Inspeção, percussão e auscultação da região precordial, nada revelando de patológico. Pulso cheio, rítmico, com boa recorrência, e frequência de 68 por minuto. Tensão arterial na humeral esquerda (Pachon): Mx. 12. Mn. 6. I. O. 3.

*Aparelhos restantes.* — Todos normais.

*Órgãos dos sentidos.* — Todos normais, excepto o da visão.

*Sistema linfático.* — Sem alterações patológicas.

*Sistema nervoso.* — Ver observação especial.

**EXAME ESPECIAL DO SISTEMA NERVOSO:**

*Marcha.* — Normal.

*Movimentos segmentares, activos e passivos.* — Todos mantidos.

*Fôrça segmentar.* — Mantida e igual de ambos os lados.

*Reflexos tendinosos: bicipitais e tricipitais.* — Ligeiramente vivos e iguais de ambos os lados.

*Patelares.* — Idem, idem (área reflexogénia levemente aumentada, bilateralmente).

*Aquilianos.* — Vivos e iguais, à esquerda e à direita.

*Reflexos cutâneos: Plantares.* — Em flexão.

*Abdominais.* — Mantidos e iguais dos dois lados.

*Reflexos patológicos: Babinski.* — Bilateralmente ausente.

*Oppenheim.* — Idem.

*Gordon.* — Idem.

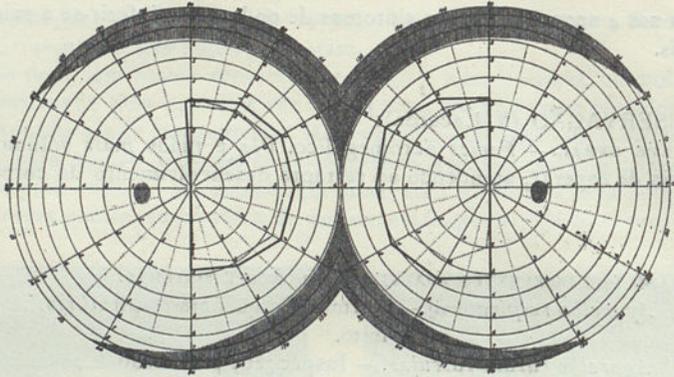
*Provas cerebelosas: Pr. calcanhar ao joelho.* — Normal.

*Pr. dedo ao nariz.* — Idem.

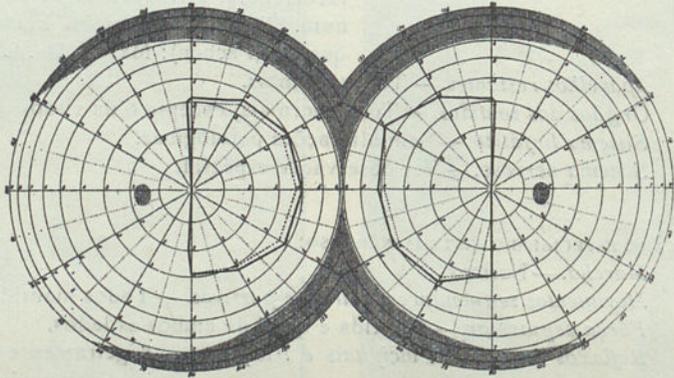
*Adiadocinesia.* — Não existe.

*Sensibilidades, superficial (alfinete, pincel, tubos, com gêlo e água quente), profunda (posições dos vários segmentos) e especial (prova dos números).* — Tôdas normais.

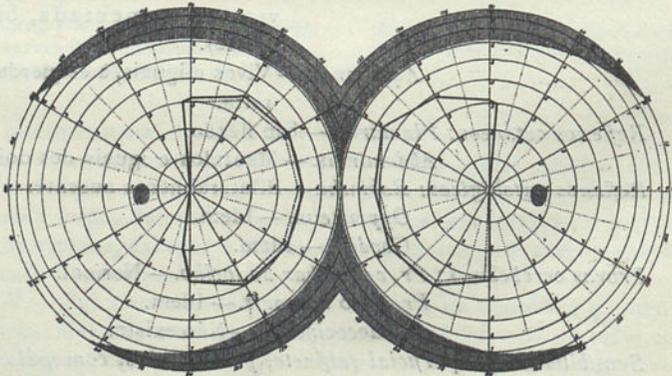
Exames dos  
(C. Bjer  
Índices  
A.



I  
21-III-934. — Véspera da operação



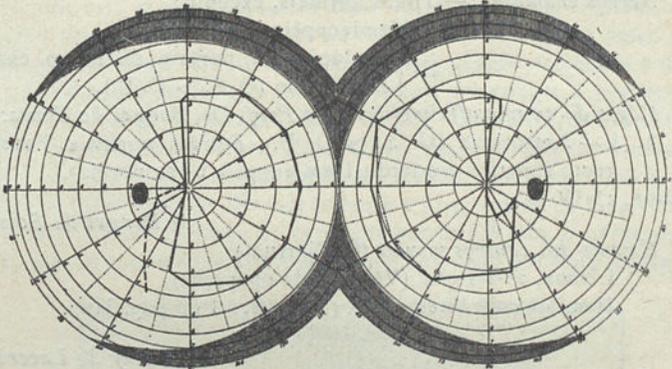
II  
28-IV-934 — 36 dias após a operação



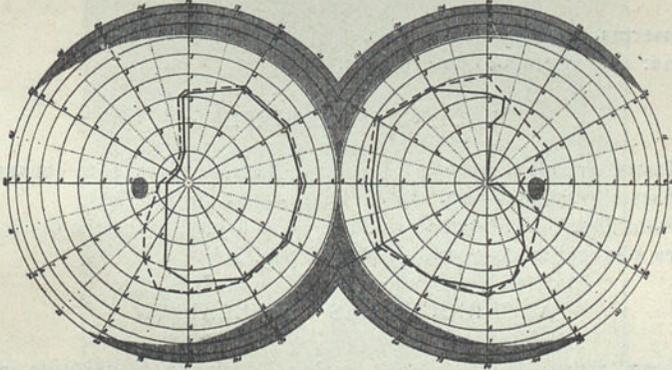
III  
13-VI-934. — 81 dias após a operação

-----  
-----  
.....

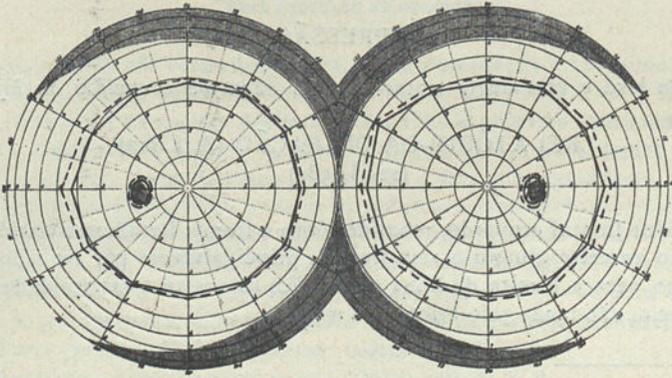
campos visuais  
rum)  
brancos  
S.



IV  
5-X-934. - 195 dias após a operação



V  
6-XI-934. - 227 dias após a operação



VI  
2-II-935. - 315 dias após a operação

20  
2.000  
5  
2.000  
3  
2.000

*Nervos cranianos.* — Todos normais, excepto:

II Hemianopsia bitemporal.

III { Diplopia por paresia do nervo esquerdo.  
Anisocoria (O. S. > O. D.).

*Cópia do exame oftalmológico do Prof. Dr. Borges de Sousa:*

A. J. — Anisocoria (O. S. > O. D.). Fundos normais. Paresia do recto superior esquerdo. Hemianopsia bitemporal.

Lisboa, 15-IV-933.

a) *Borges de Sousa.*

*Exame dos campos visuais* (C. Bjerrum):

Lisboa, 21-III-934. (Véspera da operação).

Hemianopsia bitemporal. (V. gráfico I da pág. 312).

a) *Ruy de Lacerda.*

*Estado mental.* — Normal.

### ANÁLISES

Wassermann (sangue): negativo.

Urina: sem alterações patológicas.

### RADIOGRAFIAS SIMPLES

I Mostra grande aumento de volume da sela turca com conservação das apófises clinoides — aspecto em balão — (fig. da pág. 308).

II *Feita depois da intervenção:* deixa ver a forma do retalho ósseo levantado para a execução da operação (fig. da pág. 315).

### ARTERIOGRAFIAS CEREBRAIS (1)

Indicam atraso da circulação cerebral, derivada da carótida interna, por uma provável compressão, nas origens do grupo silvico e cerebral anterior, como é habitual nos tumores da região quiasmático-hipofisária.

### IMPRESSÃO

Tudo leva a crer dever tratar-se dum *adenoma cromófilo da hipófise.*

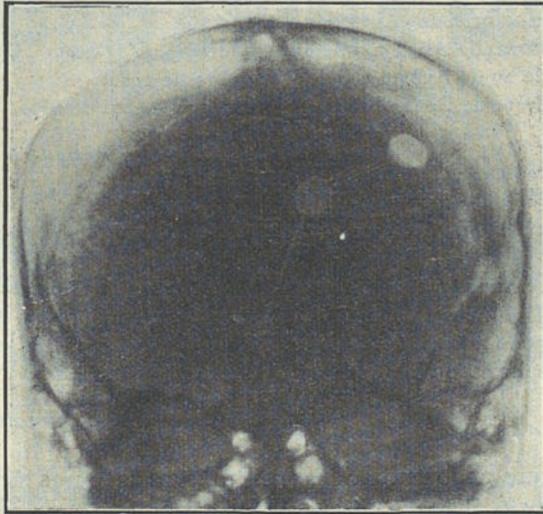
### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO (A. Lima)

(22-III-934)

Escalpe frontal esquerdo, rebatido sobre a fronte. Retalho ósseo clássico. O orifício anterior atingiu o seio frontal, principalmente por ter sido feito um pouco para a direita da linha média. Foi só aberta a extremidade superior do seio, não tendo sido atingida a mucosa.

(1) V. *L'Angiographie cérébrale*, Prof. Egas Moniz. Pág. 136.

Foi, por esta razão, necessário abrir outro orifício de trépano um pouco mais para cima e para a esquerda. Levantamento do retalho ósseo sem acidentes, embora fôsse difícil cortá-lo, dada a grande espessura e dureza do ôsso. Descolamento da dura do andar anterior, até atingir a pequena asa do esfenóide; corte da mesma ao longo do seu bordo livre, numa extensão de 3 a 4 cm. A partir desta altura, fêz-se sentir muito a falta de iluminação conveniente. A falta de tesouras apropriadas tornou, também, difícil a abertura da dura, na profundidade. Retracção lenta e progressiva do lobo central, tornando visível numa extensão de aproximadamente 8 mm. o nervo óptico esquerdo, que se encontra distendido e como achatado por uma massa tumoral



Radiografia antero-posterior do crânio,  
mostrando a forma do retalho ósseo levantado  
para execução da operação.

encapsulada, de cor vermelha escura. A má iluminação e a péssima anestesia (a doente tinha, por vezes, movimentos bruscos) não permitiram a exploração mais minuciosa da região. Assim, não foi visto o quiasma nem o nervo óptico direito. Abertura da cápsula do tumor imediatamente para dentro do nervo óptico esquerdo, numa extensão de cerca de 5 mm., conseguindo-se, desta forma, uma pequena abertura onde se introduziu o aspirador, aspirando o conteúdo, que era de consistência mole e de cor avermelhada escura. Pelas más condições em que trabalhávamos e porque a região sangrava bastante, pareceu-me prudente nada mais tentar. A hemorragia sustou-se pela aspiração sobre pequenas compressas de algodão embebidas em soro fisiológico quente.

*Encerramento:* Como é habitual nestas intervenções.

*Anestesia:* Avertina intra-rectal e local pela N. S. A.

*Operador e ajudantes:* Almeida Lima, Ruy de Lacerda e F. Gonçalves.

DIÁRIO  
(resumo)

Sessões de irradiação hipofisária:

Recebeu três séries de sessões de raios X, nas seguintes condições:

4 campos	}	temporal esquerdo.
		temporal direito.
		frontal esquerdo.
		frontal direito.

Voltagem, 130 kv. Intensidade, 4 mA.

Distância, 30 cm. Filtro, 0,25 Cu + 1 Al.

Dose total em cada campo: 600 r X em cada série, em doses fraccionadas de 100 r X uma vez por semana.

1.ª série, de 26 de Abril a 7 de Junho de 1934.

2.ª série, de 27 de Agosto a 8 de Dezembro de 1934.

3.ª série, de 11 de Dezembro de 1934 a 25 de Janeiro de 1935.

a) *Bénard Guedes.*

Desaparição das cefaleias: 22-IV-1934.

Desaparição da diplopia: 8-XII-1934.

Exames sucessivos dos campos visuais (C. Bjerrum): V. págs. 312 e 313.

*Cópia do exame oftalmológico do Prof. Borges de Sousa.* — (2-III-1935).

Os fundos dos olhos são normais. Hemianopsia desapareceu, sendo normais os campos. Visão central mantém-se boa, tendo melhorado um pouco no lado direito (quasi 6/6).

a) *Borges de Sousa.*

O caso que acabamos de apresentar parece-nos revelar bem o vasto alcance da cirurgia endo-craniana, pois representa uma das intervenções neuro-cirúrgicas mais delicadas e, a-pesar-de tôdas as muitas deficiências, levada a cabo com completo êxito.

Diz Dandy (citação feita no princípio do nosso trabalho), que os tumores da hipófise, quando diagnosticados precocemente, dão menos de 5 % de mortalidade. Grato nos é podermos terminar com uma afirmação que de certo modo nos compensa das muitas contrariedades havidas. Temos em quatro casos operados por tumor da hipófise: duas curas completas, uma cura parcial e um doente sensivelmente no mesmo estado. Por consequência, o % de mortalidade. Sabemos bem que o número, ainda bastante exíguo, de operações, não é suficiente para que esta estatística tenha um extraordinário valor. A-pesar disso, parece-nos, contudo, que os incrédulos nas possibilidades da neuro-cirurgia — médicos e doentes — algumas vantagens poderão tirar da sua apresentação.

