

Ano XIV

N.º 5

Maio 1937



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

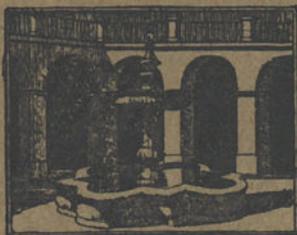
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que 2 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** CHYST.

TONICO do **CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

DOCTOR:

**NO/ CAS/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NI/MO DEBILITADO
RECORDE O**



Phosphorrenal

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

Sala B

Est. 3

Tab. 2

N.º 53

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246



EUCODAL

Analgésico e sedativo em vez de morfina. Supera a morfina na rapidez, intensidade e duração dos seus efeitos.

Esplêndida tolerância.

EUCODAL em comprimidos de 0,005 gr.
Tubos de 10 e 20 comprimidos.

EUCODAL em ampôlas de 0,01 e 0,02 gr.
Caixas com 10 ampôlas.

EUCODAL - substância para receitas.

Representantes para Portugal:

QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

Rua da Palma, 165

Porto

Rua do Almada, 59

E · MERCK



DARMSTADT

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior
à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar
(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.^o

LISBOA

a

Calcina orgânica

(Calciorgan)

é 5 vezes mais assimilável do que os preparados de Calcinas minerais

P E D I R A L I T E R A T U R A A O

LABORATORIO SANITAS

inflamações da pelvis

O resultado do tratamento com ANTIPHLOGISTINE é algumas vezes maravilhoso, em casos de cervicites e salpingites.

Actuando sobre os tecidos pela indução de uma activa hiperemia, ella auxilia a melhorar a temperatura da vicera da pélvis, e a provocar a leucocitose local.

Depois de aquecida à temperatura que se deseja, a ANTI-PHLOGISTINE deve ser introduzida na forma de um tampão. Penetrando todas as concavidades e conformando-se a todas as depressões, esse medicamento vai ali exercer a sua acção suavizante e benéfica aos tecidos.

ANTIPHLOGISTINE é altamente glicerinada (45%) e contém, além disso ácidos bórico e salicílico, compostos de iodo, óleo de gaulteria, eucalipto e hortelã pimenta, misturados numa base do mais fino silicato de alumínio anidro.

AMOSTRAS SOB PEDIDO

The Denver Chemical Mfg. Co.,
163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

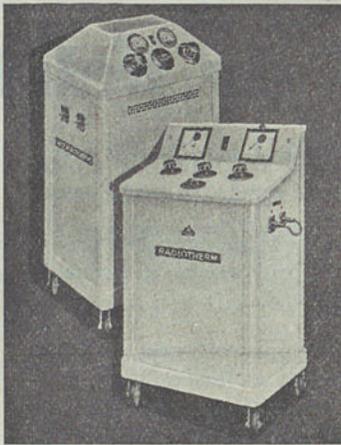
Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, S. 1.º

LISBOA

Antiphlogistine





Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X
Electromedicina
Electrodentária

Lampadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-Vermelhos

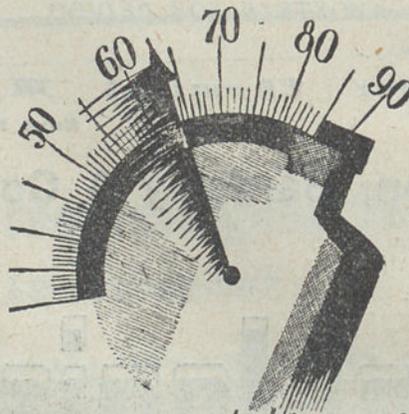
Original Hanau

Aparelhos de ondas curtas por lâmpada emissora

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

**TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS**

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.^ª, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

**“A. B.” a 1.^a — insulina europeia
— no apreço dos médicos
— de todo o mundo**

De ALLEN & HANBURYS, Ltd. — LONDON — THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd.

Folhetos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes:
COLL TAYLOR, L.DA

Rua dos Douradores, 29, 1.^o
LISBOA

TELE F. | 21476
G. | DELTA

**NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ
MAL SERVIDO.**

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmacias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti-artrítico



Reune numa forma inédita
33% de princípios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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





SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Nota sôbre alguns casos de cancro do recto</i> , por João de Almeida.....	Pág. 269
<i>Participação das glândulas de secreção interna, durante a infecção sistémica dos ratinhos</i> , por G. Stroesco e Lucia Terlô.....	» 296
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 307
<i>Notícias & Informações</i>	» XXV

Serviço da clinica cirúrgica da Faculdade de Medicina do Pôrto
(Prof.: ALVARO TEIXEIRA BASTOS)

NOTA SOBRE ALGUNS CASOS DE CANCRO DO RECTO

POR

JOÃO DE ALMEIDA

Assistente livre

Quando adrega chegar-nos a triste nova de mais uma vítima do cancro, logo estados de alma se sucedem: a surprêsa, depois a piedade e, à mistura, o receio de que o terrível flagelo nos devore.

Mas as nuvens dissipam-se, o pavor e o vago esbôço de medidas profiláticas que a terrível doença sugeriu diluem-se com o tempo.

Depois, aparecem os primeiros rebates da doença que alastra surrateiramente até que a vítima acorda estremunhada, mas já sem remédio.

O mal, muitas vezes, instala-se como ladrão cauteloso, mas ainda assim denunciando-se ao observador atento.

À sentinela vigilante incumbe descortinar o mal no início. Basta que a atenção não afrouxe.

Apregoa-se, com verdade, que, em determinados territórios, o cancro é, no comêço, susceptível de ser estirpado cerce.

Para o caso particular dos cancros do recto, DUKES, GABRIEL, BENSÁUDE, DUFOUR, LOCKHART-MUMMERY, PAUCHET, HARTMANN e muitos outros, reforçam tal conceito e ensinam ainda como se pode despistar o cancro nesta fase inicial.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMERA

Basta, depois, que o cirurgião experiente, com manobra hábil, arranque o mal pela raiz.

E nada de nos embrenharmos nos meandros do que se tem à conta do destino.

Alertado cedo, bem maiores serão as probabilidades de êxito; mais tarde será inútil o lisol mais activo.

A comprovar a asserção é ver êsse sudário que vamos expor. Em cêrca de duas dezenas de casos só dois puderam ser operados, o que contrasta dolorosamente com o que MANDL verificou na clínica de HOCHENEGG, em Viena, pois a operação radical pôde ser feita em 80% dos doentes observados.

Auguramos que de tão sombrio estendal venha a confirmar-se a profecia de DUPUY DE FRENELLE: «É vivendo com os seus mortos que o cirurgião aprende a salvar os vivos». Para o assunto em foco, o cirurgião e o médico...

Auscultemos os queixumes do doente e o fio da meada surgirá.

Não se julgue que um cortejo sintomático de espavento denunciará a lesão no comêço.

Êrro gravíssimo, que aumenta consideravelmente o número dos que tardiamente buscam remédio.

«Rien n'est plus fragmentaire et plus discret que les signes rectaux du cancer à son debut». (BENSAÚDE).

Ligeira obstipação, um pouco de tenesmo, duas ou três vezes por semana, e algumas descargas diarreicas, é tudo.

As alternativas de constipação e diarreia constituem, às vezes, os primeiros sintomas subjectivos.

Outras vezes os doentes queixam-se, apenas, de ligeiros distúrbios gastro-intestinais, não havendo qualquer sintoma recto-sigmoideu; outros elucidam ter botões hemorroidários que sangram, «válvulas de segurança derivantes dos humores ruins»; alguns referem só um pouco de irregularidade nas evacuações, tendo necessidade de aumentar a dose habitual do laxante; outros consultam apenas por uma ligeira irritabilidade do recto pela manhã; e muitos só se queixam duma sensação de defecação incompleta.

Só mais tarde se tornam evidentes os sinais denunciadores do obstáculo mecânico à evacuação.

Raríssimos são os que se queixam de dores, que, em regra, são um sinal a indicar que o mal não tem remédio, pois, excep-

tuando os casos de cancro do canal anal e do ânus, a dor surge em estado muito avançado da doença.

«Complete absence of pain does not rule out the possibility of a rectal cancer». (LOCKHARTH).

Também acontece que o primeiro e único sintoma do cancro do recto, no comêço, seja o escoamento sanguíneo precedendo as evacuações, mas, desgraçadamente, responsabilizam-se as hemorroidas por êsse sintoma, e à inquietação fundada do doente opõe-se a tranqüilidade de quem julgou superficialmente.

A pobreza dos sinais subjectivos, sem sombra de orientação patognomônica, e o seu polimorfismo, justificam o embaraço do diagnóstico.

A sintomatologia é tão ligeira e tão apagada que o doente não lhe liga importância e até ao clínico afadigado lhe parece tão banal que logo institue tratamento médico anódino. Na clínica de HOCHENEGG, 22 % dos cancros de recto inoperáveis chegaram a essa fase por êrro de diagnóstico.

Impõe-se a pesquisa metódica e cuidada dos sinais objectivos, preciosos de ensinamentos, e que compensam largamente, pelo seu valor semiológico, a insuficiência dos primeiros.

Verifica-se que êste exame conduz ao diagnóstico precoce de cancro de recto e permite identificar o território em que se implantou e também a profundidade da sua extensão, elementos de alto valor para se formular um prognóstico e marcar a terapêutica: «Si vous faites un examen local attentif, il est rare qu'un cancer vous échappe». (BENSAÛDE).

Autores anglo-americanos garantem que 90 % dos cancros do recto se encontram e se identificam com um simples toque rectal, bastando que êsse exame seja realizado com método.

Um toque rectal e exame endoscópico applicados como sistema tornariam menos freqüente o triste espectáculo dos neoplasmas vegetantes, profundamente infiltrados e inoperáveis do recto, com um rico cortejo de sintomas: constipação e diarreia; sangue negro e muco; dores vivas na região sagrada; tenesmo rectal; vontade de evacuar repetidas vezes ao dia; insónias; perda de appetite e prostração.

Agora o diagnóstico é fácil, mas a terapêutica fica reduzida aos antídotos da dor e à piedosa mentira que pretende esconder ao doente a terrível verdade dum fim muito próximo.

No início — não deixaremos de o repetir — o cancro do recto é uma doença local, limitada, começando por um nódulo duro e friável, saliente, primitivo ou secundariamente desenvolvido sobre um adenoma ou papiloma, e mais ou menos infiltrado nos planos profundos.

Essa infiltração faz-se, em regra, vagarosamente, como demonstrou DUKES, e idêntica opinião emitiram HARRISSON CRIPPS, RANKIN e BUSSEY. São do primeiro autor estas palavras: «Rectal cancer is essentially local in its early stage. It eventually perforates into and through the muscular coats, and invades the tissues outside. Lymphatic and glandular infection, in my experience, is quite a late stage of the disease, and this affords the most hopeful prospect in operative treatment».

RANKIN concluiu: «Fortunately, in all carcinomas of the rectum metastasis is a slow process and lymphatic involvement does not occur early».

Um cancro rectal é principalmente identificado pelo endurecimento e pela elevação dos bordos.

A parte central do tumor apresenta características variáveis, algumas denunciando o grau de extensão do processo neoplásico.

Observa-se o tumor com a forma ovalar ou redonda de porção central plana, outras vezes exuberante, nodular e friável, outras, ainda, com uma ulceração escavada, penetrando na parede do recto, a denunciar uma infiltração extensa além da mucosa.

Esta última constatação impõe o toque rectal combinado com a palpação do ventre para a identificação dos órgãos vizinhos do recto e as suas relações com o tumor.

Também não é raro encontrar o tumor formando um maciço anular duro, envolvendo toda a circunferência do intestino.

Se os fenómenos subjectivos deixam suspeitar a existência dum cancro do recto que o toque rectal não confirma, ainda a palpação bimanual é valiosa, podendo denunciar um tumor colocado na parte mais superior do recto e que não era percebido pelo dedo com um simples toque rectal.

O valor semiológico desta pesquisa e as características do tumor, independentemente da sua natureza histológica, é considerável, porque um cancro móvel não ulcerado, mesmo extenso, é um caso no início; mas se o tumor, ainda que pequeno, está

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.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



SEIXAS

PALMA



opoterapia feminina

GINECINA

EXTRACTO HORMONAL PLURIGLANDULAR
A BASE DE OVARIOS, CAPSULAS SUPRARRENAIS,
HIPOFISES E TIROIDEA.
DE OPTIMO RESULTADO EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAIS, PERTURBAÇÕES NA
MENOPAUSA, NEURASTENIA SEXUAL, HISTERISMO,
ACIDENTES CONSECUTIVOS A OVARIOTOMIA,
NEVROSES CARDIACAS, ASMA NERVOSA,
NEURASTENIA GERAL

profundamente ulcerado, é considerado um caso já muito avançado na sua propagação.

A estas modalidades morfológicas duma mesma lesão rectal, ajustam-se certas características anátomo-patológicas. DUKES distribue os cancros do recto em três grupos.

A cada grupo corresponde uma fisionomia clínica de ordem objectiva, que condiciona a terapêutica e deixa deduzir o prognóstico.

O grupo A abrange os cancros limitados à parede do recto, sem atingir os tecidos peri-rectais e sem metástases linfáticas.

O grupo B engloba os carcinomas que invadiram por continuidade os tecidos à volta, mas em que o sistema ganglionar aparece intacto.

O grupo C reúne os cancros em que as metástases atingem os vasos e os gânglios linfáticos correspondentes.

Nos cancros pertencendo aos dois primeiros grupos o tumor apresenta um certo grau de mobilidade que se não constata nos do último grupo.

À retoscopia, «où le cancer crève, pour ainsi dire, les yeux», o tumor apresenta superfície vegetante ou úlcero-vegetante, de coloração vermelho vivo, em contraste evidente com a coloração rósea da mucosa normal, e sangra, em profusão, ao mais leve contacto, demorando sustar a hemorragia. Os bordos são salientes e duros.

O rectoscópio pode fornecer ainda uma valiosa informação. Se o tumor está além do alcance do dedo, empurrando-o com suavidade e segurando o rectoscópio apenas pela extremidade, chega a verificar-se se o cancro é móvel ou fixo.

Há também um método subsidiário, a biopsia, que deve realizar-se sempre, mesmo com o diagnóstico clínico mais seguro e, se estamos em presença duma lesão cujos caracteres se apresentam de difícil interpretação clínica, êsse exame torna-se imperioso.

É um meio seguro de esclarecer o diagnóstico, que sempre praticamos e seguiremos sem nos atemorizarem as complicações tais como as hemorragias ou perfurações e os riscos de disseminação do tumor, incidentes de que não há que ter receio se actuarmos com prudência e empregarmos um instrumental apropriado.

Como nota importante devemos dizer que êste exame não esclarece sempre a suspeita de malignidade do adenoma ou tumor viloso.

O cirurgião formará a sua opinião somente sobre os sinais clínicos e, se encontrar dura a base do tumor, a conduta mais prudente será considerar o tumor como maligno e excisar o recto imediatamente.

Uma vez constatado um tumor que fôra possível rotular de cancro, continuemos na exploração da restante superfície do recto.

Só dêste modo contribuiremos para reduzir as surpresas reveladas durante o acto operatório, constatando-se a existência de cancros múltiplos ou a associação do cancro com o adenoma, hoje justificadamente considerado como estado pre-canceroso.

Em trinta e três peças de cancros do recto DUKES constatou a coexistência de lesões adenomatosas em vinte e cinco casos.

A existência dum tumor no recto obriga a indagar com cuidado dos males que enfermaram os parentes do doente.

Esta devassa, esta intromissão, que é regra em todos os doentes, neste capítulo da patologia do recto, redobra de interesse.

Depois dos trabalhos de DUKES ficou a noção de que a adenomatose do cólon e recto é uma doença hereditária, referindo êste autor a história de muitos doentes da mesma família sucumbindo à polipose ou doença maligna desses territórios.

Parece ter sido CRIPPS quem reconheceu pela primeira vez que a polipose múltipla do cólon era uma doença *sui generis*. Confirmaram a asserção THOMAS SMITH, HAUDFORD e WATSON.

A presença de adenomas múltiplos ou a reprodução adenomatosa em seguida à extirpação, é uma indicação de que a mucosa geral, e particularmente a do recto, apresenta «potentially malignant» (LOCKHART).

GORDON WATSON verificou também que, se um dos muitos adenomas do recto se canceriza e se extirpa, logo um outro adenoma entra em degenerescência maligna.

Esta *poliposis intestini*, que não deve confundir-se com os polipos secundários a processos inflamatórios ou irritativos, constitue uma entidade mórbida de grande interesse cirúrgico.

Como o factor hereditariedade tem valor nestes estados pre-cancerosos, aventou-se que a herança desempenhava, para o caso particular dos cancros do recto, um papel importante.

Deve contudo negar-se a asserção, pois só foi herdada a tendência para as proliferações epiteliaes conduzindo ao polipo, herança que pode constatar-se através de muitas gerações.

Nas estatísticas de CHALIER e MONDOR o cancro do recto representa 5 0/0 dos cancros em geral e, em relação aos outros cancros do intestino, aparece na proporção de 70 a 80 0/0.

Se a estatística abranger os cancros do tubo digestivo, verifica-se que são mais frequentes no estômago e nos cólones, aventando-se como causa aqueles segmentos estarem constantemente em contacto com substâncias sólidas que se deslocam vagarosamente.

O intestino posterior, que vai do meio do cólon transverso ao recto, teria o seu epitélio constantemente irritado, o que arrastaria à sua reprodução activa.

Abordemos o problema sob outro aspecto: o do tratamento.

Em face dos nossos conhecimentos actuais, só é possível a cura do cancro do recto pela exérese.

A operabilidade depende essencialmente da extensão do tumor para fora das camadas do recto, razão porque nos demoramos em apontar todos os recursos semiológicos que permitirão a sua descoberta no comêço.

Se o tumor é móvel, sem engorgitamentos ganglionares extensos, e as vísceras, nomeadamente coração, rins e fígado, se encontram com boa capacidade funcional, resta decidir a intervenção a praticar; a amputação do recto por via perineal (1) ou extirpação por via abdômino-perineal.

Esta nota não consente que nos detenhamos em pormenores das operações preconizadas.

Vamos registar asserções de autores anglo-saxónios categorizados, abalando opiniões dum pessimismo desconcertante, que,

(1) A excisão perineal é o método produzindo menor mortalidade operatória e suficiente para os cancros que não atingem a região recto-sigmoidea. Recordemos que há cêrca de vinte anos o Sr. Prof. TEIXEIRA BASTOS extirpou a porção terminal do tubo digestivo — e na extensão de 23 cm. — por cancro do recto, por via perineal, numa doente que goza ainda hoje excelente saúde, a despeito do *contrôle* histológico denunciar a invasão de alguns gânglios retro-rectais que foram retirados com o segmento instestinal.

por desgraça para muitos doentes, são escutadas e perfilhadas pelos clínicos.

Queremos e desejamos, com uma convincente argumentação dos números, demovê-los e levá-los para novos rumos.

E, se tal não conseguirmos, que não nos seja negado o nosso desejo e a nossa firme intenção.

Uma ou outra são operações difíceis, mas também «one of the most successful of surgical operations».

Esta frase de LOCKHART tem sentido diametralmente oposto ao que contém a afirmação de ANDRÉ DUFOUR: «empenhados desde mais de quarenta anos em suprimir o cancro do recto pela mais larga operação e ao mesmo tempo a menos mortífera, os cirurgiões de todo o mundo não têm obtido senão resultados medíocres».

A estas palavras tão alarmantes respondem números que vamos apontar.

Desde 1916 a 1920 LOCKHART praticou sessenta e cinco operações por cancro do recto, por via perineal, com cinco mortes.

Em 1918, «quando já tinha mais experiência da técnica», operou vinte e quatro doentes, sem um caso de morte, e vinte desses doentes tinham 60 anos de idade e os quatro restantes 70!

Êsse mesmo cirurgião, numa nova estatística hospitalar abrangendo trezentos e trinta casos e incluindo doentes com 75 anos, mostra que a mortalidade foi de 7 0/0.

Em cento e sessenta e sete casos de doentes particulares, a mortalidade foi de 4 0/0. Depois de apresentar estes números, comenta: «This is probably as low as the mortality would be from another operation, as for hernia, in persons of the same age».

Num total de trezentos e trinta operados por êste método obteve curas na percentagem de 52 0/0, sendo considerados curados os que estavam completamente bem cinco anos depois da operação.

E a argumentação continua, para demonstrar que é uma boa operação, quanto aos resultados imediatos e ainda pelos resultados a distância, desde que o diagnóstico seja feito precocemente.

«The chief handicap to curing rectal cancer is not bad treatment but late diagnosis».

Agrupando os casos conforme a classificação de DUKES, a pro-

porção das curas sobe a 75 0/0 no primeiro grupo; atinge 55 0/0 no segundo e anda à roda de 30 0/0 para o terceiro.

WILLIAM GABRIEL opõe também ao desânimo de DUFOUR a afirmação de que o cancro do recto é o melhor tumor a tratar pela cirurgia radical.

Constata-se a insistência unânime na proveitosa tarefa de despistar o cancro do recto no início, *emquanto é uma lesão ainda limitada*, para lhe aplicar «a operação mais lógica, a mais rigorosa e ainda a mais vasta» (LOCKHART-MUMMERY).

Damos agora conta do material que motiva esta nota. Abrange doentes que passaram pelos Serviços da Clínica Cirúrgica e alguns observados na clínica particular.

Exposição sucinta em que se junta aos elementos de ordem clínica a minúcia dos protocolos histológicos a atestarem a concordância na diagnose.

Infelizmente só duas doentes puderam ser operadas, e com êxito, porque os restantes eram casos inoperáveis!

OBSERVAÇÃO I.—M. C. P., de 38 anos de idade, alfaiate, natural do Pôrto. Entrou para a enfermaria n.º 1, em 19 de Março de 1927. Registo clínico n.º 1293.

Tem bom estado geral e conserva o apetite. De longe a longe, é acometido de ataques epilépticos violentos, seguidos de uma profunda astenia.

Não refere quaisquer doenças venéreas ou outra doença.

Já há três para quatro anos que se queixa de hemorróidas, porque «tem dores no ânus durante a exonegação intestinal e algumas hemorragias de sangue vivo, ou negro como bôrra de café».

As algias e as perdas de sangue eram intermitentes.

Há cêrca de um ano que sente necessidade de fazer um pouco de esforço para dejectar, e verifica que as hemorragias pelo ânus são mais frequentes. As dores apoquentam-no raras vezes e nunca são muito intensas, sendo apenas despertadas pela vontade de evacuar.