LISBOA MÉDICA



# PIPERAZINA MIDY

O ANTI-ÚRICO TIPO



# PROVEINASE MIDY

VARIZES - FLEBITES - HEMORROIDAS  
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



# POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL  
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY - 67, Avenue Wagram - PARIS (17)

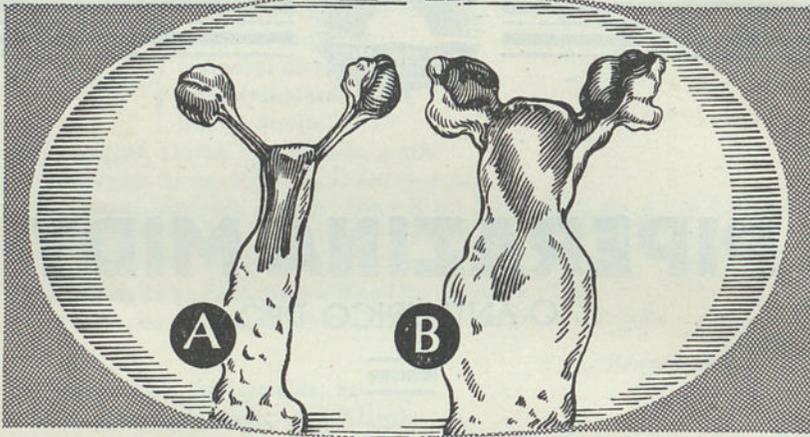
ou aos Agentes-depositários

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

Efeito do Progynon sobre o utero duma macaca infantil

A = animal de controle

B = animal submetido ao tratamento



# PROGYNON

*Schering*

Hormona folicular estandardizada  
de alta concentração

**INDICAÇÕES:** *PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA  
AMENORREIA SECUNDARIA.*

**Embalagens originais:**

Frascos com 15 e 30 drageas de 150 U. Rato  
Schering = 750 Unid. Internac. cada dragea

**Progynon B oleoso**

Caixas com 3 amp. de 1 c.c. com 10.000 U. Rato  
Schering = 50.000 Unid. Internac. cada amp.

Caixas com 1 amp. de 1 c. c. com 50.000 U.  
Rato Schering = 250.000 Unid. Internac.



**SCHERING S. A. PORTUGUESA R. L., Lisboa**  
Apartado 279

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIM

(Do Serviço do Prof. Pulido Valente)

ACÉRCA DUM CASO DE «PITYRIASIS VERSICOLOR»  
PROVOCANDO A LOCALIZAÇÃO  
DUM EXANTEMA DE «LUES» SECUNDÁRIA TARDIO

POR

J. MORAIS CARDOSO

A «Pityriasis versicolor» (P. V.) era tida, pelos antigos autores, como simples saprofitia [UNNA (1) e outros]. A histologia da doença limitava-se, para êles, à descrição do *microsporum furfur*, com os seus filamentos de micélio e esporos como que em cultura pura, desenvolvendo-se ao nível da camada mediana do extracto córneo, não ultrapassando nunca para baixo a basal desta. O parasita exerceria pura acção mecânica a dissociar entre si as células córneas e a originar a fina descamação lamelosa que faz parte da sintomatologia clínica da doença e nos serve de sinal distintivo de outras doenças maculosas. DARIER (2) e JOURNALIA (3), mesmo em publicações recentes, seguem as pisadas dos antigos. Os exames histológicos nesta doença são raros, pois é sempre difícil convencer um doente portador de moléstia tão inofensiva e que provoca raramente sintomas subjectivos a deixar-se excisar um fragmento de pele.

WAELSCH (4) foi o primeiro a dar uma descrição pormenorizada das alterações das camadas mais profundas da pele na P. V.

Estas alterações são banais: espongiose, hiperemia dos capilares superficiais da derme, com infiltração serosa e celular perivascular ao nível das manchas. Ficava assim posta em dúvida a opinião de UNNA. KYALE (5), outro autor que se ocupa dêste assunto, nega estas alterações e declara que quando existem são de natureza secundária. MASSIA e ROUSSET (6), nos exames a que procedem, nem se referem à derme. Já vários clínicos tinham apontado razões que faziam suspeitar de que esta infecção da

epiderme se acompanhava de reacção inflamatória da derme. Assim, JESIONEK (7) afirmava haver sempre hiperemia das zonas parasitadas e transudação do corpo mucoso quando se eliminavam as camadas mais superficiais da epiderme. JADASSOHN (8) observou um caso de P. V. circinada, de pequenos anéis (Klein circinär), afirmando que lesões da mesma morfologia são conhecidas na *lues*, no eritema microcircinado, na Psoriasis e no eczema seborreico, doenças estas infecciosas ou tóxicas, mostrando que o desenvolvimento desta forma de lesões depende dum particular estado de alergia cutânea individual. Recentemente GOUGEROT (9) descreve várias formas de P. V. eritematosas, circinadas, numulares, escamosas ou não.

Leva-nos a publicar o caso descrito nas linhas que se seguem o facto de, em nosso entender, êle vir confirmar a tese defendida por WAELSCH e porque, segundo nos parece, não há na bibliografia do assunto caso semelhante.

Só conhecemos dois casos publicados de coexistência de P. V. e *lues*: num, KINGSBURY (10) relata uma *lues* máculo-papulosa generalizada, em que as lesões desta são recobertas parcialmente por grandes placas de P. V.; noutro, FISCHER (11) apresenta um caso de roséola luética difusa, cujas máculas se tornam papulosas numa grande placa pré-esternal de P. V. Em nenhum dos casos há predilecção da localização das sífilides pelas manchas de P. V.; no segundo as lesões situadas nas manchas de P. V. fogem do tipo geral do exantema.

Maria E. A., de 24 anos de idade, casada, procura-nos na Consulta de Dermatologia do Hospital Escolar, hoje internada na Enfermaria M2B, câma n.º 1 (Serviço do Prof. Pulido Valente), por causa de afecção cutânea aparecida há um mês. Há seis anos, segundo declara a doente, notara manchas de outro aspecto no tórax, à frente, que aumentaram muito lentamente e se espalharam depois ao resto do tórax. Nunca deu grande importância a estas primeiras lesões, que a não incomodavam, e por isso nunca se tratou.

A observação mostra-nos manchas nitidamente delimitadas, de cõr amarelo-acastanhada, variando ligeiramente a tonalidade da cõr conforme as zonas, umas circulares, do tamanho duma moeda de dez escudos, outras maiores, de bordos policíclicos, apresentando à superfície uma descamação lamelosa muito fina, aumentada quando se raspa com a unha. Há uma mancha grande ocupando a zona intermamária, que sobe até ao nível do 2.º espaço intercostal, invadindo, de ambos os lados, a parte interna da pele das

mamas e desce até três dedos para cima do umbigo. Há outra mancha grande recobrinho a face posterior do pescoço, estendendo-se para baixo até ao nível da 7.<sup>a</sup> cervical, às faces laterais e anterior do pescoço, com pequenas intermitências. Das manchas das faces laterais do pescoço partem prolongamentos que vêm quasi até à clavícula. Notam-se ainda manchas circulares esparsas nos bordos anteriores e nas cavidades axilares, pregas submamárias, espaço interscapular, flancos e nádegas. Não há manchas desta doença na face, nem sinais de irritação de qualquer das manchas, nomeadamente nas pregas. O exame directo das escamas mostrou haver o *microsporum furfur*, com a forma de filamentos de micélio e agrupamento de esporos na forma clássica conhecida. Como acabamos de mostrar, trata-se duma vulgar P. V. e, se apresenta alguma raridade, é a do desenvolvimento no pescoço.

Há, a-par dêste outro exantema constituído por uma erupção de pápulas de diâmetro variando de meio a dois centímetros, bastante elevadas sôbre o nível da pele, duras à palpação, de resistência elástica, de côr castanho-avermelhado e recoberto de grandes escamas. Há dêstes elementos localizados na vulva e ânus, na face, no sulco naso-labial junto às commissuras labiais e alguns grupos no coiro cabeludo. Todo o exantema restante é constituído por grupos mais ou menos numerosos de pápulas localizados exclusivamente em algumas das manchas de P. V. descritas. Há manchas de P. V. com uma só pápula (face anterior do tórax), há outras (a intermamária, a do pescoço, a interscapular e as axilares) como sede de muitas, sendo curioso observar que se limitam tôdas rigorosamente dentro das manchas da P. V. Há-as mesmo situadas exactamente junto aos bordos das manchas sem nunca os ultrapassarem (ver fotografias). Não há lesões das mucosas; há micropoliadenia. A reacção de Wassermann é fortemente positiva. A infiltração destas pápulas regressa rapidamente, ao fim de algumas injecções de bismuto e de Neosalvarsan, ficando reduzidas a simples manchas em descamação. Pelo que fica exposto, êste segundo exantema é o de uma banal *lues* pápulo-escamosa, de grandes pápulas agrupadas, sem notável difusão sôbre o tegumento e, como tal, com as características do secundarismo tardio.

É sabido o papel importante exercido por traumatismos de tôda a ordem na localização das manifestações da *lues* e das doenças infecciosas em geral. Na pele, em especial, é de observação corrente a localização dos exantemas nos pontos expostos a irritações as mais variadas: o maior grau de temperatura, humidade, atritos, tatuagens, manifestações de outras doenças, por exemplo o eczema seborreico, etc. O que parece ser o fenómeno comum determinante da localização é a inflamação e nesta as alterações vasculares. Pelo que fica exposto parece-nos que esta nossa observação clínica poderá ser apresentada como um argumento de valor em favor da existência de lesões inflamatórias

na P. V. Fazendo fé pela bibliografia do assunto, é realmente estranho que não tenham sido publicadas observações análogas à nossa, dada a freqüência das duas doenças. É possível que a explicação resida na raridade ou pequena intensidade da reacção inflamatória da pele na P. V. e assim RÜETE (12) acentua que possivelmente a existência ou não de lesões inflamatórias dependa da idade da doença: lesões recentes provocariam reacção e as antigas não, ou ser a inversa verdadeira, isto é, nos focos antigos haveria inflamação provocada pela libertação das toxinas do fungo destruído. Somente a biopsia em série poderia dar uma idea da freqüência daquelas lesões.

À PROPOS D'UN CAS DE PITYRIASIS VERSICOLOR  
DÉTERMINANT LA LOCALISATION  
D'UN EXANTHÈME DE SYPHILIS SECONDAIRE TARDIF

M. CARDOSO rapporte l'observation d'un cas de Pityriasis versicolor de grandes plaques et de petites taches circulaires distribuées sur le tronc et sur le cou, datant depuis 6 années. Il y a un autre exanthème plus récent, papuleux secondaire luétique tardif dont la localisation se fait par ses papules agroupées, surtout sur le tronc, seulement sur quelques unes de ces taches de P. V. et en dedans d'elles exactement circonscriptes. Il n'y avait pas aucuns symptomes d'irritation local. L'auteur croit que ce cas plaide en faveur de l'existence de réaction inflammatoire dermique de la peau infectée par le microsporum furfur, altérations réfutées par beaucoup d'auteurs, et il incrimine parmi celles-ci les altérations vasculaires comme déterminantes de la localisation de la syphilis.

L'auteur présente photographies.

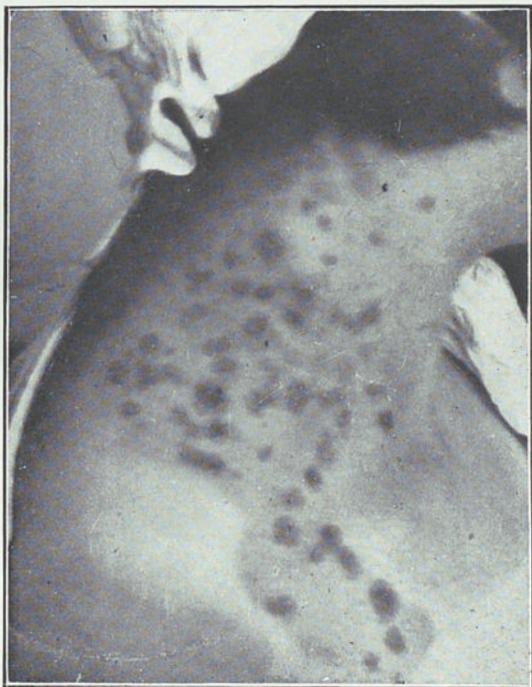
ÜBER EINEN FALL VON PITYRIASIS VERSICOLOR  
DER DIE LOKALISATION EINES SPÄT-SEKUNDÄREN LUETISCHEN  
EXANTHEMS BEDINGT HAT

M. CARDOSO beschreibt einen P. V. Fall der seit 6 Jahren besteht und der aus grossen Plaques und kleinen runden Flecken, besonders am Stamm u. am Halse lokalisiert, zusammengesetzt ist.



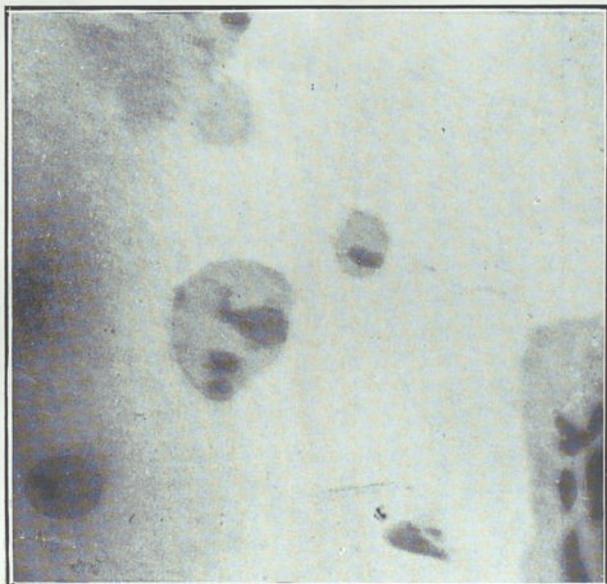
Fotog. 1. — Mancha do espaço intermamário





Fotog. 2. — Mancha do pescoço à direita





Fotog. 3.—Manchas pequenas da face anterior do tórax à direita  
(mostram quasi tôdas sobreposição do do exantema luético)



Seit einem Monat besteht ein zweites, aus gruppierten Knötchen zusammengesetztes Exanthem, von säpt-sekundären Lues dessen Lokalisation genau auf die Bezirke der P. V.-Plaques beschränkt bleibt u. dessen Ränder sie nirgends überschreiten. Zeichen von örtlicher Reizung waren nicht vorhanden.

Der Verfasser glaubt, dass dieser Fall für das Bestehen von einer entzündlichen Reizung seitens der Koriums bei der P. V. spricht, eine Tatsache die nicht von vielen Autoren angenommen wird, und ist der Ansicht dass die vasculären Veränderungen in seinem Fall für die Lokalisation der Syphilis bestimmend waren.