Internou-se para ser convenientemente tratado das «hemorróidas», que se opunham cada vez mais à saída das fezes.

A contrastar com a pobreza de sintomas subjectivos agrupa-se um cortejo de fenómenos objectivos que levam ao diagnóstico. Existe um ligeiro edema das pregas do ânus e notam-se também volumosas hemorróidas externas a tôda a roda do ânus. O toque rectal mostra a existência duma extensa ulceração do recto, começando a 7 cm. do ânus, alongada no sentido vertical e ocupando as paredes posterior e lateral esquerda, de bordos salientes muito duros e de fundo anfractuoso, tudo fortemente fixo aos tecidos profundos, que se encontram endurecidos numa extensão que passa além dos limites da ulceração. Ao espéculo nota-se que uns gomos carnudos da anfractuosidade se

destacam facilmente, ficando a base a sangrar abundantemente e também que a mucosa que circunscribe a lesão se apresenta de côr violácea. Biopsia. O diagnóstico histopatológico confirma a suspeita clínica: *cancro do recto*. O tumor era inoperável.

Exigiu alta em 12 de Abril do mesmo ano.

OBSERVAÇÃO II. — J. M., de 51 anos de idade, casado, cocheiro, natural do Pôrto. Registo clínico n.º 1403. Entrada em 7 de Outubro de 1927.

Acusa uma anorexia antiga; queixa-se de que lhe faltam as fôrças e a vontade para o trabalho. Nota que está emmagrecendo dia a dia. As digestões são preguiçosas e o ventre está quasi permanentemente meteorizado.

Os borborigmos intestinais sonoros são acompanhados, às vezes, por crises sob a forma de cólicas. É apoquentado, de dia e de noite, por tenesmo rectal, motivo de insónias, e só dejecta, ainda que com grande esforço, fezes diarréicas, de cheiro pestilencial, misturadas com algum sangue negro e muito pus.

O ventre está abaúlado, timpânico, doloroso. O exame ano-rectal denuncia uma infiltração anular do recto a 5 cm. do orificio do ânus, que reduz consideravelmente o calibre do intestino, difficilmente dando passagem ao dedo, que constata uma extensa lesão ulcerosa logo acima do apêrto e que sangra abundantemente ao mais ligeiro contacto.

A biopsia elucida: *poliadenoma do recto com degenerescência epiteliomatosa*.

Há cerca de cinco anos teve uma cólica intestinal violenta, de aparecimento súbito, ficando desde então a sofrer dos intestinos, com dores e, de onde a onde, diarréia.

Há oito meses piorou, sentindo dores violentas em todo o ventre, tendo diarréia intensa, com sangue ou com pus, e tenesmo. Simultaneamente, nota perda de fôrças, falta de appetite e grande depressão moral.

Reconhecendo-se que era portador duma lesão inoperável, teve alta no dia 21 do mesmo mês. Não conseguimos obter mais notícias dêste doente.

OBSERVAÇÃO III. — A. B., de 60 anos de idade, doméstica, registo clínico n.º 1674, natural do Pôrto. Foi internada na enfermaria n.º 8, em 21 de Maio de 1928.

Ausência de fenómenos importantes por parte do estado geral. Tôda a reduzida fenomenologia subjectiva era de referênciã ano-rectal. Queixa-se de tenesmo rectal, com sensação permanente de corpo estranho supra-anal. Ausência de dores ou escoamentos muco-sanguíneos.

Apresenta pequenos botões hemorroidários, na margem do ânus, formando coroa e, um centímetro acima do esfincter e na parede posterior do recto, existe um tumor do tamanho de uma avelã, que assenta sôbre uma base consistente e espriada, que diffusamente circunda o calibre do canal ano-rectal, sêssil, bastante duro e bosselado, obliterando quasi a luz do intestino correspondente e que só se consegue deslocar com a mobilização total das paredes rectais.

O exame endoscópico mostra um tumor de aspecto tomentoso, não ulcerado, no centro de uma área de mucosa congestionada, mas lisa e brilhante.

Uma primeira biopsia efectuada fora do Hospital *não atinge o tumor*, revelando somente congestão venosa com esclerose perivascular e normalidade da mucosa. Na biopsia efectuada no Serviço, a zona tumoral fica a sangrar abundantemente durante uns minutos, estacando espontaneamente. O exame histológico do fragmento do tumor rectal revelou tratar-se dum *carcinoma formado à custa dos tecidos epiteliaes malpighianos*.

O exame somático dos restantes aparelhos nada denunciou digno de menção.

De há vinte e cinco anos que sofria de hemorróidas, com passageiras crises dolorosas. Uma antiga obstipação forçava-a ao uso quotidiano do clister, que suportava bem até há dois anos; por esta data entrou a sentir uma certa ardência a quando da exoneração fecal. Ao mesmo tempo deu conta da existência de um tumor móvel, como «badalo de campainha» (sic), que, crescendo progressivamente, dentro em breve lhe obliterava o recto, forçando-a a manobras de deslocação, para o prosseguimento do líquido do clister. Não tinha dores nem escorrimento pelo ânus.

Últimamente, porém, aumentando as dificuldades da exoneração intestinal, surge ardência quasi permanente no ânus e tem, ainda, de quando em quando, crises de tenesmo.

Antecedentes pessoais e hereditários sem merecerem ser registados.

Foi operada a primeira vez em 18 de Maio, tendo-lho sido feito um ânus ilíaco definitivo, à esquerda, segundo a técnica de JANNEL.

Em 15 de Agosto, segunda intervenção, que consistiu na amputação perineal do recto, com tamponamento da excavação (MICKULICZ). A cicatrização prossegue lentamente, dando ao fim uma cicatriz infundibular, lisa, indolor.

Aspecto macroscópico da peça operatória. — Assentando numa zona dura, acima de uma coroa de botões hemorroidários supra-esfincteriana, o tumor, cinzento, uniformemente consistente ao corte, apresenta-se rodeado de pequenas formações sésseis e consistentes; 4 cm. acima a mucosa é de aspecto normal e as paredes do recto flexíveis. Os tecidos peri-ano rectais esclerosados ao redor da massa tumoral são de côr e consistência normais, um pouco acima dela.

Esta doente foi observada poucos dias antes da publicação desta nota, apresentando se clinicamente curada.

OBSERVAÇÃO IV. — J. D. S. M. A., de 50 anos de idade, doméstica, natural de Barcelos. Exame em 9 de Novembro de 1929.

Tem anorexia electiva para as gorduras; sente-se com falta de fôrças e nota também que emmagrece dia a dia.

Logo em seguida às refeições, sente-se enfartada e sonolenta. As digestões gástricas são preguiçosas. Muitas horas depois da ingestão de alimentos o ventre meteoriza-se, sente-se indisposta e com «sêde de ar» (sic). A preceder a expulsão do conteúdo do recto ouve borborigmos intestinaes. Tem diarréia alternando com obstipação; e as fezes vêm muitas vezes com sangue negro, algumas vezes rutilante, e quasi sempre com grande quantidade de muco.

Acontece sentir «mexer» os intestinos e logo em seguida ter vontade imperiosa de evacuar, rejeitando apenas sangue negro.

A exoneração intestinal é fácil, não necessitando de fazer qualquer esforço.

Refere uma sensação dolorosa no ânus, que é despertada pela passagem das fezes e que se exacerba quando permanece muito tempo no ortostatismo.

A língua está húmida, mas saburrosa. A palpação do ventre apenas revela uma sensibilidade anormal do cego e do cólon ascendente.

Pelo toque rectal nota-se, acima do ânus, na parede lateral esquerda da ampola, uma massa exuberante com o volume de uma pequena noz, dura, indolor, implantada por base bastante larga, muito pouco móvel, apresentando-se a parede rectal endurecida numa larga extensão à roda do tumor.

Ao rectoscópio verificámos que essa tumefacção, situada a 10 cm. do orifício anal, apresenta a superfície granulosa, de côr violácea, sangrando abundantemente ao mais ligeiro traumatismo.

O diagnóstico de cancro do recto é confirmado pelo exame histológico dos fragmentos enviados ao Sr. Prof. AMANDIO TAVARES: *epitelioma cilíndrico infectado e com tendência manifesta para a atipia*.

Há um ano, e durante quinze dias, teve diarreia, que atribuiu a abusos alimentares. Em seguida, normalização das funções digestivas, mas com curta duração, passando depois a ter novo período de diarreia, seguido de prisão-de-ventre. Com a diarreia aparecia sangue negro nas fezes. Emmeagrece dia a dia.

Há cinco meses começou a ter uma sensação de pêso no ânus, que atribuía ao uso dos supositórios de glicerina.

Marido robusto, tendo adoecido há çerca de dois anos com rectite de natureza sifilítica, curada pelo tratamento específico.

Há um mês, a despeito dos variados tratamentos locais para reduzir a infecção enxertada no terreno tumoral, a doente vê agravarem-se os fenómenos locais e sente-se profundamente abalada no seu estado geral.

Vítima do seu mal do recto em 3 de Abril de 1930.

OBSERVAÇÃO V. — A. J. C., de 56 anos, casado, afinador de tecelagem, natural de Santo Tirso. Internado na enfermaria 1, em 12 de Junho de 1930. Registo clínico 2.153. Entrou para o Serviço muito emmagrecido e astenizado, attribuindo a perda de pêso e de forças às insónias e à falta de appetite.

Há pouco mais de um ano começa a queixar-se de prurido à roda do ânus e de falsas vontades de evacuar, rejeitando muitas vezes (dez a doze) ao dia, um líquido claro muito fétido e, à mistura, muitos gases.

Dejecção diária de fezes de aspecto normal, com algum muco. Em Janeiro o prurido desaparece, mas começa a ter prisão-de-ventre, surgindo pouco depois uma crise de diarreia, em que as fezes aparecem com a côr do teijolo e muito fétidas. A diarreia persiste e, ao cabo de dois meses, começa a sentir dores surdas na região sagrada e junto do ânus, agravadas com os esforços para defecar. As dores e a diarreia são mais violentas durante a noite, impedindo-o de dormir. Começa então a emmagrecer e perde o appetite. Depois vem, ainda, o estado saburral das vias digestivas superiores, o enfarta-

LISBOA MEDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO 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

PHYTOSPLÉNOL GRANULADOS PLÉ

LABORATOIRES — J. PLÉ — PARIS

NUTRIÇÃO GERAL DEFICIENTE

Emagrecimento, Asténia, Anoréxia, Desmineralização,
Esgotamento, Convalescença

Raquitismo, Spasmodia, Dentição, Crescimento,
Gravidez, Aleitamento

Efeitos surpreendentes nos casos de

FALTA DE APETITE

Reconstituente Recalcificante
Anti-Tóxico

Representantes-depositários:

A. TRAVASSOS, L.^{DA}

Rua D. Estefania, 5-2.º Esq. LISBOA

Telefone 5 0520



FORMULA DO PHYTOSPLENOL

Extrato lipóidito de baco	0,60	Pó parathyóides	0,01
Pó de médula osseo vermelha	0,60	Nucleoato de ferro	0,40
Pó de osso fresco	1,00	Nucleoato de manganés.	0,20
Pó de figado	0,60	Fósforo vegetal (inosito fosfato)	
Pó de Thymus	0,60	Acido de cal e de magnésia	1,00
Pó de Supra-renais.	0,40	Vitamina A 300 unizada Stand	

Para 100 gramas de granulados

O PHYTOSPLÉNOL é apresentado em granulados aromatizados de fácil digestão, de actividade terapêutica muito poderosa e nunca alterada

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES 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^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

mento gástrico post-prandial e o meteorismo do ventre. Recorre ao hospital, já sem fôrças e muito magro. A palpação do ventre é negativa. O toque rectal revela a existência duma tumefacção em forma de crescente, que abrange as paredes posterior e lateral esquerda do recto, colocada a pouca distância do canal anal, dura e indolor, pouco móvel, recoberta por granulações moles que se destacam facilmente. Ao rectoscópio vê-se o tumor recoberto por granulações de coloração vinosa facilmente destacáveis e cuja base sangra abundantemente. A 15 cm. do ânus a mucosa do recto parece normal.