Es liegen Photographien vor.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) UNNA. — Die Histopathologie der Haut Krankheiten. Berlin. 1894. Pág. 1204.
- 2) DARIER. — Précis de Dermatologie. 4.<sup>a</sup> edição. 1928.
- 3) JOULIA. — Mycoses. Traité de Dermatologie et Clinique thérapeutique (G. Doin et C<sup>ie</sup>). 1933.
- 4) WAELSCH. — Citado por RUETE (12).
- 5) KYRLE. — Vorlesungeu über Histo-Biologie der menschlichen Haut u. ihrer Erkrankungen. Berlin. J. Springer. 1925. Pág. 304.
- 6) MASSIA et ROUSSET. — Remarques sur l'histologie pathologique du Pityriasis versicolor. *Revue Française de Dermatologie et Vénérologie*. 1930. 6. N.º 2. Ref. da *Dermat. Wochenschrift*. 1930. N.º 43. Pág. 1604.
- 7) JESONEK. — Citado por RUETE (12).
- 8) J. JADASSOHN. — Schles. Dermatol. Ges. Sessão de 2-II-924. Ref. do *Zentralbl. f. Haut u. Geschlechts Krankheiten*. Vol. XII. Pág. 131.
- 9) H. GOUGEKOT. — Pityriasis versicolor atypiques. *Presse Médicale*. N.º 37. 1932.
- 10) KINGSBURY. — Syphilis and Tinea versicolor. *Mannathan Dermat. Soc.* 10-1-928. Ref. *Zentralblatt. f. Haut u. Geschlechts Krankheiten*.
- 11) M. FISCHER. — Schl. Dermat. Ges. Sessão de 25-VII-925. Ref. *Zentralblatt f. Haut u. Geschlechts Krankheiten*. Vol. XVIII. Pág. 757.
- 12) A. RUETE. — Pityriasis versicolor. *Handbuch der Haut u. Geschlechts Krankheiten*. Vol. XI. Pág. 696.

## Revista dos Jornais de Medicina

Encefalites e mielites consecutivas ao tratamento pelos arsenicais pentavalentes. (*Arsphenamina*) *So-Called Hemorrhagic encephalitis and myelitis secondary to intravenous Arsphenamines: Based on Review of one hundred and fifty-eight cases*, por M. A. GLASER, C. P. IMERMAN e S. W. IMERMAN. — *Americal Journal of Medical Sciences*. N.º 185. Janeiro de 1935.

Segundo os AA., a mortalidade em casos de encefalite ou mielite secundárias a injecções intravenosas de produtos arsenicais pentavalentes (*Arsphenamina*) é de 76 0/0. Há aproximadamente um caso mortal, devido a complicações nervosas mentais, em cada 5.398 casos tratados e em cada 28.768 injecções. A designação de «encefalite hemorrágica» não é, segundo os autores, aplicável com correcção a estes casos. Os fenómenos tóxicos podem manifestar-se em doentes não sifiliticos e não estão em relação nem com a dose de medicamento empregada, nem com o número de injecções, nem com a toxicidade própria da droga, nem com a idade ou sexo do doente. É mais freqüente após a ministração da segunda dose de medicamento, embora haja quem tenha apontado o aparecimento dos fenómenos tóxicos só após a décima quinta injecção. Há também casos relatados nos quais uma primeira série de tratamento não trouxe complicação alguma, tendo-se esta manifestado quando, anos depois, novamente se estabeleceu idêntico tratamento.

Os sintomas, que denotam o envolvimento do sistema nervoso no processo tóxico, podem manifestar-se de doze horas a setenta dias após a injecção, mas vulgarmente desenvolvem-se no período que segue a injecção de doze a cento quarenta e quatro horas.

Os sintomas principais são: cefaleias, vômitos, instabilidade nervosa, arrepios, náuseas, febre, cianose, alterações respiratórias e do pulso. Os sintomas neurológicos mais freqüentes são: convulsões, perda do conhecimento, alterações dos reflexos pupilares e dos movimentos do globo ocular, modificações dos reflexos, relaxamento dos esfínteres, perturbações mentais, rigidez da nuca, paralisias, etc. Pode encontrar-se apenas mielite ou encefalite, mas mais freqüentemente trata-se de uma encefalomielite, com ou sem associação de meningite.

A reacção tóxica aos arsenicais é certamente difusa, sendo o aspecto focal dado porque certo órgão ou sistema é mais atingido ou responde mais, clinicamente, do que outros. O diagnóstico clínico deriva do órgão principalmente atingido e cuja sintomatologia predomina; assim, teremos uma encefalite, quando dominem os sintomas cerebrais; mielite, quando os sintomas

medulares forem os mais evidentes; hepatite, se o fígado for o órgão a apresentar mais evidente sintomatologia.

À terapêutica desintoxicante devem-se associar os meios medicamentosos ou operatórios necessários para diminuir a hipertensão intracraniana.

ALMEIDA LIMA.

**Complicações cerebrais das otites médias nas crianças.** (*Cerebral manifestations following otitis media in infancy and in early childhood, with particular reference to occurrence of Jacksonian convulsions, conjugate deviation of head and eyes and hemiplegia*), por C-B. COURVILLE e J. M. NIELSEN. — *American Journal of Diseases of Children*. N.º 49. Pág. 286. Janeiro de 1935.

Os AA. indicam as características de um complexo sintomático que se apresenta em certos casos de otite média nas crianças. O início por ataque jacksoniano, atingindo principalmente o braço e a face, freqüentemente associados com desvio conjugado da cabeça e dos globos oculares, seguido de parestesia ou paralisia do membro ou membros afectados, e em geral concomitante com um estado febril, faz pensar numa origem vascular destas perturbações. O decurso clínico é muito variável de caso para caso, assim como a duração das manifestações neurológicas. Nalguns casos, o doente restabelece-se completamente numa semana, ao passo que em outros, provavelmente por se darem alterações orgânicas corticais, as parestesias residuais podem manter-se durante meses.

O início brusco das manifestações cerebrais torna muito plausível a hipótese de uma infecção por via sanguínea. A lesão em si pode ser tóxica ou trombótica. As lesões tóxicas são transientes. As lesões trombóticas, que produzem amolecimento, podem ser localizadas ou difusas. Cicatrizes cerebrais permanentes resultam destas últimas lesões, o que não quer dizer que as paralisias residuais não se possam curar sem deixar qualquer manifestação observável clinicamente. De uma infecção do trombo pode resultar uma encefalite difusa não purulenta ou uma encefalite purulenta localizada (abcesso).

Estas manifestações neurológicas, relativamente freqüentes nas otites médias das crianças, indicam uma lesão do lobo parietal e da porção inferior da região motora, não tentando os AA. explicar porque se dá de preferência esta localização, que, segundo os próprios indicam, pode verificar-se em outras doenças infecciosas agudas.

ALMEIDA LIMA.

**Tumores cerebrais apresentando calcificações visíveis nas radiografias.** (*Shadows of calcified Brain Tumours in the X ray pictures*), por L. PUUSEPP e S. ZLAFF. — *Folia Neuropathologica Estoniana*. Vol. XIII. Pág. 58. 1934.

É pequena a percentagem dos tumores intracranianos que apresentam uma densidade tal que produzam uma sombra visível na radiografia. Quasi

sem excepção, o aumento de opacidade é produzido por deposição de sais de cálcio no tumor.

Resumindo as observações apresentadas pelos autores, vemos que em seis casos de tumor cerebral calcificado a sombra que projectavam no *film* radiográfico era perfeitamente limitada, permitindo só pelo seu exame fazer o diagnóstico da localização do tumor. As localizações eram as seguintes: hemisfério cerebeloso direito, região interpeduncular, lobo occipital direito, lobo temporal direito, lobo parietal esquerdo e região intundibular.

O diagnóstico radiológico foi verificado na intervenção cirúrgica (casos I, II, III, V e VI), ou na autópsia (casos II, IV e VI).

O exame histológico revelou tratar-se de tubérculos em três casos (50%) casos I, II e V e de meningiomas nos três casos restantes.

Como indicam os AA., a sombra na radiografia nem sempre representa a forma e os contornos dos tumores, pois o tumor não se encontra, em regra, totalmente calcificado; em casos de tubérculos é freqüente porém mostrar a radiografia uma imagem que corresponde perfeitamente às dimensões e contornos do tumor; é o que sucedia nos três casos de tubérculo apresentados neste artigo. Nos casos de meningioma as calcificações encontravam-se só no centro da neoplasia, sendo esta, portanto, muito maior do que a sombra projectada na radiografia.

Os AA. lembram, para evitar possíveis erros de diagnóstico, que se podem encontrar calcificações intracranianas sem significado patológico; as principais são: calcificações da pineal e das granulações de Pacchioni, freqüentes em indivíduos com mais de 40 anos de idade; calcificação dos plexos, coróides, da tenda do cerebelo e da foixe do cérebro, menos freqüentes.

ALMEIDA LIMA.

Estudos experimentais das relações da hipófise com a acção insulínica e adrenalínica. (*Further Experiments ou Relation of Pituitary Gland to action of insulin an adrenalin*), por O. COPE e H. P. MARKS.—*Journal of Physiology*. N.º 83. Pág. 129. Dezembro de 1934.

As experiências executadas pelos AA., em coelhos, são concordantes com a hipótese de que o lobo anterior da hipófise desempenha um papel importante na acção glicogeniolítica da adrenalina, e que, faltando o lobo anterior da hipófise, o glicogénio, pelo menos o do fígado, torna-se resistente à mobilização pela epinefrina.

Os AA. verificaram que após a remoção da hipófise as supra-renais respondem normalmente à hipoglicemia insulínica, libertando a epinefrina para a corrente sanguínea, mas que êste aumento de epinefrina não consegue, nestas circunstâncias, restituir o nível de açúcar no sangue, baixado pela insulina, ao seu nível normal, a-pesar-de existirem amplas reservas de glicogénio hepático.

A resposta hiperglicémica à injecção de epinefrina está do mesmo modo diminuída.

Alterações inversas, isto é, resistência à acção da insulina e aumento de

# 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

## 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 — Lisboa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisboa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

L I S B O A

O opoterápico genial do prof. Serono  
(AUTOR DA «BIOPLASTINA»)

é a

## Peptopancreasi "Serono"

(Extracto de suco gástrico e pancreático)



*A principal preparação científica e racional, como estimulante das funções gastro-intestinais, especialmente indicada no tratamento das atonias devidas a catarros crónicos ou de causa nervosa, das dispepsias, da gastrosucorreia e dos*

**vómitos incoercíveis das grávidas**

Para combater a hipertensão arterial  
a Ipotenina «Serono»

é um excelente preparado, baseado na conhecida acção terapêutica dos nitratos e dos nitritos, como vaso-dilatadores.

É, portanto, insubstituível na **artero-esclerose, gota, etc.** e está ainda muito indicada nos **enfermos glaucomatosos com evidente aumento da tensão ocular.**

Amostras à disposição dos srs. Médicos

**L. Lepori** - Rua Victor Cordon, 1-E a 1-G - Apartado 214 - **Lisboa**

resposta à acção da epinefrina, são produzidas por injeccção de um extracto, convenientemente preparado de lobo anterior da hipófise.

Os fenómenos fisiológicos apresentados são explicáveis pela hipótese de existir no lobo anterior da hipófise um princípio hormonal que torna as reservas glicogénicas do fígado, e possivelmente dos músculos, especialmente susceptíveis à acção mobilizadora da epinefrina. As alterações consecutivas à extirpação da hipófise não são reversíveis pela administração de tiroideia, o que prova não ser a degenerescência da tiroideia, que se segue à extirpação da hipófise, o factor responsável pelas alterações fisiológicas apontadas. Inversamente, as alterações provocadas pela injeccção do extracto do lobo anterior da hipófise não podem ser prevenidas pela extirpação da tiroideia.

ALMEIDA LIMA.

A problemática da amplitude e classificação das reacções esquizofrénicas. (*Zur Fragestellung über Umfang und Klassifikation der schizophrenen Reaktionen*), por M. SEREJSKI. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 152 B. 3 H. 25 de Março de 1935.

Sobre a base de vinte casos, chama o A. a atenção para as psicoses curáveis de sintomatologia semelhante à esquizofrenia (síndromas paranóides variados, catatónicos, hebefrenóides, etc.) com evolução aguda ou intermitente, e que se desencadeiam como reacções *somato-psicogéneas*, no geral em função de três ordens de factores: doenças somáticas (infecções, intoxicações, crises endócrinas, puerpério, etc.), esgotamento e fadiga corporais e psíquicas e traumas psíquicos agudos ou crónicos. Os conflitos psíquicos actuam não só patogénicamente, mas também patoplásticamente, isto é, preenchem, mais ou menos, o conteúdo das alucinações e manifestam-se compreensivamente na trama delirante. Esta psicogenia, traduzida pela feição paranóide predominante, dá o selo especial à reacção, distinguindo-a das reacções exógenas puras (em função das causas corporais sem motivos psíquicos) pela ausência de relações compreensivas no conteúdo do delírio, pela falta de repercussão sobre a personalidade e de colorido esquizofrénico dos sintomas. Alterações da consciência podem aparecer nas duas espécies de reacções.

Entre os indivíduos affectos predominam os esquizóides sensitivos de compleição somática leptosómica; a hereditariedade mostra relações com o círculo das doenças epilépticas.

Se se admitir, com Kleist, que a esquizofrenia processiva é uma doença heredo-degenerativa, deveriam estas formas ser consideradas como «esquizofrenias funcionais», ou seja, manifestações mórbidas que têm lugar e comprometem os mesmos sistemas psíquicos, sem ter por base alterações orgânicas e; portanto, susceptíveis de remissão total. Um paralelo sugestivo é feito com os sintomas neurológicos da histeria, que devem também estar em relação com os mesmos mecanismos neurológicos lesados nos síndromas orgânicos de aspecto semelhante; a diferença reside apenas na natureza das alterações cerebrais. Já não se pode, porém, admitir o abismo que separava as doenças orgânicas das funcionais.

BARAHONA FERNANDES.

**Os problemas da hereditariedade na histeria.** (*Die Fragen der Erbllichkeit bei der Hysterie*), por H. HOFFMANN. — *Der Erbarzt*. Setembro-Outubro de 1934.

O conceito de histeria é bastante impreciso e na prática aplica-se esta designação a diversas condições patológicas:

1) O chamado *carácter histérico* — verdadeira psicopatia constitucional — sêres falsos, teatrais, com uma constante necessidade de se fazerem valer, de se evidenciarem, caprichosos, dados a efusões afectivas aparentes e fingidas, à mentira, entusiasmos eróticos, etc.

2) *Reacções psicogêneas* de base afectiva, como estados crepusculares, ataques, distímias, reacções sensitivas, etc.