Pôsto o diagnóstico de cancro do recto, mas já impossível de tratar pela exérese, propõe-se ao doente o ânus contra natura.

Em 3 de Julho, e sob raquianestesia pela novocaína, laparotomia mediana infra-umbilical, podendo constatar-se a larga invasão pelo processo tumoral dos tecidos peri-retais. Anus contra natura.

Em 21 de Julho o doente safa da enfermaria muito aliviado das dores, acalmia que se mantém durante dois meses, para voltarem depois a torturá-lo até Agosto, data do seu falecimento.

OBSERVAÇÃO VI. — A. A. R., de 73 anos de idade, casado, natural de Vila da Feira. Observado em 4 de Setembro de 1931.

Anorexia e, por vezes, apetite bizarro. Miastenia.

Perda de pêso lenta, mas progressiva, que começa há mais de meio ano. A pele e as mucosas estão descoradas.

Queixa-se duma sensação de ardência permanente e bem localizada na região supra-anal, de crises de tenesmo rectal, e de rejeitar, repetidas vezes ao dia, um líquido acastanhado recordando, pela côr, a «bôrra de vinho», excessivamente fétido.

Sofre ainda de obstipação de dois e três dias. Tem a língua saburrosa e sêca e o ventre meteorizado, mas pouco sensível. As pregas do ânus estão normais.

O toque rectal denuncia a existência duma ulceração extensa, de bordos salientes e irregulares, localizada à esquerda do recto, começando a 3 cm. acima do esfíncter, ocupando mais de um quarto da circunferência dêsse segmento intestinal, e assente sôbre uma base dura e pouco dolorosa, que quasi circunda todo o recto, reduzindo-lhe o calibre. A lesão encontra-se imóvel e sangra abundantemente depois da exploração digital.

A anuscopia mostra a ulceração de bordos violáceos e de fundo crateriforme. Do exame dos diferentes aparelhos apenas há que focar a dureza e sinuosidade das artérias superficiais e a hipertensão ($TM = 24$).

Há mais de seis meses que começaram os distúrbios na defecação. Começa por sentir necessidade de fazer maior esforço para exonerar o intestino. Depois surgem as crises de tenesmo rectal e os escoamentos sanguíneos repetidos, de sangue negro, com cheiro pestilencial. Esta fenomenologia agrava-se, sem que o estado geral se ressinta. Depois instala-se a obstipação e a falsa diarreia. Há um mês começa a sentir-se fraco, sem apetite e emmagrecendo pouco a pouco. As fôrças faltam-lhe. O diagnóstico clínico de cancro do recto é confirmado pelo exame histológico.

Instituiu-se o tratamento pelo soluto citofiláctico de DELBET (200 gr. do

hidrosoluto de cloreto de magnésio) e as lavagens do recto com soluto fraco de azul de metileno. Só em 1934 as hemorragias são mais freqüentes e mais abundantes; a palidez da pele e das mucosas acentua-se e tem lipotimias a cada passo.

Em 1935, os fenómenos de caquexia agravam-se assustadoramente. Sucumbe em Abril dêsse ano, vítima da sua lesão rectal.

OBSERVAÇÃO VII. — S. L., de 52 anos de idade, estucador, natural de Vila Nova de Gaia. Data a primeira observação dêsse doente do dia 4 de Novembro de 1931.

Nada refere de importante do lado do estado geral. Motiva a consulta alguns «ligeiros» (sic) distúrbios de referência ano-rectal: dores surdas localizadas à região do ânus, exacerbadas tôdas as vezes que aumenta a pressão abdominal; escoamento purulento muito fétido pelo ânus, no intervalo das dejecções e por último diarreia pouco pronunciada, evacuando três a quatro vezes por dia fezes sempre pastosas e amareladas, e à mistura, um pouco de sangue escuro como «bôrra de café».

Topa na margem do ânus, à direita, uma excrescência mole e indolor com o volume duma castanha.

O exame objectivo do ânus confirma a existência duma saliência anormal, com os caracteres referidos pelo doente, tumor sessil, de superfície enarquilhada.

À exploração digital do recto encontram-se, logo acima do canal anal e nas paredes anterior e lateral direita, algumas saliências duras, indolores, de base larga, recobertas por mucosa muito friável a ponto de ter o toque rectal condicionado uma hemorragia abundante. A introdução do anuscópio despertou dores que, pela persistência, dificultaram a objectivação dos caracteres morfológicos das lesões denunciadas pelo exame digital e impediram de observar a extensão das lesões. As dificuldades do exame aumentam por haver um abundante corrimento ensanguentado e excessivamente fétido, que corria continuamente pelo anuscópio. A custo conseguimos, com a pinça de BRUNNING, colhêr alguns fragmentos das excrescências rectais para o exame histológico, que concluiu por identificar *produções polipo-mucosas rectais de fundo hemorroidário se não mesmo tumefacções adeno-hemorroidárias*. (Dr. ALBERTO DE AGUIAR). Queixa-se também de mau hálito e de acordar com a língua saburrosa e sêca e a bôca pastosa.

Conta que em Julho de 1929 fôra trabalhar para o Alentejo e mudou então o regime de dejecções, começando a ter prisão-de-ventre, que filiou no excessivo calor que fazia. Apoquentado pela obstipação, que se acentuava dia a dia, regressa à sua terra, mas sem que as exonerações intestinais voltem a fazer-se com a regularidade anterior à da abalada.

Alguns dias depois topa com uma pequena «bolota» na margem direita do ânus, que, habitualmente, com a ingestão de certos alimentos excitantes, aparece aumentada de volume e dolorosa.

Em fins de Setembro a obstipação dá lugar à diarreia, as fezes trazem algum sangue e no intervalo das evacuações rejeita pus côm de chocolate e de cheiro muito pronunciado.

Ao ver que as «hemorróidas» não melhoravam com as pomadas que lhe aconselhavam, vem então consultar.

Recomendado o tratamento antilúético — embora o exame somático e a reacção de WASSERMANN fôsem negativos — não obteve quaisquer benefícios, antes os seus padecimentos se agravam, mas sem a mais ligeira repercussão sôbre o estado geral.

Mais tarde a diarreia aumenta e também as hemorragias no final das dejecções; o escoamento pelo ânus é quasi contínuo e já em Março de 1932, faltam-lhe as fôrças e o apetite.

Depois, a diarreia e o tenesmo rectal impedem-no de dormir. Os fenómenos de caquexia acentuam-se, sucumbindo em 9 de Junho aos estragos dum cancro do recto, possivelmente consecutivo a polipose intestinal.

OBSERVAÇÃO VIII. — J. L. S., de 52 anos de idade, casado, empregado público, natural de Montalegre. Internado na enfermaria n.º 1, em 5 de Julho de 1932. Registo clínico n.º 2371.

De temperamento nervoso, magro e pálido, êste doente conta, com menores, todos os sintomas subjectivos da sua doença. Queixa-se de falta de apetite e de que tem eructações gasosas, sonolência e enfartamento gástrico logo após as refeições. Algumas horas depois o ventre meteoriza se e tem ainda borborigmos sonoros e dores erráticas, sob a forma de cólicas. Tem prisão-de-ventre; precisa de fazer grande esforço para dejectar.

Refere também uma sensação de pêso, quasi permanente, ao nível do hipogastro e dores em fisgadas no períneo, tudo se agravando pelo ortostatismo demorado. Últimamente tem tenesmo rectal, evacuando, muitas vezes ao dia, um líquido purulento, fétido, com algum sangue negro e muco.

A língua está saburrosa e fissurada. O cólon descendente está duro e um pouco doloroso.

O toque rectal denuncia a presença duma lesão tumoral do recto, logo acima do canal anal, implantada, sôbre a parede posterior e lateral esquerda do intestino terminal, muito volumosa, impedindo a exploração digital do recto para cima da sua sede.

É uma massa arredondada, aderente ao recto e aos planos subjacentes, irregular na forma, mas igualmente dura e completamente indolor.

Com o anuscópio localiza-se a lesão a 5 cm. apenas do orifício anal, coberta por granulações moles, friáveis, facilmente destacáveis. A exploração digital e pelo anuscópio dão motivo a hemorragia abundante. O enorme volume do tumor e a sua localização impediram a exploração pelo rectoscópio.

Biopsia: *epitelioma cilíndrico, de grande actividade mitótica e estroma fortemente infiltrado de células inflamatórias, com manifesto predominio dos elementos linfoplasmáticos* (Prof. AMANDIO TAVARES).

Reacção de WASSERMANN, no sôro sanguíneo, negativa.

Nos restantes aparelhos nada se descortinou de especial. Nada digno de menção dos antecedentes pessoais ou hereditários.

Há dois anos começou a ter prisão-de-ventre e a sentir necessidade de fazer um certo esforço para defecar. As fezes, a princípio de consistência pas-

tosa, não tardaram a aparecer em scíbalas e com algum sangue vivo. Há seis meses, a dificuldade em dejectar é cada vez maior e começou o tenesmo.

Depois surgem as dores, as alterações do estado geral, os distúrbios dispepticos já referidos.

Há três dias — depois duma longa viagem de comboio — forte hemorragia de sangue vivo, que determinou a consulta e o seu imediato internamento por ter sido diagnosticado o cancro do recto.

Em 17 de Julho, colostomia esquerda, pela técnica de JANNEL.

Seis meses depois da operação, o doente escreve que se sente muito melhor do seu estado geral, que voltou a ter apetite, e que as dores são suportáveis, tendo aumentado de peso 6 quilos e retomando o trabalho, embora com moderação.

Fêz algumas sessões de radioterapia profunda. Em Janeiro de 1934 o doente escrevia-nos dizendo que não se sentia pior: tinha aumentado de peso e as dores eram suportáveis.

OBSERVAÇÃO IX. — A. F. B., de 69 anos de idade, casado, proprietário, natural e residente em Sandim, Vila Nova de Gaia, foi observado em 1 de Agôsto de 1932.

Arrasta-se a custo, sente-se muito deprimido. Impressiona o seu estado de magreza, mas mais ainda a descoloração da pele e das mucosas. Não tem apetite, mas sente-se devorado por uma sede intensa. Há já bastantes dias que a temperatura anda à roda de 38°.