3) *Perturbações funcionais* no domínio das funções corporais, determinadas e fixadas por causas psíquicas (tremores, paralisias, cegueiras, etc.).

Tôdas estas perturbações assentam num transtôrno psicopático da personalidade, que exprime de certa maneira a sua incapacidade de se adaptar e satisfazer as necessidades e requisitos da vida. A sua hereditariedade não é ainda suficientemente conhecida, estando mesmo longe de se poder fazer um prognóstico hereditário empírico, como é possível para outras afecções mentais (esquizofrenia, oligofrenia, etc.).

Conhecem-se vários casos de gémeos uniovulares que mostraram uma notável *concordância* tanto nos caracteres da personalidade como na forma das reacções anómalas a que estavam sujeitos. Outros casos de discordância mostram, porém, que a transmissão da herança psicopática é bastante complexa e deve corresponder a vários genes.

Há casos em cuja sintomatologia (hiperestesia, reacções querulantes, etc.), se deixam antever factores esquizofrénicos; estudos estatísticos mostram, porém, que não há qualquer relação entre os círculos hereditários das duas doenças. Muitos casos mostram uma hereditariedade directa e homóloga dos mesmos transtornos; outros têm uma herança totalmente normal, o que leva a pressupor a existência de factores exógenos no seu desencadeamento. Importantes são as relações hereditárias com afecções neurológicas, como, por exemplo, foi demonstrado para a esclerose em placas; nos parentes de indivíduos com esta afecção encontram-se numerosos elementos psicopáticos do círculo histérico. Conhecem-se, outro-sim, casos hereditários de «neurose de renda» ou reivindicadora.

Por último, nos casos de reacções psicogénicas paroxísticas com alterações da consciência, demonstram-se estreitas relações com o círculo das doenças epilépticas.

BARAHONA FERNANDES.

**Possibilidades de êxito da psicoterapia.** (*Erfolgsmöglichkeiten der Psychotherapie*), por JARING. — 8.º Congresso geral médico de Psicoterapia. Bad Nauheim. 28-30 de Março de 1935.

O A. tenta, pela primeira vez, dar uma estatística dos resultados dos tratamentos por métodos de «psicologia profunda». Excluindo os casos orgâ-

nicos, as psicoses e os que só foram tratados por processos sugestivos, obteve melhoras e curas em 73 % dos casos sem especial predisposição psicótica, e apenas 30 % naqueles em que as perturbações neuróticas eram de natureza heredo-constitucional; esta diferença é fundamental e deve-nos pôr de sobreaviso desde o início do tratamento, evitando graves insucessos prognósticos.

Tem interêsse notar que a duração média do tratamento não careceu de ser tão longa como o recomendam as escolas psicanalíticas; nas crianças ainda êste tempo é mais reduzido (até 5-6 sessões) e os resultados mais favoráveis: 87,5 % de êxitos nos casos sem taras constitucionais. O tratamento ou, pelo menos, a colaboração de tãda a família, mostrou-se como uma condição especialmente favorável.

Nesta e noutras comunicações foram calorosamente postas em relêvo a subordinação da psicoterapia a uma concepção de unidade psico-física, diversa do universalismo idealista, que busque um significado totalitário da vida, a sua libertação do indivíduo e transformação num instrumento de acção social, a necessidade da sua orientação e integração no sentido dos ideais da comunidade, e mesmo (seja dito a título de curiosidade e sem compromisso) a impossibilidade da sua limitação a métodos rigorosamente objectivos, científicos e racionais, e, por último, o seu valor como disciplina política, adentro das modernas concepções do Estado.

BARAHONA FERNANDES.

Consultas pedagógicas. (*Erziehungsbberatung*), por L. LEIF. — 8.º Congresso geral médico de Psicoterapia. Bad Nauheim. 27-30 de Março de 1935.

As consultas pedagógicas fazem parte da organização social de profilaxia e higiene mental, e visam em particular a criança dificilmente educável. Ao lado das graves psicopatias e psicoses que carecem de medidas especiais (hospitalização, internamento em casas de correcção, etc.), há muitos casos de neurose, perturbações afectivas e do carácter, mau rendimento escolar, conduta irregular, etc., que resultam de vícios de educação, tanto no seio da família como da escola. Por excesso de carinhos ou, pelo contrário, descuido, faltas de tato dos mestres e pais, incompreensão da situação da criança, etc., etc., têm lugar, por mecanismos que aqui não podem ser desenvolvidos, uma falta de adaptação da criança ao ambiente, uma perda da confiança em si e nos educadores, uma alteração da sua «posição» em relação aos pais e irmãos, que se traduz por sintomas psicóticos da mais variada natureza, por reacções asténicas ou esténicas contra o meio, por atitudes de luta, de protesto, teimosia, por preguiça, mentiras, etc., etc.

A psicoterapia e os conselhos educativos procuram essencialmente a recondução da criança ao seu lugar na comunidade familiar e escolar, fazendo-lhe compreender a sua situação e os seus desígnios. Para tal é necessário abandonar por completo tãdas as medidas punitivas, coercitivas, emulatórias, e empregar meios pedagógicos positivos, restabelecendo o sentimento de con-

fiança, a noção da sua obrigação e da sua utilidade, acordando o interesse pela camaradagem, actividade adentro das comunidades (família, escola, organizações desportivas, etc.). A educação e orientação dos pais, a colaboração com os mestres é fundamental para se obterem resultados duradouros.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Disciplina psíquica, função orgânica e inconsciente.** (*Lelische Schulung, Körperfunktion und Unbeimstes*), por I. H. SCHULTZ. — 8.º Congresso geral médico de Psicoterapia. Bad Nauheim. 28-30 de Março de 1935.

Ainda que a maior parte dos sistemas psicoterapêuticos impliquem até certo ponto uma certa educação e disciplina, pode esta por si só constituir um método psíquico curativo. Como a tipologia profissional o mostra, a educação modifica de tal arte a personalidade que se chega à criação de um novo tipo, com novos caracteres persistentes; por meio de aprendizagem adquire-se uma necessidade coacta de executar determinados actos psíquicos normais: «quem aprendeu a ler, é obrigado a ler as letras». Por desenvolvimentos psicológicos muito interessantes demonstra o A. a capacidade de disciplinar não só determinadas funções psíquicas, por exemplo a memória, mas também de adquirir a capacidade de reagir com determinadas atitudes, a determinadas situações, e por último de influenciar e dirigir o rumo da própria vida.

Além dos métodos analíticos, e da psicologia individual, tem de haver no hipnotismo uma ligação adequada de sugestão e educação, para se obterem resultados duradouros. O método do A. (*Auto-Training*) e outros com êle aparentados (*Training*, compensador de Aiginger, etc.) representam uma educação metódica das funções psíquicas, comparável à disciplinização, auto-domínio e rigorização da ginástica, serviço militar e muito exactamente dos exercícios de tiro. A educação e metodização das funções corporais estão intimamente ligadas com estes processos. O inconsciente toma parte integrante nestes mecanismos, principalmente na automatização das funções e capacidades adquiridas, na sua execução fácil, mecânica e sem fadiga, adquirida pelo exercício. A análise dos sonhos mostra claramente que a disciplina pode também influenciar benéficamente as actividades desviadas do inconsciente que se traduzem por sintomas psicopatológicos.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Fases da vida e psicoterapia.** (*Lebensphasen und Psychoterapie*), por RUMKE. — 8.º Congresso geral médico de Psicoterapia. Bad Nauheim, 28-30 de Março de 1935.

A intervenção psicoterapêutica deve assentar sobre o conhecimento das condições psicológicas normais, em particular do estadio de desenvolvimento psíquico. A psicologia evolutiva mostra que nas variadas idades da vida há

# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em soro fisiológico*



*Este preparado não provoca reacção*

EM CÂIXAS DE  
 10 ampolas de 1,5 cc.  
 6 " " 5 " "

# NEO-PLASTINA

## SEIXAS-PALMA

*Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em soro fisiológico*

**Este preparado não provoca reacção**

**Receitae a**

## NEO-PLASTINA

## SEIXAS-PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

**Porque é**

DE ASEPSIA GARANTIDA  
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE  
DE APLICAÇÃO INDOLOR  
PRODUCTO PORTUGUÊS  
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

---

---

TODOS OS EX.<sup>mos</sup> CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS:  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup> — Rua da Prata, 27 — LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.<sup>DA</sup> — Rua das Flores, 153 — PORTO

---

---

capacidades de reacção psíquica muito diferentes e a possibilidade de um desenvolvimento anímico ulterior é mui diversa conforme o indivíduo se encontra, segundo o A., na linha ascendente ou descendente da curva da vida. Muito importante é também a consideração das alterações da sincronização da curva vital psico-biológica e historiológica. Nos primeiros anos da vida há o máximo de capacidades evolutivas; o conhecimento dos mecanismos freudianos é muito útil para a determinação da attitude a tomar com a criança. Na fase latente (6-15 anos) e na puberdade deve-se respeitar o «recalçamento» normal, e, sob perigo de graves perturbações, não praticar psicanálise. Esta tem a sua melhor indicação nas fases que o A. chama *juventus* e *virilitas* (pleno desenvolvimento de tôdas as capacidades, que nem sempre é atingido em redor dos 35 anos). Na época crítica dos 40 aos 50 anos também se deve ter cuidado com a psicanálise; o método de Jung tem então o seu máximo valor. Depois dos 50 anos é difícil obter uma síntese total da personalidade, e deve-se fugir do «fanatismo da verdade»; só em casos especiais se deve analisar.

A individual psicologia tem o seu máximo valor durante a adolescência e puberdade.

BARAHONA FERNANDES.

**Um novo tratamento da hemorragia cerebral e das suas consequências.** (*Eine neue Behandlung der Jehirusflutung und Ihrer Folgen*), por R. COLELLA e G. PIZZILLO. — *Zeit. f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 152 B. 3 H. 25 de Março de 1935.

Comunicação dos resultados obtidos pela *Auto-hemoterapia* em trinta e cinco casos de hemorragia cerebral. Técnica: punção venosa com uma seringa contendo 1 cc. de soluto de citrato de sódio a 25 %, extracção de 25 a 30 cc. de sangue, injeccção intraglútea profunda; repetir as injeccções três a cinco vezes ou mais, com intervalos de dois a quatro dias. Segundo afirmam os AA., dá-se um estancamento pronto da hemorragia, e a acção curativa sobre os sinais focais consequentes é variável, mas sempre favorável, quaisquer que sejam a causa e localização, a idade do doente e até o tempo decorrido depois do insulto. Nos traumas cranianos com hemorragia observam-se efeitos extraordinariamente satisfatórios, tanto mais quanto mais precoce fôr a sua applicação.

Acrescentam ainda a sua acção profiláctica em doentes com hipertensão arterial, antes ou durante o aparecimento de sinais premonitórios suspeitos (vertigens, leves sintomas neurológicos localizados, como trémulo, câimbras, etc.); daria uma baixa de tensão arterial craniana e estaria especialmente indicada nos arterioscleróticos em cujos antecedentes hereditários houvesse casos de ictus. Pelo contrário, nos amolecimentos cerebrais não se observa qualquer efeito benéfico, podendo mesmo êste facto ser utilizado para o diagnóstico diferencial.

BARAHONA FERNANDES.

**Sobre a terapêutica homo-placentária da esquizofrenia.** (*Über die hä-moplazentare therapie der Schizophrenie*), por GALANT. — *Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie*. Bd 90. H. 5. Fevereiro de 1935.

A injeção de sangue de placenta é um dos métodos mais activos de estimuloterapia; obtem-se um aumento de turgor dos tecidos, aumento de pêso, desinibição nos doentes estuporosos e acalmia nos agitados, permitindo a aplicação da terapêutica pelo trabalho. Usam-se doses progressivamente crescentes, intramusculares, de 1 a 10 cc.; a injeção é dolorosa; demais nenhuma acção secundária; mesmo quando provoca febre.

A sua acção explicar-se-ia pelo:

1) Efeito biológico, proteínas e hormonas «activas» contidas em grande dose.

2) Acção psicoterápica: dor, choque emocional (obtido por outros autores, por outros métodos psicoterápicos e até farmacológicos, choque hipoglucémico) e acção sugestiva.

O A. pretende uma acção correctiva das ideas delirantes, mesmo em casos crónicos, nos quais porém o método só raro provoca remissões.

Nos casos agudos (muitos pela certa psicoses ciclóides, paranóides, atípicas e curáveis, não esquizofrénicas [ref.]), obtiveram-se curas duradoiras e completas.

BARAHONA FERNANDES.

**Significado diagnóstico da poliopia nos tumores do lóbulo occipital.** (*Zur diagnostischen Bedeutung der Polyopie bei Tumoren des Occipitalhirnes*), por H. HOFF e O. PÜTZL. — *Zeit. f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 152 B. 3 H. 25 de Março de 1935.

A poliopia consiste na visão múltipla de um objecto com uma fila de imagens seriadas; estas dispõem-se na direcção do meridiano correspondente à hemianopsia, quasi sempre concomitante. Êste interessante sintoma precede e acompanha-se frequentemente de diplopia monocular; ambos os fenómenos surgem como uma espécie de aura epiléptica e resultam de uma alteração da fixação do olhar e de uma tendência exagerada concomitante para a persistência das imagens positivas; devem estar em relação com uma dissociação complexa das funções da área calcarina, uma dissociação horizontal entre as duas características camadas em que nesta região se divide a lâmina granulosa interna. A descontinuidade das sensações é notável e lembra os pontos distintos notados no decurso dos movimentos das visões do delírio da mescalina, e no choque hipoglucémico.

Mais que o interesse teórico deve ser notado o seu valor diagnóstico; no caso descrito eram os dois únicos sintomas típicos do lóbulo occipital; a hemianopsia só apareceu mais tarde e com caracteres das radiações ópticas (região macular não poupada). O doente tinha ainda *dreamy states*, acompanhadas de alucinações visuais, o que mostra também que as auras olfactivas e os seus sintomas acompanhatórios também podem ser desencadeados por indução do lobo occipital sobre a região do corno de Amon.

O tumor estava incrustado no lóbulo occipital, sem invadir a área striata, que estava apenas muito distendida; a distensão, ao contrário da compressão, favorece o aparecimento de auras epilépticas características da região.

BARAHONA FERNANDES.

**Os abscessos do pulmão na criança. Estudo clínico e radiológico.** (*Los abscesos de pulmon en el niño. Estudio clínico y radiológico*), por E. BERTERVIDE. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXII. N.º 3. 1935.

O A. estuda neste trabalho as supurações do pulmão na criança e dedica um especial carinho ao abscesso amibiano do pulmão, verificando que a maioria das observações apontadas indicam o pulmão direito como o preferido.