Desde há muito que não pode dormir por causa do desejo, quasi contínuo, mas inútil, de evacuar. Queixa-se também de dores quasi constantes acima do ânus, que irradiam para a região dos lombos, agravadas com o esforço para defecar. Amiudadas vezes ao dia, rejeita pelo ânus maior ou menor quantidade de sangue negro, que lembra a «bôrra do vinho» (sic), com algum muco e excessivamente fétido. Tem o ventre quasi constantemente «upado» (sic). Sente dores erráticas, mas de curta duração, no abdômen. A prisão-de-ventre é muito acentuada, expulsando de quatro em quatro dias, ou ainda com maiores intervalos, pequenas porções de fezes diarreicas e só depois de muito esforço. A língua está seca e com espessa camada de saburro amarelado; o hálito é muito fétido. A palpação do ventre meteorizado denuncia aumento de volume do fígado, cujo bordo inferior, irregular, bosselado, desce 6 cm. abaixo do rebôrdo costal.

Pelo toque rectal encontra-se, a 5 cm. do ânus, uma massa dura, abrangendo tôda a circunferência do intestino, consistência que se notava ainda nos tecidos à roda do recto, dando a sensação dum tumor imóvel, de superficie irregularmente granulosa e reduzindo a tal ponto a sua luz que não se pôde levar mais longe a exploração digital. Ao anuscópio vimos que êsse anel duro estava recoberto pela mucosa rectal profundamente alterada, semeada de granulações que alternavam com ulcerações mais ou menos profundas e que sangravam abundantemente. A mucosa do canal anal aparecia edemaciada e muito brilhante.

Êste doente, que teve sempre «uma saúde de ferro» (sic), começou a ter prisão-de-ventre há cêrca de dois anos que depois se agravou dia a dia.

Pouco depois juntou-se-lhe o tenesmo rectal, passando a emitir muco e pus com as fezes diarreicas. Alguns meses depois do início dos seus padecimentos aparece o sangue negro, registado já, e as falsas vontades de evacuar.

Em Março dêste ano os padecimentos exacerbam-se, o tenesmo rectal impede-o de dormir, perde o apetite e as fôrças. Só procura o médico alguns dias antes do nosso exame, que é feito dezassete dias antes da sua morte. O processo tumoral do recto tinha estendido os seus estragos ao figado.

OBSERVAÇÃO X. — A. R., de 50 anos de idade, casada, doméstica, natural de Freixo-de-Espada-à-Cinta e residente em Moimenta da Beira, deu entrada urgente no Hospital de Lamego, em 5 de Novembro de 1932, por síndrome de oclusão intestinal, que durava há dezóito dias e tinha como causa a obstrução do recto por uma massa tumoral com o aspecto de couve-flor, que sangrava copiosamente, dura, indolor e tão volumosa que impedia tóda a exploração do recto. Como os caracteres morfológicos da lesão rectal e a história clínica conduzissem ao diagnóstico, muito provável, de cancro do recto, decidiu-se pela colostomia esquerda, segundo a técnica de JANNEL.

As seqüelas operatórias foram normais, tendo sido resolvido o problema da oclusão, única determinante do seu internamento urgente.

E apurou-se depois, pelo interrogatório metódico, que tivera funções digestivas aparentemente normais até aos 44 anos, época em que se deu, sem pródromos e também sem consequências de maior, a supressão das regras.

Pouco depois da menopausa apercebeu-se que as dejeções, embora diárias e de fezes com aspecto normal, eram insuficientes e, nomeadamente, que carecia de fazer um certo esforço para expelir essa quantidade reduzida de detentos.

Com o dobar do tempo a dificuldade da dejeção aumenta e aparecem muitas vezes as fezes com sangue vivo rutilante à mistura, mas a espoliação sanguínea é diminuta e o estado geral da doente mantém-se excelente.

Foi aconselhada a tomar cada dia uma cápsula de óleo-de-rícino, mas o obstáculo à dejeção teima em persistir. Um ano mais tarde, aos distúrbios da evacuação, toleráveis, mas impertinentes, vêm juntar-se alguns transtornos digestivos, que levam a consultar de novo: epigastralgias surdas, mas persistentes, e azia post-prandiais interrompidas de súbito se adregava vomitar espontaneamente. A medicação alcalina recomendada, pôs còbro a estes fenómenos dispépticos.

Como a obstipação e as hemorragias não retrocedem, antes se agravam, aconselham-lhe comprimidos laxativos e uma pomada para introduzir no canal anal. Teimosamente, os desarranjos persistem, a despeito desta última terapêutica. Há dois anos, as hemorragias são mais abundantes.

É escutada nova opinião, mas o Nujol e os supositórios que indicaram também se tornam impotentes para resolver o problema da estase intestinal crónica que se esboça, porque a doente sente agora tonturas, mau hálito e mau gôsto na bôca, flatulências com aumento progressivo do ventre e meteorismo. Dezóito dias antes de ingressar no Hospital para a intervenção de urgência, é acometida de fortes dores na região sacro-lombar; perde o apetite e as fôrças, o ventre avoluma-se, meteoriza-se, o peristaltismo intestinal

exagera-se, tudo acompanhado da supressão absoluta da passagem de gases ou fezes pelo ânus, apenas saindo uma ligeira escorrência fétida e ensanguentada.

Pouco depois aparecem os vômitos serosos e alimentares, mas raros.

Tôdas as vezes que buscou a solução terapêutica para o mal que mais a afligia insistentemente e desde comêço, não foi realizada qualquer exploração da porção terminal do aparelho digestivo! Foram quasi seis anos de tratamento médico, que se esforçava por ser sintomático, mas improffcuo, como deixa adivinhar o resultado da exploração do recto pelo toque. As seqüelas operatórias foram sem incidentes e o estado geral da doente melhorou de modo bem palpável e progressivamente. Fizeram-lhe oito injeccões de *Cuprase* e igual número de ampolas de *Bacterina*, tudo acompanhado da ingestão de 200 gr. por dia do soluto de DELBET. Seis meses depois da intervenção, continua em condições de tratar do amanho da casa. O ânus iflaco tornou-se quasi continente e pelo ânus escoa-se um ligeiro corrimento ensanguentado. A obstrução do recto era menos acentuada. Fez-se então o exame histológico a fragmentos do tumor rectal obtidos por biopsia. *Epitelioma cilindrico. Intensa actividade mitótica. Forte reacção inflamatória do estroma.* (Prof. AMANDIO TAVARES). Um ano depois do seu internamento constata-se acentuada redução da elasticidade do ânus e continua a massa exuberante obturando a luz do recto, a impedir a progressão do dedo.

O toque vaginal revela a propagação do tumor à parede posterior da vagina e ao útero. O estado geral continua excelente e só meio ano mais tarde aparecem os primeiros sinais denunciadores da caquexia cancerosa, que depois se agravam progressivamente e vitimam a doente quasi dois anos depois do incidente agudo que a levou ao Hospital de Lamego.

OBSERVAÇÃO XI. — J. O., de 56 anos de idade, casado, negociante, natural de Vila Nova de Gaia, é observado pela primeira vez em 3 de Março de 1933, mostrando-se alarmado pela grande fadiga que sentia e ainda por notar que emmagrecia rapidamente, embora conservasse o apetite. Abaülamento do ventre quasi constante e borborigmos intestinais sonoros. Exonerava o intestino uma vez por dia, quasi sempre à mesma hora, mas, para a expulsão de pequena porção de fezes moles e com muco e algum sangue negro, precisava de fazer grande esforço. Queixava-se também de sensação permanente de pêso no perineo. Não tinha dores, nem escorrimentos anormais fora das evacuações.

Pelo toque rectal combinado com a palpação do ventre encontravam-se as paredes esquerda e posterior do recto, duras e dolorosas, tendo êste exame provocado uma pequena hemorragia de sangue negro muito fétido.

O endoscópio denunciou, a 12 cm. do ânus, uma extensa ulceração do recto, alongada no sentido transversal e abrangendo as paredes posterior e lateral esquerda da ampola, com bordos salientes e duros e o fundo anfractuoso, coberto de granulações acinzentadas, muitos friáveis. Essa lesão assenta sôbre uma base consistente, que vai além dos limites da ulceração. Todo êsse bloco é pouco móvel e reduz bastante o calibre do intestino, impedindo a progressão do rectoscópio. Há seis anos, com o intuito de combater

a preguiça das digestões gástricas, tomou um chá de *girbon* (sic), tendo uma crise de suboclusão intestinal que determinou o seu internamento imediato. Os meios médicos debelaram essa crise, mas desde então queixa-se de prisão-de-ventre.

Há dois meses sente necessidade de fazer esforço para defecar e nota também, permanentemente, na região do ânus, uma sensação de pêso e algum sangue negro nas fezes. Definha, embora côma com apetite. Uma biopsia mostra tratar-se de *epitelioma cilíndrico do recto*. (Prof. AMANDIO TAVARES).

A 25 de Março, e sob anestesia local, ânus definitivo à esquerda. Nos dois meses seguintes à intervenção o estado geral do doente modifica-se sensivelmente, mas começam a aparecer hemorragias abundantes pelo ânus e dores vivas ao nível da região sagrada, que o impossibilitam de dormir.

Volta a definhar, dia a dia, e a sentir agravarem-se as dores, tendo de recorrer ao Eucodal até Agôsto dêsse ano, época em que o mal o vitimou.

OBSERVAÇÃO XII. — J. A. A., de 74 anos de idade, casado, natural da Póvoa de Varzim e observado em 15 de Março de 1933.

Êste doente, a-pesar da sua avançada idade, apresenta um estado geral excelente; come bem e com apetite. Os seus queixumes resumem-se a bem pouco: algumas dores surdas, intermitentes, no hipogastro, com irradiação para o dorso, e a um pouco de tenesmo rectal com expulsão de sangue escuro com muco, quatro a cinco vezes ao dia. Tem a língua fissurada e saburrosa na base. A palpação do ventre é negativa.

Ao toque rectal encontra-se profundamente, na parede anterior do recto, uma saliência anormal, com o volume duma tangerina, dura e indolor, pouco móvel, de base de implantação muito larga e muito consistente, aparecendo atingida pelo endurecimento mais do que a metade anterior do recto. Ao anuscópio nota-se a mucosa do canal anal e parte inferior do recto espessa e congestionada, sem varizes hemorroidárias visíveis.

À rectoscopia, tumor a 12 cm. do ânus, de contornos irregulares e sangrando abundantemente e em superfície.

O exame histopatológico dos fragmentos do tumor mostrou tratar-se de um *epitelioma cilíndrico*.

Os gânglios inguinais estão muito aumentados de volume, duros e indolores e sem sinais de periadenite.

O estudo dos restantes aparelhos não revela quaisquer alterações anatómicas ou funcionais.

As primeiras perturbações da evacuação começaram há cêrca de um ano por diarreia pouco intensa e hemorragias intestinais ligeiras de sangue negro.

Pouco depois aparece também o tenesmo rectal e dores surdas no ventre, ao nível do hipogastro, e irradiando, sempre que atingiam grande intensidade, para o dorso.

Com as falsas vontades de evacuar rejeita sangue vivo ou negro, com maior ou menor quantidade de muco, tudo excessivamente fétido. Todos os sintomas se foram acentuando pouco a pouco, mas sem que o mal tivesse repercussão sôbre o estado geral do doente.

Em Dezembro suçumbe, vítima da doença do recto.

OBSERVAÇÃO XIII. — A. O. F., de 54 anos de idade, casado, jornalista, natural de Famalicão, registo clínico n.º 2513, foi internado na enfermaria n.º 1 em 22 de Maio de 1933.

Sentia-se sem fôrças para o trabalho, sem apetite e alarmado por emmagrecer de dia para dia.

Não referia quaisquer distúrbios digestivos de referência gástrica ou hepática. Prisão de ventre rebelde e dores permanentes na região ano-rectal, com paroxismos e irradiações para a região dorso-lombar e membro inferior esquerdo. Escorrimento anal intermitente, de pus ensangüentado e fétido. Era também achacado a hemorragias de sangue negro, misturado com muco e pus, surgindo com as falsas vontades de evacuar, «o que lhe tirava o sono e a coragem» (sic).

Face pálida, emaciada e língua saburrosa. A palpação do ventre foi negativa.

Pelo toque rectal notava-se, na parede lateral esquerda da ampola rectal, uma tumefacção volumosa, fixa por larga base, de superfície bosselada, tomentosa, que sangrava facilmente, sem ser dolorosa e obturando quasi por completo a ampola.

O exame endoscópico permite acrescentar que a massa tumoral que começa logo acima do canal anal, estendendo-se até muito próximo da ansa sigmóide, apresenta a superfície eriçada de granulações, lembrando uma couve-flor, vermelhas e muito friáveis, que sangram com facilidade. O limite superior da tumefacção só foi abordado depois da sua fragmentação, tarefa aliás muito fácil. A biopsia confirmou o diagnóstico que a riqueza de sinais clínicos permitira formular: *epitelioma cilindrico do recto*.

Há perto de um ano que vinha sentindo uma dor surda na região do ânus, exacerbada com a fadiga e irradiando para o membro inferior esquerdo. Pouco depois, começou a ter necessidade de fazer muito esforço para defecar fezes laminadas, com muco e sangue vivo.

Mais tarde aparece uma sensação permanente de pêso no perineo e queixa-se de tenesmo, que o apoquentava bastante, de noite, impedindo-o de dormir.

Há mais de meio ano que corre pus, duma maneira intermitente, pelo ânus, e começa na mesma data a perda de fôrças, de pêso e de apetite.

Ralado pelas dores e pela fadiga, recorre ao hospital. Como a lesão neoplásica do recto tivesse passado os limites da operabilidade, tentou o Sr. Prof. TEIXEIRA BASTOS, e com êxito, aliviar o doente das dores que tanto o torturavam. Em 1 de Julho e sob anestesia geral, laparotomia mediana para a descorticação da adventícia da aorta terminal e dos troncos ilíacos; tarefa árdua, por ter encontrado algumas placas ateromatosas nas paredes vasculares. Esta simpaticectomia peri-arterial foi seguida de sinais de oclusão alta: distensão do ventre, forte dilatação gástrica, vômitos e supressão de gases e de fezes e com grande diminuição de urinas, tudo aquietando com a medicação apropriada. Saíu da enfermaria, dezassete dias depois da intervenção operatória, com melhor estado geral e sem dores na região ano-rectal. Estes benefícios da operação mantêm-se durante dois meses, findo os quais as dores reaparecem e sucumbe, um mês depois, aos estragos do seu padecimento do recto.

LABORATORIOS CLIN**COLLOIDES**

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electroselectenium (selénio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN**ARSENOBENZENE INJECTAVEL**

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphillis — Pian — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salleclarsinato 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 benzyl-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

**SOLUÇÃO
de Salicylato de Soda do D^r CLIN**

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.
Syncaine pura em sal.— Soluções adranestheticsas.
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)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

**INJECCÃO CLIN
STRYCHNO-PHOSPHARSINADA**Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

VINHO E XAROPE NOURRY

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

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

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

Laboratórios da Farmácia Serrano

GADIDOLEO

Emulsão dos princípios activos vitamina dos dos fígados de bacalhau com extracto de malte e hipofosfitos de cal e soda. Muito agradável ao paladar

CINOBENZIL

Solução oleosa da cânfora, cinameína e colestérina

PULMOTIOL

Tiocol, dionina, benzonato de sódio, balsamo de Tolu, calgala, lactucario e felandrio, em xarope

MYOGENOL GRANULADO

Glicerofosfato de cálcio, ácido nucleíco, arrenal e vitaminas do óleo de fígado de bacalhau

Rua 20 de Abril, 128 - LISBOA

OBSERVAÇÃO XIV. — B. T., de 53 anos de idade, doméstica, natural de Penafiel. Observada a primeira vez em 15 de Fevereiro de 1934, motivando a consulta padecimentos hemorroidários (?) renitentes aos tratamentos médicos já seguidos.

Esta doente, que tem bom apetite e apresenta um bom estado geral, encontra-se muito excitada de nervos, pela persistência dos distúrbios que lhe dão os «tumores hemorroidários internos» (sic). É apoquentada, mais durante o dia, e nomeadamente se permanece muito tempo em pé, por falsas vontades de evacuar, expelindo um líquido muito fétido e ensanguentado e por vezes, com uma pequena porção de fezes. Não tem dores. Dejecta difficilmente uma vez ao dia, fezes com algum sangue negro e pus.

Ligeiro saburro da base da língua, timpanismo do ventre. O toque rectal e a endoscopia mostram existir a 8 cm. do ânus e na parede anterior do recto, uma tumefacção bosselada, irregular, sangrando abundantemente, dura, indolor, muito pouco móvel, reduzindo muito o calibre do intestino e que parece intimamente ligada ao colo uterino.

Ao toque vaginal, nota-se no fundo do saco de DOUGLAS, um bloco duro, mas indolor, que prende o colo do útero ao recto, reduzindo consideravelmente as excursões àquele.

O exame histopatológico aos fragmentos retirados para biopsia, mostrou tratar-se de *epitelioma cilíndrico com tendência, em certos pontos, para a evolução atípica. Grande actividade cariocinética. Estroma reduzido e em moderada reacção inflamatória subaguda.* (Prof. AMANDIO TAVARES).

Histerectomia subtotal há quinze anos.

Há cêrca de quatro anos que começou com os distúrbios digestivos: obstipação, com crises de diarreia, filiados numa colite. Essas alterações digestivas repetem-se, cada vez com mais intensidade e frequência, sem contudo alterarem o estado geral da doente.

Fêz tratamento termal em Caldelas, em dois anos consecutivos.

Há cêrca de um ano a obstipação agrava-se e tem depois uma crise de diarreia violenta, com tenesmo rectal e escoamento purulento muito fétido. Ainda graças à intervenção do seu médico, êsses fenómenos aquietam, mas não desaparecem. Alguns meses depois começa a rejeitar, repetidas vezes ao dia, sangue negro, em maior ou menor abundância e sempre com extraordinária fetidez, vindo consultar-nos «por causa das hemorróidas, que complicam a sua colite crónica.»

Em Junho, colostomia esquerda (ânus ilíaco definitivo), técnica de JANNEL. Pouco depois da operação o estado geral modifica-se para melhor e de modo progressivo, comendo com apetite, aumentando de pêso, sentindo-se com mais resistência para o trabalho e dormindo sonos tranqüilos. Quinze meses depois de ser operada continua a sentir-se bem e animada do desejo de fazer mais uma vez o seu tratamento termal em Vizela e que a intervenção não consentiu que fizesse no ano último.

Em Julho de 1936 começa a queixar-se de dores violentas no recto, irradiando para os membros inferiores e para o dorso, e perde o apetite e as fôrças. É mais uma vida que se extingue ao sôpro terrível do cancro.

OBSERVAÇÃO XV. — J. M., de 64 anos de idade, jornalista, natural do Pôrto. Registo clínico n.º 2684. Foi internado no Serviço da Clínica Cirúrgica em 26 de Junho de 1934.

Sente-se sem forças para trabalhar, sem apetite; emmagrece a olhos vistos e transpira abundantemente, mas mais durante a noite. Queixa-se de falsas e imperiosas vontades de evacuar, que se resolvem na emissão de pequena quantidade de «matéria» (pus) e sangue. Com o esforço da evacuação tem dores acima do ânus, surdas, sem irradiação.

Tem uma obstipação tenaz, de sete e oito dias, mas, quando consegue evacuar, o que acontece ao cabo de grandes esforços, as fezes são em scibalas escuras, e as primeiras vêm embrulhadas em pus e salpicadas de sangue, quasi sempre escuro. Ao caminhar e ao fazer qualquer esforço, sente saírem do ânus dois «caroços» duros, que, pelo atrito contra a roupa, o incomodam, porque lhe doem. Faz a sua redução manual, mas sangram quasi sempre que recorre a essa manobra.

A língua está sêca e saburrosa, a saliva é espessa e o hálito muito fétido. Durante o período de retenção estercoral, sente-se afrontado e nota abaúlamento do epigastro.

As pregas do ânus apresentam-se espessadas e prolabam um pouco com o esforço.

Ao toque rectal sente-se, na parede anterior da ampola rectal, uma tumefacção irregular, que alarga para a base de implantação, indolor e constituída por três pequenas massas, arredondada uma, irregulares as outras. O calibre do recto, nesse nível, encontra-se diminuído, permitindo contudo a passagem franca do dedo. Á endoscopia via-se, na parede anterior e lateral esquerda do recto, uma massa tumoral constituída por vegetações irregulares, algumas ulceradas e sangrando facilmente. A tumefacção começava a 3 cm. do orifício do ânus e estendia-se até muito próximo da junção recto-sigmoideia. Tôda a mucosa restante aparecia edemaciada e brilhante.

Biopsia : *epitelioma cilíndrico* (Prof. AMANDIO TAVARES).

Além dos seus padecimentos rectais, o doente queixa-se de bronquite, com expectoração abundante ao acordar.

Rudeza respiratória e expiração prolongada, nos dois vértices.

Reflexos rotulianos abolidos, reflexo plantar positivo, trepidação epileptóide, mais à esquerda.

A palpação do ventre constata-se que o figado está aumentado de volume, duro, com nódulos e ligeiramente doloroso.

Há mais de quatro anos que, com dejecções normais, nota um pouco de sangue a preceder as fezes.

Há cêrca de cinco meses, começa a sentir dores no ânus, dificuldade de evacuar e tenesmo. Quasi simultaneamente, perda de forças e emaciação. Consultou um clínico, que lhe receitou pílulas e supositórios, com o que obteve acalmia passageira. Foi depois aconselhado a internar-se no hospital. Uma vez hospitalizado, disseram-lhe «que o tumor estava muito pequeno e não valia a pena ser tratado por emquanto». Pediu alta. O mal agrava-se e volta a recorrer ao hospital.

Nos anamnêsticos apura-se que há cinco anos, estando em cima duma

árvore, sentiu-se sem fôrças da cinta para baixo. Foi descendo a braço até que, não podendo mais, caiu, sentado, e verificou que não podia fazer movimento de torsão nem movia os membros inferiores, ao mesmo tempo percebendo que nêles a sensibilidade estava completamente abolida. Com o tratamento médico instituído foi melhorando progressivamente de maneira a caminhar ao fim dum ano. Contudo, a fôrça dos membros inferiores é sempre pouca e a sensibilidade reduzida.

Chegou-se à conclusão seguinte: cancro do recto com metástase hepática e mal de Pott.

OBSERVAÇÃO XVI. — A. C., de 38 anos de idade, doméstica. Registo clínico n.º 3004. Internada no Serviço de Clínica Cirúrgica em 15 de Novembro de 1935.

Doente magra e astenisada, queixa-se de sensação pouco acentuada de pêso no recto, com pequenas crises de contractura não dolorosa e de fisgadas raras, breves, seguidas de prurido na metade direita do ânus.

No intervalo das evacuações aparece um escoamento diminuto pelo ânus e, um dia por outro, no momento da dejecção, precedendo a massa fecal, aparece ligeira hemorragia de sangue escuro (bôrra de café) e, juntamente com as fezes, laivos sanguíneos vivos.