O seu diagnóstico é, muitas vezes, delicado, em face do polimorfismo do quadro clínico, não somente no seu início como na extensão do processo e sua gravidade, esta última quasi sempre proveniente da associação dos germes que ordinariamente pululam na árvore respiratória e que levam até à fase pútrida. O quadro mórbido começa por uma elevação térmica, em regra brusca, com tosse e intensa pontada, localizada sobretudo ao nível da omoplata, com freqüente propagação para o ombro.

Passa, em seguida, revista aos sinais semiológicos, concluindo que nada há de característico, tanto no campo clínico como no radiológico. Um dos aspectos curiosos é o facto das freqüentes remissões, facto já assinalado por Grall, surgindo uma fase de aparente cura, que chega, nalguns casos, a durar cerca dum mês, não havendo entretanto desaparecimento dos sinais de exploração, objectivos nem radiológicos, para num determinado caso se agravar profundamente o estado geral, atingido pela toxemia, manifestando-se alterações sanguíneas (anemia e leucocitose, com predomínio dos granulocitos), que são um elemento de grande importância para o diagnóstico diferencial.

Um facto em que o A. insiste é no da amiba não aparecer na expectoração dos doentes com abscesso amibiano primitivo no pulmão, o que pode complicar o raciocínio do clínico para o diagnóstico.

O A. dedica um capítulo ao diagnóstico, começando por lembrar que as estatísticas apontam o pulmão direito como o preferido, e neste o lobo inferior, vindo por necessidade de sistematização a vantagem de descrever o quadro clínico que precede a vômica, no qual não existe sinal capaz de fazer presumir a existência dum abscesso no pulmão, pois as características que apresenta são as dum processo de condensação pulmonar ou duma córtico-pleurite e em que nem o próprio laboratório nos esclarece, para só numa etapa posterior se decifrar o caso clínico, em que se faz o diagnóstico de cavidade pela observação de certas características que surgem após a eliminação do pus pelas vias naturais, e se manifestam por sinais clínicos e radiológicos, podendo estes últimos ser obtidos pela execução da prova pelo lipiodol.

Quando o A. aborda o problema do tratamento aponta a vacinoterapia e numerosas drogas, afirmando que os resultados são, muitas vezes, desconcertantes.

Com as injeções de hipossulfito de sódio, de cobre coloidal e de álcool, não obteve efeito que mereça a sua atenção, confirmando os benefícios da emetina, e aconselha ao clínico que sistematicamente ensaie, a título de prova, o cloridrato de emetina por via endovenosa, em todos os casos de abcesso pulmonar na criança, seja qual fôr a sua natureza, pois os inconvenientes que se têm observado com êste medicamento só raramente se dão na idade infantil.

Um pouco contrário à opinião de outros autores, não acredita na acção benéfica dos arsenicais, terminando êste capítulo de terapêutica por afirmar que o tratamento médico do abcesso do pulmão na criança só é eficaz quando êste é do tipo amibiano, utilizando-se então a emetina, pois nenhuma outra droga consegue modificar favoravelmente e ainda menos resolver o processo de supuração pulmonar.

É curioso que os abscessos do pulmão tendem para a cura espontânea ou levam o doente à morte, muito mais precocemente que no adulto, galgando assim as várias etapas com muito maior velocidade, curando no primeiro caso muito antes da fase que o cirurgião apontara como oportuna para intervir.

O A. declara não ter elementos de estatística suficientes para manifestar a sua opinião sôbre o valor da intervenção operatória e, ainda que os métodos cirúrgicos postos em prática sejam extremamente traumatizantes para a criança, parece deduzir-se das suas palavras que o fracasso do tratamento médico deverá impor aos cirurgiões o estudo cuidadoso do problema, não só de técnica, como também da indicação em que se deverá realizar o acto operatório, para não abandonar a criança sem defesa a uma das suas mais terribes doenças, que é fatal em cêrca de 60 a 80% dos casos.

BARREIROS SANTOS.

Os refluxos pielorrenais. Sua demonstração radiográfica. (*Los reflujos pielorrenales. Su demostración radiográfica*), por J. SALLERAS. — *La Semana Médica*. Ano XIII. N.º 2.140. 1934.

O A. começa por fazer a história do tema dos refluxos pielorrenais que foram observados nas fases iniciais da pielografia ascendente em que se observava a introdução da substância opaca nos espaços vasculares do rim, caminhando daí até à circulação geral.

Têm sido numerosas as explicações apontadas por vários investigadores sôbre o seu mecanismo, e o A., analisando a evolução que tem sofrido o seu valor clínico e os elementos fornecidos no campo experimental, considerou três tipos de refluxos:

a) Refluxos pielocanaliculares: relativamente pouco frequentes, cujo mecanismo não deve ser simplesmente ligado à hipertensão pélvica, mas sim considerado mais complexo, intervindo entre múltiplos factores, que escapam à nossa observação, o grau de tonicidade do músculo papilar.

b) Refluxos pielovenosos: em que se faz a passagem da substância injectada pelas vias urinárias até às veias renais. Não são só devidos à hiperpres-

LISBOA MÉDICA

” **Ceregumil** ”  
**Fernández**

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal  
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
e principios minerais (fosfatos naturais).*

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

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

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

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

***Veinosine***

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

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

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

LISBOA MÉDICA



**GLEFINA**  
 PODEROSO RECONSTITUINTE  
 SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



**LASA**  
 PARA AS DOENÇAS DAS  
 VIAS RESPIRATORIAS



**CLAVITAM**  
 TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

**PILULAS OPOBYL PILULAS**

**TRATAMENTO PHYSIOLOGICO**

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

**COMPOSIÇÃO**

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

**INSUFFICIENCIAS  
 Hepatica e Biliar**

**PHARMACODYNAMIA**

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

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

*Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos*

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

são pélvica estes refluxos, mas também a determinadas alterações anatómicas da pelve renal, sobretudo ao nível do ângulo pielocanalicular, ponto extremamente débil pela sua fraca constituição histológica e que dispõe de tão alta importância no processo, pois a experiência mostra que a facilidade com que se produzem os refluxos venosos ou linfáticos aumenta quanto mais agudo for esse ângulo e vice-versa. O aspecto radiológico do refluxo pielovenoso é, nalguns casos, extremamente caprichoso e bem difícil de interpretar.

c) Refluxo pielolinfático: com um mecanismo de formação idêntico ao venoso, visto que uma pequena efração pielocanalicular, produzida pela hiperpressão do líquido da pelve renal, ou o insignificante traumatismo pelo cateter são a porta de entrada para a difusão da substância opaca nos espaços conjuntivos intervaseculares e interlobulares.

Noutros casos é possível que haja uma ruptura canalicular, com passagem do líquido para os espaços intersticiais.

Neste tipo de refluxo há a difusão da substância para a região periférica do órgão, nalguns casos até com infiltração do espaço infracapsular ou, pelo contrário, por meio dos espaços linfáticos, atinge a região hilar, seguindo os vasos que acompanham as veias e visualizando os gânglios satélites, situados em torno da veia cava e da aorta abdominal.

A imagem radiológica apresenta o aspecto duma rêde muito irregular, idênticamente ao que se passa com os refluxos do tipo *b*), com os quais se confundem e se associam frequentemente. O A. aconselha para o diagnóstico diferencial a realização de radiografias em série, com intervalo que medeia entre dez a quinze minutos, visto que o refluxo venoso é fugaz, desaparecendo nesse espaço de tempo, ao contrário do linfático, que persiste.

O A. lembra, em seguida, a importância clínica dos refluxos pielorrenais em geral, que foram responsáveis de numerosos acidentes da pielografia, que o A. observou, apesar de todas as precauções, sobretudo em doentes com ptose renal ou portadores duma hidronefrose, e neste último caso produziram-se quando a prova pielográfica era executada após uma crise de retenção aguda, situação essa que criava ótimas condições para a produção do refluxo.

O aperfeiçoamento progressivo da técnica não consegue, infelizmente, evitar esses acidentes, o que obriga o A. a concluir que devem intervir no processo condições especiais de fragilidade renal e que deverão ser condicionados pelo processo renal ou pelos acidentes de retenção aguda, como nas hidronefroses e em certos casos de ptose renal.

O A. vê no mecanismo dos refluxos a explicação do facto da obstrução prolongada do uretero levar uns doentes à atrofia do rim e outros à hidronefrose. Tudo certamente depende do grau de abertura do ângulo pielocanalicular, que, sendo muito agudo, terá uma notável fragilidade, sendo extremamente fácil o refluxo venoso com rápida passagem do líquido para a circulação geral, terminando o rim por se atrofiar em face da diminuição progressiva de pressão intrarrenal resultante da drenagem contínua para a circulação, ao contrário do que se passa nos casos do ângulo pielocanalicular ser menos agudo e então o refluxo é predominantemente canalicular, havendo aumento de pressão sem existir válvula de segurança para o sis-

tema venoso, dando-se a distensão e consecutiva hidronefrose. O facto desta última ser a que mais freqüentemente aparece nos casos de obstrução ureteral, leva o A. a crer que o refluxo canalicular é o que em regra domina na clínica.

Se o refluxo pielorrenal tem os inconvenientes apontados, desempenha, nalgumas circunstâncias, como se observa numa retenção aguda de qualquer natureza, um papel de defesa, servindo de válvula de segurança, defendendo, dentro do possível, a actividade glandular e conservando, ainda que diminuído, o poder secretório do rim, que se restabelece mais ou menos rapidamente logo que tenha sido demolido o obstáculo.

BARREIROS SANTOS.

**As manifestações oculares na insuficiência hepática.** (*Manifestaciones oculares de la insuficiencia hepática*), por E. ADROGUÉ e J. SERRÁ. — *La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2.139. 1934.

Os sintomas oculares nas afecções hepáticas em geral, só muito raramente têm sido apontados através da literatura médica, ainda que as relações existentes entre o globo ocular e o fígado sejam de relativa importância, pois explicam-nos a génese da púrpura visceral e a intensidade de adaptação luminosa relacionada com o quadro de insuficiência hepática.

Os trabalhos de Birnbacher levam a considerar que a hemeralopia das grávidas deve andar ligada a um certo grau de perturbações funcionais do fígado, recordando o A. as investigações de Ishihara, que nos mostram, nos doentes com essas alterações oculares, uma menor riqueza sanguínea em lipóides, modificação humoral que deve ser atribuída à insuficiência do fígado.

BARREIROS SANTOS.

**Um caso de síndrome de Mikulicz de forma atípica.** (*Sobre un caso de síndrome de Mikulicz de forma atípica*), por O. E. ISAURRALDE e J. JANNI. — *La Semana Médica*. Ano LXII. N.º 2.139. 1934.

O síndrome de Mikulicz, que é caracterizado, na forma atípica, pela tumefacção progressiva e simétrica das glândulas salivares e lacrimais e pelo facto de ser indolor e com evolução completamente benigna, pode, nalguns casos, apresentar-se atípico, sob a forma linfosarcomatosa, de leucemia linfática ou de pseudoleucemia.

O A. descreve um caso atípico de forma linfosarcomatosa, fazendo algumas considerações acerca do conceito clínico do síndrome, que é um complexo sintomático que pode ter por base vários processos dos quais se destacam a sífilis (Gutman, Neuman, etc.), a tuberculose (Plitt, Mikulicz) e, nalguns casos, infecções indeterminadas, tendo Apprett visto alguns indivíduos hipogenitais portadores dêsse síndrome. Daqui se deduz que a etiologia é muito variável, o que certamente influirá no prognóstico.

Em face dêste síndrome impõe-se o cuidadoso estudo da imagem sanguínea, que, sendo normal, nos indicará a prognose benigna, ao contrário do que

se passa quando vemos uma leucopenia com cloroanemia, que nos aponta um quadro maligno, na maioria dos casos com invasão do mediastino e impondo a aplicação prematura de raios X, que poderá, pelo menos, atrasar o desenlace.

Fácil é de prever a necessidade de estudar as reacções serológicas da sífilis, que, uma vez positivas, guiarão o clínico no combate ao quadro mórvido, pela terapêutica específica.

BARREIROS SANTOS.

**Evolução da tuberculose apical.** (*Evolución de la tuberculosis apical*), por J. BLANCO e J. ZAPATERO. — *Revista Española de Tuberculosis*. Ano VII. N.º 41. Janeiro de 1935.

A tuberculose do vértice pulmonar, como forma clínica inicial da bacilose do adulto, tem perdido terreno no decorrer dos últimos tempos, visto que essa localização apical pode ser secundária, surgindo durante a existência duma tuberculose evolutiva noutra sítio do campo pulmonar, e o que hoje ainda se discute é a frequência com que tal facto sucede no decorrer de lesões subapicais, hilares, etc.

São os anátomo-patologistas que ainda se mantêm fiéis ao princípio apicista, que cada vez vai tendo menos adeptos no seio dos clínicos.

Este conceito nasceu sobretudo da noção de Assmann ao apontar o «foco infraclavicular», sendo difícil de resumir em poucas palavras o resultado final da calorosa discussão que o assunto tem levantado, podendo dizer-se que da controvérsia saíram mais abalados os princípios apicistas, ainda que se encontrem muitas lacunas por preencher, o que exige novas investigações complementares.

Os AA., baseando-se num vastíssimo material, cuidadosamente estudado, chegam a várias conclusões, das quais se destacam:

a) No decurso da tuberculose apical são muito frequentes as lesões noutros pontos do campo pulmonar, feitas sobretudo por via hematogénea, e menos vezes por via brônquica.

b) As lesões infraclaviculares, neste tipo de doentes, mostram relativa benignidade, sendo pouco frequente o seu amolecimento.

c) As cavidades apicais eliminam com menos frequência bacilos do que as doutros territórios pulmonares.

d) No adulto aparecem com frequência sombras apicais, nalguns casos isoladas, noutros coincidindo com sombras de outros territórios pulmonares, sem haver foco activo a que se possam atribuir. Estas imagens apicais, se são metástases hematogéneas residuais, devem produzir-se por várias razões, das quais é legítimo destacar, além do facto da regressão das lesões do vértice ser a êsse nível mais lenta e incompleta, a carência dos gânglios linfáticos subpleurais, que nas outras regiões do pulmão desempenham um papel de filtro que bloqueia as disseminações hematogéneas.

e) Confirma o conceito da frequência dos sintomas de astenia, hemoptises e febre, na tuberculose apical, mesmo com lesões muitos discretas.

BARREIROS SANTOS.