Na margem direita do ânus existe uma excrescência cutâneo-mucosa, de côr vermelha carregada, na base da qual aflora uma ulceração, que segue pelo canal ano-rectal até 4 cm. de altura; de uma e outra banda da ulceração, como que a delimitá-la, há um ressalto de maior consistência.

Na metade esquerda do recto palpa-se, na vizinhança da parte superior da ulceração, um nódulo submucoso, sêssil e pouco mobilizável.

Com o auxilio do anuscópio vê-se a ulceração de bordos sinuosos, com o fundo semeado de granulações necróticas e sangrando.

O exame histológico, efectuado sôbre fragmentos colhidos na periferia da ulceração e ainda no fundo da mesma, mostrou tratar-se de *epitelioma cilindrico* com grande actividade cariocinética.

O ventre é mole (hipotonia da parede) e indolor. O fígado e baço têm limites normais à percussão.

Há nove anos começou a padecer do recto: síndrome clínico de pólipos rectal. Até há cerca de três anos não teve escoamento anómalo, mas depois aparecem hemorragias, ora de sangue vivo, ora de sangue negro, e, simultaneamente, emissão de tecidos necrosados: *esfacelo espontâneo do pólipo*.

Após êste período hemorrágico, que durou oito dias, não mais sentiu a tumefacção e ficou sem qualquer padecimento ano-rectal de ordem subjectiva.

Em Janeiro dêste ano deu conta de um pequeno nódulo duro e pruriginoso na comissura anterior, que entrou, em poucos dias, numa fase inflamatória acentuada: aumento de volume, pulsatilidade, dor e exsudação muco-purulenta. Mediante tratamento antiflogístico, a reacção inflamatória diminuiu, mas o nódulo não mais desapareceu. Algum tempo depois surgem, nos intervalos das dejecções, escoamentos muco-purulentos, de volume variável, pouco fétidos. Quasi simultaneamente deu conta de que, no momento da

dejecção e a preceder a massa fecal, aparecia um líquido hemorrágico escuro, por vezes quasi negro. Uma vez ou outra, juntamente com as fezes, ligeira hemorragia de sangue vivo, a qual permanecia ainda um pouco depois da exonerção e sustando espontaneamente.

Mercê do tratamento local a que tem sido submetida (clister evacuador de água de linhaça e clister medicamentoso de azul de metilena a 1/4 000), o escoamento purulento tem diminuído, bem como o prurido e, ainda, a sensação frequente de contractura local.

Em Fevereiro, quasi no início da fase actual da doença, sofreu de cefaleias frontais, em moedeira, as quais se desvaneceram com o tratamento anti-sifilítico.

Em 23 de Novembro, colostomia esquerda definitiva pela técnica de JANNEL.

Só em 13 de Janeiro de 1935, quando uma cuidada preparação pre-operatória havia modificado sensivelmente o estado geral da doente, o Sr. Prof. TEIXEIRA BASTOS praticou a amputação do recto, por via perineal.

A cicatrização da brecha foi-se fazendo progressivamente, com epidermização regular, tendo a doente saído curada em 7 de Fevereiro.

OBSERVAÇÃO XVII. — M. R. M. V., de 67 anos de idade, viúva, natural de Espozende, observada em 18 de Junho de 1935. Esta doente, muito magra e muito pálida, com olhos amortecidos, debruados por largo círculo violáceo, attribue aos desgostos por que tem passado o definhamento e a anorexia electiva para as gorduras que a mortificam desde o comêço d'êste ano. Uma sensação de fadiga quasi permanente a vem torturando também desde essa mesma data, impedindo-a de cuidar, como tanto desejava, do arrumo de sua casa, o que ainda mais a contraria e indispõe. Manifesta a sua estranheza por ter a lingua sempre saburrosa e sêca, embora faça uma alimentação muito reduzida e ainda com selecção de alimentos.

Tem o ventre abaulado e timpânico, sentindo muitas vezes «rugidos» e algumas dores sob a forma de cólicas. Mas o seu «mal maior» (sic) está nas hemorróidas. Quere evacuar e não pode ou, antes, precisa de fazer muito esforço, ainda que para expulsar fezes moles com sangue e pus. Queixa-se, também, de dores surdas e continuas acima do ânus e que irradiam para os lombos, torturando-a durante a noite e roubando-lhe o sono, de que tanto precisa. Pelo dia adiante tem vontade de evacuar, mas só consegue expulsar sangue vivo ou escuro, com muito muco ou pus.

Tem polaquiúria com urinas claras em quantidade normal.

A exploração digital do recto, que é difficil e determina muitas dores e hemorragia abundante, mostra que tôda a porção do recto abordável pelo dedo está transformada num canal duro, de calibre muito estreito e paredes vegetantes, excrescências estas que são muito friáveis e que se destacam com grande facilidade.

O exame endoscópico a tôda a altura do recto e abrangendo ainda o canal anal, permite constatar a perda de elasticidade de todo êsse segmento do intestino e, ainda, que tôda a superficie sangra abundantemente, hemorragia difficil de sustar e impedindo a colheita de mais caracteres macroscópicos.

Todo o recto estava fixo e o toque vaginal mostrava que o endurecimento peri-rectal abrangia ainda o paramétrio, reduzindo as excursões do útero. Exame histológico: em fragmentos do tumor rectal. *Epitelioma cilíndrico. Multiplicação mitótica muito activa. Forte reacção inflamatória do estroma.* (Prof. AMANDIO TAVARES).

Os primeiros sinais alarmantes aparecem em Setembro do ano findo. Sangra pelo ânus, no acto da defecação e fora dêle, carecendo de fazer algum esforço para conseguir a expulsão de fezes.

Só em Dezembro surgem as dores ano-rectais e o corrimento purulento e fétido, com o tenesmo. Pouco mais tarde, é quasi só sangue negro e muito fétido, que expele quando é acometida pelas falsas vontades de dejectar.

No princípio dêste ano o mal agrava-se, as forças começam a faltar-lhe, bem como a vontade de comer. Emmagrece a olhos vistos, emaciação agravada pelas mortificações que lhe vêm de íntimos desgostos. Ainda a vimos mais algumas vezes. A doença consome-lhe a existência rapidamente. Succumbia à caquexia cancerosa nos primeiros dias do mês de Janeiro de 1936.

Cingindo-nos aos elementos clínicos coligidos, e procedendo ao seu estudo analítico, somos conduzidos a esquiçar as conclusões, para remate desta nota sucinta.

Verifica-se que o cancro do recto atinge nomeadamente os indivíduos depois dos 40 anos de idade, o que está em concordância com os números apresentados pelas estatísticas integrais reunidas por MARTIN DU PAN.

Em poucos doentes se apurou a pre-existência de hemorróidas — causa predisponente muitas vezes invocada — e registam-se dois casos em que o cancro do recto sucedeu à polipose.

Dos dezassete doentes portadores de cancro do recto, quinze não puderam ser submetidos à intervenção curativa, porque as condições locais e gerais imperativamente a contra-indicavam.

Confirma-se a afirmativa clássica de um síndrome proteiforme no âmbito da subjectividade, mas, se o mal se anunciava quasi sempre por um número reduzido de pequenos sinais funcionais, e bastante dissemelhantes, estes possuíam características que permitiam aventar a suspeita do cancro do recto e, conseqüentemente, impunham o maior cuidado num exame objectivo, tarefa que, bem conduzida, levaria à certeza do diagnóstico com o processo no início. Não teríamos então a dolorosa surpresa de observar quasi só casos inoperáveis.

Há ainda uma outra constatação a focar: na quasi totalidade dos doentes, os primeiros sinais subjectivos a exteriorizarem o cancro do recto, foram-se agravando muito devagar, insidiosa-

mente, ou somando-se a outros sinais, mas sem que fôsse des-cortinados elementos de ordem clínica a tornar evidente a extensão rápida do tumor ou a sua intensa repercussão sôbre o estado geral, deixando supor que a lesão fôra, por largo tempo, uma doença local e de evolução tórpida, portanto susceptível de cura operatória num período relativamente longo da sua evolução.

Fica-nos também a impressão de que a colostomia esquerda, poupando o tumor à irritação quási constante do conteúdo intestinal, foi útil: pelas modificações do estado geral que apresentaram os doentes depois da intervenção e porque nos pareceu que frenou a marcha do cancro na sua lúgubre tarefa.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRÉ DUFOUR. — Traitement chirurgical du cancer du rectum. 1934.
- BERARD et CHALIER. — Étude critique de la dérivation préalable, temporaire ou définitive, des matières, dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. Indications et méthodes. *Lyon Chirurgical*. 1909.
- CHARLES GORDON-WATSON. — Treatment of cancer of rectum with radium by open operation. The Proceeding of the Royal Society of Medicine. 1927.
- CUTHBERT DUKES. — The hereditary factor in poliposis intestini, or multiple adenomata. *The Cancer Review*. 1930.
- Simple tumours of the large intestin and their relation to Cancer. *The British J. of Sur.* 1926.
- The classification of cancer of the rectum. *The Journal of Pathology and Bacteriology*. 1932.
- GABRIEL (W. B.). — The principles and practice of rectal surgery. 1 vol. Londres. 1932.
- Removal of portion of malignant tumours of the rectum for confirmatory section. *The Brit. Med. J.* 1931.
- The end results of perineal excision and of radium in the treatment of cancer of the rectum. *The British Jour. Surgery*. 1932.
- Perineo-abdominal excision of the rectum in one stage. *The Lancet*. 1934.
- The results of perineal excision in the treatment of carcinoma of the rectum. *Brit Jour. Surg.* 1925.
- GABRIEL, DUKES and BUSOY. — Lymphatic spread in cancer of the rectum. *British J. Surg.* 1935.
- GASTON COTTE. — Chirurgie du sympathique pelvien en gynecologie. 1932.
- GOLD and STRITZKO. — The radical operation for carcinoma of the rectum on the basis of clinical material of the last ten years. *Arch. f. Klin. Chir.* 1935.
- HARTMANN. — Travaux de Chirurgie, 6^e série: chirurgie du rectum. 1931.

- LOCKHART-MUMMERY. — Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment. London, 1923.
- Two hundred cases of cancer of the rectum treated by perineal excision. *Brit. J. of Surg.* 1926.
- Traitement du cancer du rectum. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris.* 1932.
- Excision of the rectum for cancer. *The American Jour. of Cancer.* 1933.
- MANDL. — Eurther experiences with radical operation for carcinoma of the rectum. *Lentralbl. f. Chir.* 1934.
- MILES. — The pathology of the spread of cancer of the rectum, and its bearing upon the surgery of the cancerous rectum. *Surgery, Gynecology, Obst.* 1931.
- R. BENSÂUDE. — Les problèmes diagnostiques du cancer du rectum. *Le Journal Médical Français.* Février 1929.
- Maladies de l'intestin. Série II. 1935.
- Traité d'endoscopie recto-colique. Rectoscopie. Sigmoidoscopie. 1926.
- R. BENSÂUDE et CANI. — Indications, technique et interpretation de la biopsie dans les tumeurs du rectum. *Journal de Chirurgie.* 1921.
- RENÉ LERICHE. — Sédation à l'aide de la sympathectomie péri-aortique et péri-iliaque des douleurs provoquées par les cancers abdominaux inopérables. *Lyon Chirurgicale.* T. XXII. 1925.
- ROBERT COFFEY. — Cancer of the rectum and rectosigmoid. *The American Journal of Surgery.* 1931.
- SCHREINER. — Successful irradiation treatment of eight cases of inoperable rectal carcinoma. *Am. J. Cancer.* 1935.
- STEINDL. — Advances in the diagnosis on treatment of carcinoma of the Rectum. — *Wien. Med. Wchnschr.* 1935.