Considerações sobre a patogenia e terapêutica do tétano, baseadas em 31 casos de observação. (*Considerazioni d'ordine patogenico e terapeutico su u. 31 casi di tetano*), por MAGI CARLO. — *Minerva Medica*. Ano XXVI. Vol. I. N.º 6.

A estatística do A. mostra-nos o aparecimento dum maior número de casos de tétano durante a época do ano em que a temperatura é mais elevada, possivelmente porque esta favorecerá o desenvolvimento dos esporos tetânicos e revela uma taxa de mortalidade no sexo feminino que atinge 87,5 % dos casos, valor superior ao do sexo masculino, que não ultrapassou 60 %, o que talvez possa ser explicado pela maior sensibilidade do sistema nervoso e menor resistência orgânica. Nos casos da sua observação o período de incubação oscilou de cinco a trinta dias, limite que dificilmente se poderá estabelecer como exacto, como bem se pode provar pelas indicações de outras estatísticas, das quais se destacam as de Paon de Sapincourt, Bardeleben, etc.

Nos casos do A., em que o acidente traumático estava afastado dos primeiros sintomas tetânicos por um espaço de tempo inferior a dez dias, a mortalidade chegou a 88 %, ao contrário dos doentes em que o período de incubação foi além dêsse limite, em que a taxa não ultrapassa 55 %.

No capítulo de tratamento recorda a limpeza da ferida, aconselhando que esta seja feita com toda a cautela, para evitar a rápida disseminação da toxina, afirmando que a sua experiência prova a vantagem da injeção de 5-10 cc. de soro em redor do foco traumático, e de 15-20 cc. em torno dos troncos nervosos periféricos, que enervam a zona traumatizada, indicação aliás já apontada anteriormente por Sicard.

A via preferida pelo A. para a introdução do soro é a subcutânea e a intramuscular, que corresponde à sua mortalidade de 53 %, ao contrário do que observou nos casos em que utilizou a injeção intra-raquidiana, em que a taxa de mortalidade atingiu 66 %.

Recorda, em seguida, a opinião de Lumière, quando attribue um alto valor sedativo ao persulfato de sódio, com acção farmacológica idêntica à do ácido fénico, substância esta que é administrada por via intra-raquidiana, em solução fisiológica de 0,25 %, injectando-se 30-40 cc. nos adultos e 15-20 cc. nas crianças.

O A. ensaiou como sedativo a avertina por via intra-rectal, o clorofórmio por inalação, fêz injeções endovenosas diárias de 200 cc. de soluto aquoso de glicose a 20 %, que Garafeanu indica como adjuvante à seroterapia e seguiu os conselhos de Salvioli usando o clister de éter em solução oleosa, ao mesmo tempo que administrava soro por via intramuscular. Do estudo cuidadoso da sua estatística destaca-se a vantagem do método de Salvioli, com 45 % de casos favoráveis, em confronto com os doentes em que somente administrou soro, chegando então a taxa da mortalidade a 80 % dos casos.

Um novo produto português

# Nestogéno

## LEITE EM PÓ NESTLÉ (NOVA FÓRMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

**Hidratos de Carbono:** «Nestogéno» contém 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.

### ANÁLISE:

Gorduras . . . . .	12,0 %
Proteínas . . . . .	20,0 »
Lactose . . . . .	30,0 »
Maltose-Dextrina . . . . .	15,0 »
Sacarose . . . . .	15,0 »
Cinzas . . . . .	4,7 »
Água . . . . .	3,3 »
<b>Calorias por 100 grs.</b> . . . .	<b>436</b>

### INDICAÇÕES:

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

### LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa): — “Emprego de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»”.

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro 1932.

R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.<sup>ª</sup>

**SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS**

Rua Ivens, 11 - LISBOA

Um novo produto português

Eledon

**BABEURRE NESTLÉ**  
EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS  
PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS  
DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

**ANÁLISE:**

Gorduras . . . . .	8 %
Proteínas . . . . .	20 %
Hidratos de carbone solúveis:	
Lactose . . . . .	24 %
Maltose-dextrina . . . . .	25 %
Ácido láctico . . . . .	4 %
Amido . . . . .	12 %
Cinzas . . . . .	4 %
Água . . . . .	3 %

**100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias**

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbone.

**LITERATURA:**

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Langstein: — «Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson».

Putzig: — «De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

**SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS**

Rua Ivens, 11 - LISBOA

**Resultados obtidos na diabetes, com análises de sangue e de urina, feitas de duas em duas horas, num período de vinte e quatro horas.** (*Studien über Diabetes Mellitus unter anwendung von zweistündlichen bei Tag und Nacht eutommenen Blutzucker und Harnproben*), por AKVO VESO. — *Acta Medica Scandinavica*. Suplemento LVII. 1934.

Passa o A. em revista a maioria dos trabalhos feitos sôbre as variações apresentadas de individuo para individuo e mesmo em cada individuo, da glicemia e glicosúria habituais dos diabéticos, depois do que conclue quanto ainda hoje é deficiente o nosso conhecimento acêrca dos diversos valores que o açúcar sanguíneo e urinário pode ter, durante o dia, nos vários tipos de diabetes. Além do interêsse teórico, esta questão tem de ser encarada também sob o aspecto prático, pois é importante saber a influência exercida pela alimentação e de aí uma melhor distribuição no emprêgo da insulina.

Partindo destas premissas, conclue o A., depois de obter várias curvas num total de quarenta doentes, que a análise do sangue e da urina, feita de duas em duas horas, e durante vinte e quatro horas sucessivas, tem muita importância para poder racionalmente individualizar o tratamento da diabetes. Êste modo de proceder revela sempre melhor o estado do caso do que a glicemia em jejum e a glicosúria das vinte e quatro horas, feita na totalidade. Por seu lado, nos casos que decorrem sempre com açúcar nas urinas pode-se, para evitar o desagradável das punções capilares, empregar apenas a análise daquelas nos mesmos períodos, especialmente para a orientação do tratamento insulínico, embora êste modo de proceder não possa de maneira nenhuma substituir o exame da glicemia.

Para uma exacta destringa dos casos de pouca, média e muita gravidade, só os dois processos combinados podem dá-la.

Quanto à paradoxal elevação da glicemia durante a noite, facto especialmente apontado e descrito por Hatlehol, é evidente que só o procedimento do A. pode devidamente esclarecer; êste verificou que tal fenómeno só aparece nos casos de mediana e muita gravidade, mas nem sempre aparece especialmente nítido nos dias de jejum ou quando se emprega a insulina.

J. ROCHETA.

**A reacção de Takata modificada nas doenças do figado.** (*Die modifizierete Takatareaktion bei Lebererkrankungen*), por L. RAPPOET. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 7. 1935.

Primitivamente, a reacção de Takata foi criada e usada por êste A. para diagnóstico no líquido céfalo-raquidiano, e o seu princípio assenta no seguinte: um soluto de sublimado com carbonato de sódio forma, em presença de colóides orgânicos de defesa, uma solução coloidal de óxido de mercúrio; aparece flocculação quando aumenta a globulina e, pelo contrário, a albumina impede-a.

Jezler e Staub foram os primeiros que a empregaram no sôro para o diagnóstico das doenças hepáticas, sabido como êste órgão é o de maior importância para os desvios do quociente albumina-globulina.

O A. emprega esta reacção em trezentos quarenta e oito casos, distribuídos assim: quarenta de cirrose de Lacunec indiscutível (a maioria com exame necrópsico). Nesta doença obteve-se 85% de resultados positivos; os restantes, negativos, apresentavam todos, além da afecção hepática, complicações orgânicas noutros órgãos. Donde se conclue que na cirrose hepática não complicada se obtêm sempre resultados positivos. Em trinta e três casos de cirrose em início obteve 81% de resultados positivos. Um terceiro grupo de casos compreende cinquenta de alcoolismo crónico, sem perturbações hepáticas duradoiras, nos quais se encontraram também polinevrites, gastrites, perturbações cardíacas, perturbações psíquicas, etc., de origem alcoólica. Todos os casos deram resultados negativos. Trinta e cinco doentes apresentavam icterícia catarral, icterícia salvarsânica, colangite, colecistite, distrofia aguda do fígado e quistos do fígado; nestes, obteve-se 20% de resultados positivos e a êle pertencem principalmente os intoxicados pelo salvarsan.

Finalmente, de cento e noventa doentes com doenças diferentes, nos quais não havia sinais de alterações hepáticas, embora nalguns casos se encontrasse um fígado aumentado, obtiveram-se resultados positivos em sete casos, quasi todos êles descompensados cardíacos.

Habitualmente, comparou o A. o resultado da reacção de Takata com a velocidade de sedimentação, assim como o valor das globulinas do sôro. Nos casos positivos havia sempre um aumento da velocidade e do valor das globulinas, sem que se notasse um paralelismo absoluto entre estes três elementos.

Do que se obteve pode concluir-se que a reacção de Takata tem principalmente importância para a destrição entre a cirrose e as outras doenças hepáticas.

J. ROCHETA.

É justo considerar-se a albumina sanguinea como um órgão específico? (*Ist es berechtigt das Bluteiweiss als ein spezifisches Organ aufzufassen?*), por E. KYLIN. — *Medizinische Klinik*. N.º 6. 1935.

Começa o A. por enumerar tôdas as propriedades químicas e fisico-químicas que permitem individualizar os três componentes da albumina do sangue: albumina, globulina e fibrinogénio. Da sua análise cuidadosa e bem fundada em resultados experimentais se verifica que a globulina tem, nesta triade, uma posição intermédia; por exemplo, no que respeita à influencia exercida na velocidade de sedimentação globular, sabe-se que esta aumenta à medida que no sangue aumenta a globulina e o fibrinogénio, sobretudo êste último, contrariamente à albumina, que não influencia nada ou quasi nada êste fenómeno. A-pesar, porém, das características bem marcadas que podem apresentar os elementos desta cadeia, não é possível fazer uma destrição nítida entre as fronteiras da globulina-albumina e da globulina-fibrinogénio. Por isso é justo o ponto de vista de Bernbald que considera a albumina sanguinea como um todo composto de partes afins e com as mesmas nuances de transição como as riscas dum espectro. Devido também a êste mesmo A.

conhecemos nós algumas das funções de que se encarrega a albumina: absorver substâncias que se introduzem na corrente circulatória e depô-las em órgãos que a excretam (fígado, rim). Ora, se entendermos por órgão uma parte do ser vivo encarregada duma determinada função vital, não repugna considerar esta como tal, visto que, além desta função, a albumina, em condições fisiológicas, comporta-se, dentro de certos limites, como um conjunto imodificável, e quando êste se altera aparecem sinais de doença. A albumina sanguínea não representa um elemento intermediário entre as substâncias nutritivas, como o açúcar, pois parece ter um ponto de origem próprio (possivelmente a medula óssea).

Nestas condições acham-se no campo da investigação largas perspectivas. O A., que tem numerosos trabalhos neste capítulo, apresenta alguns resultados das suas experiências. Assim, conclue que a toxina diftérica, quando introduzida na circulação, é absorvida pela globulina, que, pela passagem através dos emunctórios, a abandona para voltar em seguida a absorver novas quantidades. Além deste papel veiculante, parece poder-se também atribuir-lhe uma certa acção destruidora, de maneira a tornar inofensiva a toxicidade de certos produtos, internos ou externos. Seria, portanto, curioso pesquisar por que nas epidemias diftéricas certos indivíduos não contraem esta doença. ¿Maior poder absorvente da sua globulina ou maior quantidade desta substância? E do mesmo modo para as doenças alérgicas, etc.

ROCHETA.

**Lesões cardíacas no envenenamento pelo sublimado.** (*Herzschädigung bei sublimatvergiftung*), por H. FULL. — *Medizinische Klinik*. N.º 7. 1934.

Julgo que o caso exposto pelo A., com testemunho electrocardiográfico na intoxicação pelo sublimado, é o primeiro apresentado.

A doente, que tentou suicidar-se e que apresentou os sintomas típicos do envenenamento, revelou, no electrocardiograma, as seguintes alterações, filiáveis em lesões do miocárdio: Q evidente na III D; R bifido na I; porção ST abaixada em tôdas as derivações e T pouco visível na II e negativa na III. A doente melhorou e do mesmo modo as alterações electrocardiográficas.

J. ROCHETA.

**O núcleo medular do frénico.** (*The spinal nucleus phrenicus*), por A. KRISTENSON. — *Acta Medica Scandinavica*. Suplemento LIX. 1934.

O A. teve ocasião de fazer a análise histológica da espinhal medular numa doente, que ano e meio antes tinha sido submetida a uma frenicectomia. Verificou que o centro motor dêste nervo, cujos limites no homem não estão ainda bem individualizados, se estende da porção superior do terceiro segmento cervical até à porção mais baixa do quarto. O núcleo não é contínuo em todo o seu comprimento, encontrando-se as células da porção superior e inferior dispostas em grupos; há mais continuidade na sua parte

média, se bem que também aqui se note uma certa tendência para o agrupamento das células. Nos cortes transversais a disposição varia, mas em regra encontra-se na parte média e central do corno anterior. A sua limitação das outras células é muito evidente.

J. ROCHETA.

Da existência de lesões miocárdicas e valvulares nas diversas formas de poliartrites crónicas e das conclusões que se podem tirar no que respeita à etiologia e ao agrupamento clínico das poliartrites crónicas. (*De l'existence de lésions myocardites et valvulaires dans les diverses formes de polyarthrites chroniques et des conclusions qu'on en peut tirer touchant l'étiologie et groupement clinique des polyarthrites chroniques*), por G. KAHLMETER. — *Acta Medica Scandinavica*. Suplemento LIX. 1934.

O A. já tinha procedido a trabalhos hematológicos tendentes a demonstrar a natureza diferente das poliartrites reumatismais agudas e os reumatismos crónicos primários, mostrando que, segundo as melhores hipóteses, a anemia e certas alterações do quadro leucocitário deviam ter a sua origem no agente reumatismal específico.

O trabalho hoje apresentado procura resolver o mesmo problema, que é fundamentalmente o seguinte: saber se o reumatismo crónico primário tem a mesma etiologia que o reumatismo agudo, partindo das lesões miocárdicas e endocárdicas que se encontram num e noutro grupo. Para isso fêz as suas investigações electrocardiográficas e clínicas, num material que se compõe de cento setenta e um casos de reumatismo agudo, oitenta e cinco de poliartrite crónica e cento oitenta e cinco testemunhas, chegando às seguintes conclusões:

1) No reumatismo articular agudo a frequência das lesões miocárdicas graves é três vezes maior do que nas outras infecções agudas, e que a das lesões valvulares dez vezes superior.

2) No reumatismo subagudo as lesões miocárdicas são duas vezes e meia mais frequentes do que nas infecções não reumatismais e as lesões valvulares cinco vezes mais frequentes.

3) Na poliartrite crónica secundária as lesões miocárdicas e endocárdicas apresentam sensivelmente a mesma percentagem que as formas subagudas. Este facto parece mostrar que, num e noutro grupo, a maior parte dos casos deve a sua origem a uma infecção reumatismal franca, mas que nalguns dêles se encontra uma outra infecção que tenha menos afinidade para o endocárdio.

4) Nas poliartrites crónicas primárias nota-se, por comparação com o grupo crónico secundário, menos de metade das lesões miocárdicas e aproximadamente menos de um terço das lesões endocárdicas. Juntamos ainda o seguinte: entre as poliartrites crónicas primárias com modificações electrocardiográficas a proporção de lesões valvulares atingia apenas 17%, enquanto que alcançava 40% nas formas crónicas secundárias, 45% nas formas subagudas e 60% nas formas agudas. Estas percentagens permitem

LISBOA MÉDICA

**TUBERCULOSE**      **MEDICAÇÃO**      **BRONCHITES**

**CREOSO - PHOSPHATADA**

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



# SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

*Anticarrhal e Antiseptico*

*Eupeptico e Reconstituente.*

Todas as *Affecções* dos **Pulmões** e dos **Bronchios**.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

**GRIPPE**

PARIS (8°)

**RACHITISMO**

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmodico  
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

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauro (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodio (rhodio) - Electro selenium (selênio) - Electromartio (ferro) - Arrhenomartiol.

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

## SULFO-TREPARSEAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

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

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

## NEO-TREPARSEAN

Syphills — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

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

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

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

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

## SYNCAINE

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

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

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

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmodico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

## INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

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

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

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

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

## VINHO E XAROPE NOURRY

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

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

supor que a infecção reumatismal verdadeira não constitui a causa da poliartrite crônica primária senão num número restrito de casos e que, pelo contrário, é a sua causa mais freqüente na poliartrite crônica secundária.

5) Pensa, pois, que uma infecção de natureza indeterminada desempenha um papel etiológico na gênese da poliartrite crônica primária, embora não seja possível determinar a especificidade do vírus nem qual o seu papel. Talvez vírus diferentes possam, em indivíduos predispostos, dar origem, por um mecanismo alérgico, a poliartrites crônicas primárias.

J. ROCHETA.

**O Adovern «per os» no tratamento da aritmia cardíaca.** (*Die perorale Adovernmedicatiou in der Behandlung der Rhythmusstörungen de Herzens*), por L. MULLER — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 6. 1935.

Refere o A. os bons resultados obtidos com o Adovern, especialidade da casa Roche, nas perturbações do sistema cardíaco. Quimicamente compõe-se dos dois glicosidos que se encontram no *Adonis venalis*. As suas características clínicas consistem em:

- 1) Melhoria da reflexão diastólica e refôrço da sístole.
- 2) Eficácia rápida e pouca acumulação.
- 3) Acção calmante sôbre o sistema nervoso.
- 4) Regularização do pulso.

J. ROCHETA.

**A anatomia patológica dos nódulos de Simon.** (*Zur pathologischen Anatomie der Simonschen Herde*), por W. I. PUSIK e A. I. STRUKOW. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 72. Heft. 2. 1935.

Apontam os AA. três casos de tuberculose pulmonar com nódulos de Simon, a cujos pulmões, depois da morte, se fizeram numerosos cortes em série. Da análise histológica feita se conclue que estes nódulos constituem metástases do cancro primário, mostrando nalguns a estrutura dêste e noutros a estrutura das reinfeccões. Representam, por isso, uma situação intermédia.

Segundo o quadro anatômico, os nódulos de Simon têm, na maioria das vezes, uma origem hematôgena e, possivelmente, por exacerbação da infecção primária num período já adiantado desta (7-12 anos de anafilaxia). É, porém, também possível a sua origem linfôgena ou por contacto.

J. ROCHETA.

**A química da infecção primária e da reinfeccão e as suas modificações pela acção dos ácidos carbônico e láctico.** (*Der chemische Bertand der Primär und Reinfekte und deuen Veränderungen bei Einwirkung von Kohlen-und Milchsäure*), por M. S. GORTEFF e R. A. RADKAWITSCH. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 72. Heft. 2. 1935.

Resumo do artigo, feito pelos AA.:

A composição química da infecção primária e da reintecção é, qualitati-

vamente, idêntica. Quantitativamente, as reinfecções mostram um maior conteúdo aquoso e uma menor mineralização. Na petrificação, quer numa, quer noutra, a reacção fundamental é a formação do fosfato de cálcio.

O ácido carbónico e o láctico formam, com os sais de cálcio da infecção primária e das reinfecções, sais solúveis, de modo que por esta acção podem considerar-se como desmineralizantes.

J. ROCHETA.

**Pneumotorax-terapia.** (*Pneumothoraxbehandlung*), por H. ULRICI. — *Ergebnisse der gesamten Medizin*. 1 Heft. 1935.

Baseando-se numa estatística de 1.128 casos de pneumotorax, mostra-se o A. nitidamente partidário da aplicação precoce do pneumotorax. A percentagem de curas definitivas distribue-se assim, quando êste tratamento se inicia depois dum período de doença de dois ou mais anos: obtém-se uma média de 16 a 24 % de curas, em contraste nítido com os 48 a 50 % obtidos quando o pneumo se pratica nos primeiros três meses de doença.

As vantagens dum tratamento precoce são as seguintes:

1) A tendência para a regressão do foco tuberculoso recente é muito acentuada, como é de todos conhecido; especialmente falta à caverna precoce o endurecimento das suas paredes, condição que nas cavernas antigas dificulta, retarda, se é que nalguns casos não impede totalmente que estas cicatrizem.

2) O processo tuberculoso tem, quando não se inicia por uma pleurisia, pouco tempo para ter atingido esta. Por isso, regra geral, o tratamento precoce pode fazer-se sem o perigo de aderências.

3) Não deve recear-se que a pleura seja atingida pela inflamação perifocal, visto que o processo inflamatório é rapidamente jugulado pela compressão; de aí a raridade dos exsudatos no pneumotorax precoce.

4) Evitam-se também, assim, as muitas vezes já existentes disseminações bilaterais broncogêneas, quando o tratamento se inicia tardiamente.

A-pesar-de tudo, porém, há condições que não aconselham o pneumotorax: quando a febre é alta e o processo se encontra em activa progressão, com perigo iminente de alcance pleural; mais vale neste momento preferir a frenicectomia, com métodos que paralísem temporariamente o frênico, e em seguida, quando a agudeza do processo tende a diminuir, passar-se então para o pneumotorax.

Quando se tratar de doentes com lesões bilaterais, a aplicação do pneumotorax é sempre condicionada por uma reserva maior. Assim, é necessário procurar, primeiramente, aumentar a resistência orgânica com o repouso e uma tonificação geral, e se aquela se não consegue nitidamente por estes processos e sobretudo se não há paralelismo entre o estado geral e os sinais clínicos, locais pulmonares, deve procurar-se despistar outra localização orgânica: laringe ou intestino. Sobretudo a última, que muitas vezes se encontra em grande extensão e sem sinais que a fizessem suspeitar. Nestas condições, como é natural, é desnecessária a aplicação compressiva do pulmão.

Uma vez instituído o pneumotorax em pulmões com lesões cavernosas, e

se verifica que a caverna se mantém sensivelmente com o mesmo diâmetro, ao fim de dois a três meses de tratamento, então é conveniente uma toracoscopia, que muitas vezes descobre pequenas aderências, que a radiografia não tinha mostrado.

É evidente que a melhor indicação é a sua secção. Quando, a-pesar disso, esta operação não conseguiu o colapso completo da caverna, não há que hesitar no emprêgo da toracoplastia parcial.

J. ROCHETA.

**Etiologia e terapêutica da linfogranulomatose.** (*Zur Aetiologie und Therapie der Lymphogranulomatose*), por A. HERZ. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 10 1935.

Partindo do princípio que a linfogranulomatose é uma tuberculose atípica provocada pelo bacilo aviário, Utz e Keatinge criaram, em 1932, uma terapêutica que consiste no seguinte: injectam em galinhas a emulsão de glândulas afectadas, e, depois de alguns dias, o sôro obtido do sangue destes animais é por sua vez injectado nos doentes. Estes AA. referem bons resultados com tal método.

Herz procurou reproduzir estes factos, e verificou que os animais injectados morriam com uma tuberculose séptica fulminante (tipo Yersin), quadro típico da tuberculose das galinhas. Além disso, em trabalhos consecutivos, foi possível cultivar o próprio bacilo aviário, com material extraído dos animais injectados.

Desde que se tinha estabelecido uma relação etiológica entre a linfogranulomatose e a tuberculose das aves, era natural pensar-se na vacinoterapia. O A. refere dois casos aos quais foi aplicada esta terapêutica, sem resultados animadores. Todavia, entende que o assunto merece interêsse.

J. ROCHETA.

**O tratamento da angina pectoris pela estrofantina.** (*Die Strophanthinbehandlung der Angina pectoris*), por H. ZIMMERMANN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 8. 1935.

O tratamento da angina do peito pela estrofantina foi pela primeira vez introduzido na clínica por Edens, em 1931, e com bons resultados. A-pesar disso, nota-se, em quasi todos os autores, pouca confiança na eficácia deste medicamento para esta afecção, e muitos mesmo contra-indicam a sua aplicação, partindo da noção mais vulgarizada da acção vaso-constritora das substâncias digitálicas.

O A., na posse duma estatística razoável, recomenda calorosamente as injeções intravenosas de estrofantina, não só nas dores anginosas por insuficiência coronária, como ainda no infarto agudo do miocárdio, mesmo que em qualquer dos casos não haja sinais clínicos de insuficiência cardíaca.

O mecanismo de acção deste medicamento explica-o o A. da seguinte maneira: sabido como a falta de irrigação coronária diminua a energia con-

tráctil do miocárdio e que, uma vez verificado êste facto, êle constitúe por seu lado um factor que se adiciona para que aquella irrigação piore, desde que apparecem sinais de angina, cai-se num ciclo vicioso. Nestas circumstâncias, como o estrofantó reforça a sístole, melhora indirectamente a circulação. Só assim se podem explicar os bons efeitos obtidos, pois sabe-se que a estrofantina não é vaso-dilatadora dos vasos cardíacos.

O A. acentua ainda a rapidez das melhoras e a retoma precoce dos afazeres profissionais.

J. ROCHETA.

**Características da angina linfática (angina monocítica).** (*Beitrag zur charakteristik der lymphatischen Angina (Monozytenangina)*, por E. OTTO. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. 1935.

A angina linfática, pela incerteza que ainda existe acêrca da sua patogenia, e também porque parece verificar-se um aumento de casos na clínica, merece que se apontem as suas principais características.

O A. apresenta seis casos, com predomínio nítido do sexo masculino; em nenhum foi possível descobrir a origem infecciosa, nem suspeita de contágio. Evolução benigna em todos os casos e sem uma única recidiva. A velocidade de sedimentação pouco aumentada. As glândulas cervicais linfáticas apresentaram-se diferentemente aumentadas e dolorosas à pressão; palpáveis os gânglios axilares e inguinais. O baço ligeiramente aumentado. Exantemas, como têm sido mencionados por alguns autores, não os encontrou nunca Otto.

No sangue encontra-se, no princípio da doença, uma leucocitose moderada, atingindo os mononucleares a sua mais alta percentagem nos últimos dias da doença ou mesmo dois a três dias depois do desaparecimento da febre. Os mononucleares são constituídos especialmente por linfócitos, formas jovens linfocitárias e células patológicas da série linfática.

O decurso da doença é de tal modo que desaparece primeiro a febre, melhora depois a angina e progressivamente desaparece a hipertrofia ganglionar; finalmente, o sangue retoma o seu aspecto normal. Esta forma de angina não tem um tratamento especial.

J. ROCHETA.

**Substâncias anti-anémicas na urina.** (*Über antianämische Wirksame Substanzen im Harn*), por A. DECOSTELLO. — *Medizinische Klinik*. N.º 12. 1935.

A substância anti-anémica de Castle, em grande parte armazenada no fígado, precisa, para exercer a sua acção sobre a medula óssea, de se lançar na corrente circulatória; de aí os bons efeitos obtidos com a transfusão, e mesmo com extractos de outros órgãos, pulmão, rim, que mostram nêles a existência daquela substância. Partindo dêstes factos, pensou o A. pesquisá-la na urina, à semelhança do que acontece com algumas hormonas, que se eliminam abundantemente pelos rins. E, assim, numa série de doentes com anemia perniciosa, administrou, em clister, 200 a 300 cc. de urina de indivíduos

sãos, depois de colhêr aquela nas melhores condições de assepsia. De facto, verificou um aumento de reticulócitos, e tanto mais evidente quanto maior era a quantidade de urina empregada, assim como uma melhoria na hemoglobina e número dos glóbulos vermelhos.

Como o método dos clisteres, além de desagradável, se mostrava moroso, Decostello resolveu substituí-lo pelo das injecções intramusculares; os resultados porém foram diferentes: não conseguiu aumentar nem a hemoglobina nem os glóbulos vermelhos, e os reticulócitos só em fraco grau. Admite, por isso, a coexistência, na urina, de substância com efeitos antagónicos e que ou aparecem tardiamente ou são inutilizados pelo fígado, quando aquela é administrada pela via entérica.

Procurou ainda saber se a urina dos perniciosos continha também a mesma substância, embora, por razões ainda por descobrir, esta não pudesse ser eliminada ao nível do estômago; mas as investigações a que procedeu não permitem conclusões, por ser muito pequena a casuística.

Em tôdas as outras espécies de anemia não foi possível obter um aumento de reticulócitos com a administração da urina, quer por clisteres, quer por injecções.

J. ROCHETA.

**A hormona hipotensora como causa do choque proteínico.** (*Blutdrucksenkende Hormone als Ursache des Proteinschocks*), por G. DE NITA. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 9. 1935.

O A. conseguiu isolar, das glândulas linfáticas e de algumas plantas, uma substância hipotensora, a linfoganglin, quimicamente diferente das substâncias ultimamente encontradas com as mesmas propriedades, e cujos efeitos são os seguintes:

1) Abaixamento da pressão, que dentro de certos limites é proporcional à quantidade da substância injectada; a acção hipotensora é devida à vaso-dilatação periférica.

2) Com a hipotensão aparece leucopenia, que é tanto mais intensa quanto maior for a baixa da tensão, à leucopenia segue-se uma leucocitose, de duração maior. A fórmula leucocitária mostra mononucleose com aumento dos pequenos linfócitos e bastantes eosinófilos.

3) A linfoganglin provoca um aumento de temperatura, que rapidamente atinge os valores normais.

4) Ligeira e passageira diminuição da reserva alcalina do sangue.

5) Aumento do cálcio sanguíneo.

6) Diminuição da viscosidade e abaixamento do índice refractométrico do sangue; há hipoproteinemia.

7) *In vitro* notável diminuição do tempo de coagulação.

Como se verifica, os fenómenos apresentados são idênticos aos encontrados no choque provocado pelas proteínas e por isso o A. é levado a admitir um novo mecanismo patogénico do choque. E, assim, pensa que aquelas actuações primeiramente sôbre o sistema linfático, excitando-o e provocando a

saída de grande quantidade de linfoganglin, que por sua vez actua sôbre o sistema nervoso vegetativo de modo a provocar o choque.

J. ROCHETA.

**Uma nova terapêutica da úlcera duodenal.** (*Über eine neue Therapie des pylorusnahen Geschwürs*), por N. HAMINY e L. NCRPOTH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. 1935.

É sabido que um dos sintomas característicos da úlcera duodenal é a hipersecreção com hiperacidez gástrica, que se mantém durante o dia e se continua e até aumenta durante o repouso nocturno, contrariamente ao comportamento do estômago são.

Os AA., sem tomarem nitidamente partido pela teoria que defende a causa da úlcera no excesso do ácido clorídrico, entendem que, praticamente, a melhor terapêutica é a que obtem a aquilia, quer cirúrgica, quer médica.

Por isso pensaram diminuir e até anular a acidez gástrica partindo dum ponto de vista novo em terapêutica gástrica: alterar as células da mucosa com a administração de solutos hipertónicos. Escolheram o soluto glucosado hipertónico, e o princípio do método repousa na ingestão de pequenas quantidades em curtos intervalos, de maneira a não permitir a formação de ácido clorídrico. Em casos clínicos graves, a medicação continua-se ininterruptamente, dia e noite. Para isso faz-se como se segue: no primeiro dia da cura, recebe o doente, de hora a hora, 50 cc. de uma solução de glucose a 60%. Todas as noites é introduzida uma sonda pelo nariz, até ao estômago, e continua-se o tratamento da mesma maneira. Ao fim de três, quatro ou mais dias, conforme os casos, alarga-se a dieta com o aumento de biscoitos ou bolachas com manteiga, que podem ingerir-se em pequenas quantidades no intervalo da glucose; depois, conforme a evolução, assim se vai progressivamente aumentando a dieta.

Por êste processo consegue-se fazer desaparecer a acidez gástrica. Contra a objecção, que pode fazer-se, de ser êste facto mais aparente que real, ficou demonstrado ser de facto real, pois nos doentes assim tratados verificou-se diminuição, com normalização da concentração hidrogeniônica da urina. Com a queda da acidez diminuem naturalmente todos os sintomas próprios, com desaparecimento ulterior dos sinais objectivos.

Fenómenos secundários não verificaram em nenhum caso. Quanto ao mecanismo de acção, não pode ainda hoje esclarecer-se completamente.

J. ROCHETA.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão da Sociedade das Ciências Médicas realizada no dia 11 de Abril, o Dr. I. Hannensons, antes da ordem da noite, fêz uma conferência sôbre: «O reumatismo como problema internacional».

A Dr.<sup>a</sup> D. Sara Benoliel comunicou as diligências feitas para a realização do I Congresso de Protecção à Infância, que deverá efectuar-se em Novembro próximo.

O Dr. Pereira Caldas discutiu a comunicação apresentada na última sessão pelo Dr. Antunes dos Santos, acêrca da úlcera e cancro do estômago. O Dr. Antunes dos Santos respondeu, para defender os seus pontos de vista. O Dr. Adriano Burquette falou também sôbre esta comunicação.

— No dia 24 de Abril reünio-se novamente a Sociedade das Ciências Médicas.

O Dr. Fernando Correia fêz uma conferência sôbre: «A educação física e a medicina em Portugal».

— Novamente se reünio a Sociedade no dia 9 de Maio.

O Prof. L. Castro Freire falou acêrca do tratamento do pé varo equino congénito.

O Prof. Vitor Fontes comunicou dois casos de sexualidade infantil. O Dr. Carlos Salazar de Sousa referiu um caso semelhante.

Os Drs. Almeida Dias e Almeida Lima apresentaram o estudo histológico e clínico de um caso de tumor raro do quarto ventrículo.

O Dr. Almeida Lima ainda apresentou dois doentes operados de tumor cerebral, com amputação parcial do lobo frontal.

## Associação Portuguesa de Urologia

No dia 7 de Maio reünio-se a Associação Portuguesa de Urologia, para apresentação das seguintes comunicações:

«Um caso de pionefrose por veia anormal», pelo Dr. Armando Luzes.

«Hidronefrose por vaso anormal», pelo Prof. Reinaldo dos Santos.

### Instituto Rocha Cabral

Os Profs. Ferreira de Mira e Celestino da Costa realizaram, no Instituto Rocha Cabral, as duas primeiras conferências da série que aquele Instituto todos os anos promove. Intitularam-se, respectivamente: «A formação do carácter» e «Acções humorais e acções nervosas».

As conferências realizam-se às 21 horas, na sede do Instituto (Calçada Bento da Rocha Cabral, ao Rato) e a entrada é pública.

\* \* \*

### Instituto Médico Central da Misericórdia de Lisboa

O novo hospital da Misericórdia de Lisboa abriu solenemente, no dia 8 de Maio, com o nome de Instituto Médico Central, sob a direcção do Dr. Simões Ferreira.

O Instituto compreende três grupos de serviços:

O primeiro inclui a cozinha de Leite, a Farmácia e o Laboratório, êste último a cargo do Dr. Sousa Alvim.

O segundo grupo é o de clínica médica e compreende várias enfermarias.

O terceiro compreende o Lactário e consulta de lactantes sãos, de que é médico o Dr. Tudela de Castro; uma consulta de crianças, dirigida pelo Dr. Ribeiro da Silva; consulta de cirurgia geral, dirigida pelo Dr. Amândio Pinto; de medicina geral, pelo Prof. Mário Moreira; de pele e sífilis, pelo Dr. Neves Sampaio; de urologia, pelo Dr. Mário Carmona; de ginecologia, pelo Dr. Sabino Pereira; de oftalmologia, pelo Dr. Cordeiro Blanco; de oto-rino-laringologia, pelo Prof. Ary dos Santos; de estomatologia, pelo Dr. Alberto Amado; e um serviço de radiodiagnóstico e agentes físicos, dirigido pelo Dr. Pereira Caldas.

\* \* \*

### Curso de férias para estrangeiros na Alemanha, em 1935

Como nos anos anteriores, as Universidades e Institutos superiores da Alemanha organizam uma série de cursos de férias para iniciação e aperfeiçoamento de estrangeiros na língua e cultura alemãs.

A Companhia dos Caminhos de Ferro do Reich faz um desconto de 60% a todos os estrangeiros que se demorem mais de sete dias no país e que adquiram os seus bilhetes de excursão antes de entrar na Alemanha.

Grupos de estudantes, compostos de seis ou mais pessoas, terão um desconto especial.

Nas secretarias das Universidades indicam-se pensões e casas de família que recebem hóspedes estrangeiros.

O Grémio Luso-Alemão prestará todos os esclarecimentos necessários  
Rua do Passadiço, 86, 1.º, Lisboa).

### Semana Cultural Galega

Durante a Semana Cultural Galega, realizada em Abril findo no Pôrto, o Dr. Fernando Alsina, cirurgião e catedrático da Faculdade de Medicina de Santiago de Compostela, falou sôbre raquianestesia; o Dr. D. Niceto Arias fêz uma conferência acêrca de «Análises bacteriológicas», e o Dr. Ramón Rodriguez Somoza outra sôbre «A anatomia patológica de algumas modalidades de paralisia cerebral e infantil».

### Semana da Tuberculose

De 6 a 13 de Maio realizou-se a Semana da Tuberculose, à semelhança do que se passou nos anos anteriores. Efectuaram-se vários peditórios e realizaram-se conferências de vulgarização.

Êste empreendimento deve-se à iniciativa da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

### Tisiólogos estrangeiros

Estiveram em Portugal, onde realizaram conferências, o Dr. Alfred Krause, director do Sanatório Schweizerhof, em Davos-Platz, e o Dr. Gustav Maurer, director do sanatório de Schatzalp, em Davos-Platz.

### Luta contra o cancro

O Instituto Português de Oncologia recebeu um donativo de trinta e sete contos, resultado duma subscrição aberta no distrito de Quelimane, da colónia de Moçambique, a favor do mesmo Instituto.

— Realizou-se em Vigo a «Semana do Cancro», a que assistiram os Profs. Henrique Parreira e Augusto Monjardino e Dr. Bénard Guedes, os quais efectuaram comunicações.

\*  
\*   \*  
\*

### Conferências

O Dr. José Godinho de Oliveira, professor de educação física do Liceu de Passos Manuel (secção do Carmo), realizou, num dos anfiteatros da Faculdade de Medicina de Lisboa, no dia 11 de Abril findo, uma conferência intitulada: «Aspectos da Educação Física em Portugal».

— No Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto, o Dr. Roberto de Carvalho pronunciou uma conferência sôbre «A patologia do cólon».

— Promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, realizaram-se, no Pôrto, as seguintes conferências: «O tráfego e os transportes nas grandes urbes sob o ponto de vista higiênico», pelo Dr. Emilio Zapatero Ballesteros, da Faculdade de Medicina de Santiago; «A luta contra a tuberculose pulmonar», pelo Dr. Lourenzo Gironés, da Faculdade de Medicina de Santiago; «A luta contra o cancro», pelo Dr. Vítor Conill Montobio, da Faculdade de Medicina de Barcelona; «A luta anti-venérea», pelo Dr. Manuel Vilar Iglesias, da Faculdade de Medicina de Santiago.

\*  
\*   \*  
\*

### Viagens de estudo

O Prof. Mark Athias foi representar o Instituto Português de Oncologia na reunião da União Internacional contra o Cancro, que se efectuou em Paris, no dia 4 de Maio.

— O Prof. Francisco Gentil representará o Instituto Português de Oncologia no IX Congresso Internacional de Fotografia Científica e Aplicada, que se realiza em Paris, de 7 a 13 de Junho, e representará também a Faculdade de Medicina de Lisboa no Congresso da Associação Internacional dos Hospitais, que vai efectuar-se em Roma.

— Visitou a Alemanha, em missão de estudo, o Prof. Azevedo Neves.

\*  
\*   \*  
\*

### Homenagens

O corpo clínico e restante pessoal do Hospital da Santa Casa de Penafiel rendeu homenagem ao director clínico daquele estabelecimento, Dr. Joaquim de Araújo Cota, o qual presta ali serviço há cêrca de trinta anos.

— O Dr. Bernardo de Magalhães Vilar foi autorizado a aceitar e a usar a Cruz de Honra da Cruz Vermelha Alemã, com que foi condecorado pelo Governo Alemão.

\* \* \*

### Partidos médicos

Em virtude de ter sido anulado o concurso anterior, está aberto novo concurso para o lugar de médico do segundo círculo do concelho de Moimenta da Beira, com o vencimento de 400\$000, respectivas melhorias e emolumentos da tabela.

— O povo da Nazaré enviou ao respectivo município uma representação, com mil e cinqüenta assinaturas, pedindo a criação de mais um partido médico naquela vila.

— Tomou posse do terceiro partido médico do concelho de Mação, que abrange Carvoeiro e Envendos, o Dr. João dos Santos Favaia.

\* \* \*

### Concurso

Está aberto concurso, por trinta dias, para o provimento do cargo de subdirector médico do Refúgio da Tutoria Central da Infância do Pôrto.

\* \* \*

### Saúde colonial

O Dr. Paiva Gomes, coronel-médico, foi nomeado chefe de serviço de saúde da colónia de Moçambique.

\* \* \*

### Prof. Simões Raposo

A fim de comemorar o primeiro aniversário do falecimento do Prof. Simões Raposo efectuou-se, no dia 10 de Maio, uma romagem ao túmulo daquele professor.

Um grupo de amigos resolveu instituir um prémio anual para o aluno mais distinto da cadeira de Anatomia patológica e Patologia geral, que Simões Raposo regeu na Universidade de Lisboa.



### J. Macleod

Com 58 anos de idade, faleceu, em Aberdeen, o Prof. John James Richard Macleod, titular da cadeira de fisiologia da Universidade de Aberdeen. Prémio Nobel de Medicina em 1923, é bem conhecido pelos seus importantes trabalhos de bioquímica, notavelmente acêrca da insulina.

### Necrologia

Faleceram : em Rio de Moinhos, o Dr. José Maria Mora Júnior, e em Lisboa, no Hospital do Rêgo, o Dr. Francisco Durão Póvoas, médico municipal de Serpa, que fôra mordido por um cão atacado de raiva.





**PANBILINE**

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

**HÉMOPANBILINE**

nas ANEMIAS

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

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

**ADRENALINA BYLA**

Solução a 1/1.000

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

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

Agentes para Portugal:

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

# Maltosan

*Enquanto uma criança goza boa saúde  
pode-se obter, pelo menos por um certo  
tempo, por todos os meios possíveis,  
uma alimentação eficaz. Keller 1898*

MALTOSAN é o alimento especialmente destinado ás crianças atacadas de perturbações digestivas, gastro-interites etc.; contribue para restabelecer a alimentação normal em todos os casos em que os meios possíveis e impossíveis não deram resultado.

O MALTOSAN é conforme as prescrições do Dr. Keller, relativas á composição da alimentação das crianças de mama atacadas de perturbações digestivas: pouca albumina, pouca gordura, mas aumento do valor nutritivo pela junção de hidratos de carbono sob a forma de Maltose, que possui, de todos os assucares, o limite de assimilação mais elevado.

O MALTOSAN impede o desperdício de albumina no organismo e por conseguinte economia de albumina.

Com o emprego do MALTOSAN a putrefacção das matérias intestinais desaparece rapidamente.

Na clinica particular o MALTOSAN simplifica a preparação da sopa de Malte do Dr. Keller tornando possível a sua preparação em casa.

*«Tenho a convicção de ter conservado a vida, graças do MALTOSAN a varias crianças que não podiam ter uma ama e caminhavam para uma morte certa».* Dr. Comte, Fribourg

DR. A. WANDER S. A., BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2.º—LISBOA

*amostras e literatura gratis*



Sala

Est.

Tab

N.º