Trabalho executado na clinica neurológica de Bucarest
(Prof. Dr. G. MARINESCO)
e no Instituto «Dr. Cantacuzène»
(Prof. Dr. IONNESCO-MIHAESTI)

PARTICIPAÇÃO DAS GLÂNDULAS DE SECREÇÃO INTERNA, DURANTE A INFECÇÃO SIFILÍTICA DOS RATINHOS

POR

Dr. G. STROESCO (Bucarest) e Dr.^a LUCIA TERLÔ (Lisboa)

As perturbações das glândulas de secreção interna nos indivíduos sífilíticos são factos já de há muito observados em clínica. A-pesar-de na literatura serem relatadas numerosas observações em que as alterações endócrinas foram postas pela base duma infecção sífilítica, hoje por uma crítica mais severa se viu que o papel da sífilis nessas perturbações foi, de-certo, muito exagerado.

Durante o período secundário da sífilis constata-se um aumento do corpo tiroideu, acompanhado, de vez em quando, de perturbações basedowianas; mas, num período mais avançado da sífilis, as lesões dessa glândula tornam-se mais raras, assim como os seus sintomas são mais difficilmente influenciados pelo tratamento anti-específico.

Na heredo-sífilis as perturbações endócrinas de natureza sífilítica são muito mais freqüentes, o que demonstra que, num organismo em via de desenvolvimento, estas glândulas são mais receptoras à infecção sífilítica. A infecção intra-uterina dá-se certamente na segunda metade da gravidez, segundo O. THOMSEN (1)

(1) THOMSEN OLUF. — Pathologisch-anatomische Veränderungen über congenitale Syphilis bei dem Foetus und dem neugeborenen Kind. Kopenhagen. Georg Thieme. Verlag. 1928.

PROGYNON-B

oleoso



Só 3 amp.

*de 10000 Unid. benzoicas Intern. por c.c.
são suficientes para fazer desaparecer*

PERTURBAÇÕES CLIMATÉRICAS GRAVES

PROGYNON-B OLEOSO:

Caixas com 3 amp. de 10000 U. b. I.

PROGYNON-B OL. FORTE:

Caixas com 1 amp. de 50000 U. b. I.

Caixas com 5 amp. de 50000 U. b. I.

**SCHERING S. A. PORTUGUESA
DE RESPONSABILIDADE LIMITADA**
Largo da Anunciada, 9—2º, LISBOA.

Prokliman "Ciba"

Associação racional de hormónio ovariano e de substâncias sedativas descongestivas e reguladoras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos
transtornos da

Menopausa

Amostras e literatura:

E. BRUNNER & Comp., L^{da} &
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
único representante dos Productos "Ciba" em Portugal



e outros autores, que dizem dar-se a infecção sífilítica no embrião aproximadamente no meio desse estado; por isso os abortos espontâneos que se produzem na primeira metade da gravidez são atribuídos a causas diferentes da infecção sífilítica da mãe.

W. MENNINGER (1) descreve lesões encontradas ao exame anátomo-patológico da tiroideia em três casos de sífilis congênita com sinais clínicos de hiper ou hipotiroidismo. Ao lado das lesões específicas ele pôde, algumas vezes, confirmar a presença de espiroquetas.

No adulto conhecem-se casos de mixedema de origem sífilítica (HURIEZ (2), etc.); LANGERON, DECHAUME, DELOVE e JEANNIN (3) publicaram um interessante caso de tetania e paratiroidite sífilítica. Êles encontraram, ao exame anátomo-patológico, lesões intersticiais importantes de tiroidite e paratiroidite específica, assim como certas alterações do epitélio glandular.

No que diz respeito às outras glândulas de secreção interna, a maioria das observações recolhidas são de sífilis da glândula hipofisária. DOHLIN (4) comunica quatro casos de sífilis cerebral com sintomas típicos de acromegalia; SKUBISZEWSKI (5) relata o caso de uma mulher sífilítica que, além de outras perturbações, apresentava o complexo sintomático de FRÖHLICH e uma atrofia total das glândulas salivares do lado direito.

O testículo parece ser também freqüentemente infectado pela sífilis; conhecem-se casos de atrofia testicular de origem sífilítica.

Para darmos conta da freqüência de infecção glandular num organismo sífilítico fizemos uma série de trabalhos experimentais em ratinhos, os quais apresentam a vantagem de, além de poderem ser examinados facilmente em série, serem muito sensíveis à infecção sífilítica (infecção experimental bem estudada por STROESCO e VAISMAN (6) em trabalhos anteriores).

(1) MENNINGER, W. C. — *American Journal of Syphilis*. Vol. XIII. N.º 2. 1929.

(2) HURIEZ CLAUDE — *Gazette des Hôpitaux*. CV. N.º 32. 1932.

(3) LANGERONE, J. DECHAUME, P. DELORE et J. JEANNIN. — *La Presse Médicale*. 19 Janvier 1927.

(4) DOHLIN, A. O. — *Dtsch. Z. Nervenheilk.* S. 166-190. 1929.

(5) SKUBISZEWSKI FELIKS. — *Polska gazeta lekarska*. Jg. 3. N.º 10-11. 1924.

(6) STROESCO et VAISMAN. — *Bull. de l'Académie de Médecine de Paris*. Séance du 12 Mai 1936. Tome 115. N.º 18. Pag. 657.

Sabe-se, segundo KOLLE e SCHLOSSBERGER (1), que os ratinhos, ao contrário da idea clássica, são muito sensíveis à infecção sifilítica, mas dum modo inaparente, isto é, sem lesões primárias características; porém, os gânglios ou os linfáticos introduzidos sob a pele do escroto dum coelho determinam neste um cancro escrotal com orquite específica. Um facto importante pôsto em evidência por aqueles autores é que, depois dum certo tempo de incubação, o próprio sistema nervoso torna-se também virulento para o escroto do coelho, ficando, porém, o sangue durante tôda a infecção livre de virulência. De início, KOLLE e SCHLOSSBERGER não puderam demonstrar a presença de treponema da sífilis, tanto nos gânglios linfáticos como no sistema nervoso central; tôdas as experiências foram confirmadas por LEVADITI e seus colaboradores (2-4), JAHNEL, etc. Mais tarde JAHNEL e, depois, LEVADITI puderam impregnar espiroquetas típicos nos gânglios linfáticos e no baço; porém, nenhum dêles, nem MARIE e G. STROESCO (5) puderam descobrir no crânio espiroquetas visíveis.

Lutando com esta discordância de factos, LEVADITI e os colaboradores admitem no ciclo de desenvolvimento do treponema pálido a existência duma *forma invisível* que é a responsável da virulência do cérebro do ratinho, assim como doutros tecidos, mas cujo exame histológico não permite descobrir a forma visível do espiroqueta. A teoria de LEVADITI foi combatida por JAHNEL (6), assim como por BESSEMANNS (7) e seus colaboradores.

Êsses estudos foram retomados por STROESCO. Usando um método pessoal para a impregnação dos espiroquetas, e seguindo a infecção metódicamente, êle chegou a resultados importantes,

(1) KOLLE und SCHLOSSBERGER. — *Deutsch. med. Wochenschrift*. N.º 30. 1926. P. 1245. Idem. N.º 4. 1928. P. 129. *Zblt. f. Bakt.* 1927. P. 237.

(2) LEVADITI e CONSTANTINESCO. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 111. P. 967. 1932.

(3) LEVADITI, VAISMAN, SCHOEN et METZGER. — *Ann. de l'Institute Pasteur*. 50. P. 222. 1933.

(4) LEVADITI, VAISMAN et SCHOEN. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 113. P. 69. 1933.

(5) MARIE, A et G. STROESCO. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 121. P. 612. 1936.

(6) JAHNEL et PRIGGE. — *Deutsch. med. Wschr.* N.º 17. S. 694. 1929.

(7) BESSEMANNS, J. VAN HÆLST et H. de WILDE. — *Bull. de la Soc. des Diplomés de Microbiologie et de la Faculté de Pharmacie de Nancy*. N.º 9. 1934.



tanto para a biologia do treponema como para o conhecimento daquela infecção.

Pela inoculação dum tecido sífilítico subcutaneamente nos ratinhos, e examinando ao microscópio todos os tecidos e órgãos em pequenos intervalos de tempo, êle pôde seguir, partindo do ponto de inoculação, passo a passo, a via de propagação do espiroqueta no organismo e nos órgãos capazes de serem infectados naquele tempo. Além disso, depois da inoculação sob a pele, indiferente do lugar, os espiroquetas contidos no enxêrto espalham-se em tecidos vizinhos e aproximadamente dez dias depois começam a propagar-se de «proche en proche» por *via dérmica*, invadem a epiderme, formando um retículo de espiroquetas entre as células do estrato malpighiano. Pouco a pouco, os espiroquetas vão mais longe, infectando, no espaço mínimo de trinta e cinco dias, tôda a pele e as mucosas de origem ectodérmica. Partindo da derme, os espiroquetas invadem concomitantemente os *nervos* que lá passam, propagando-se ao longo dêles até ao sistema nervoso central. Os treponemas nunca infectam o estrato dos *músculos estriados*; a êsse nível êles, indo pelos nervos, chegam aos gânglios espinais, onde se dispersam na sua cápsula conjuntiva. Depois, propagando-se ao longo das trabéculas conjuntivas, quási chegam até às células ganglionares nervosas, mas nunca ultrapassam as células nervosas satélites, que formam como que uma barreira para a célula nervosa. Dos gânglios espinais os treponemas propagam-se ao longo das raízes nervosas, infectam as membranas do cérebro e da medula, mas não entram nunca no sistema nervoso pròpriamente dito, tanto pela via dos nervos motores como dos nervos sensitivos.

O exame dos animais infectados durante mais tempo mostra a presença dos espiroquetas, tanto na pericartilagem como no periósteo, assim como na espessura dos tendões, mas cessando de se propagar logo que o tendão se continua com o músculo. Da mesma maneira a infecção propaga-se ao tubo digestivo, principalmente ao intestino grosso e recto, onde os espiroquetas se encontram em tão grande número que, por vezes, tôdas as fibras musculares lisas, tanto do estrato longitudinal como do circular, são como rodeadas de treponemas, tendo êles a mesma direcção que os músculos lisos do recto. As fibras musculares lisas são, pois, ao contrário das estriadas, muito infectadas pelos espiroquetas.

Da mesma maneira as glândulas salivares são muito sensíveis à infecção; lá os espiroquetas penetram por entre as células secretoras e caem no lume glandular.

Sendo essa, de um modo esquemático, a maneira dos espiroquetas se propagarem e invadirem o organismo dos ratinhos, sobreleva-se um facto interessante para a biologia de *treponema pálido*. A-pesar do grande número de espiroquetas que se encontram, tanto na pele como nas mucosas, ao exame microscópico não se descobre um mínimo sinal de inflamação; os ratinhos são como que um meio de cultura *in vivo*, o seu organismo não se resente nunca da infecção. Tudo se desencadeia dum modo inaparente, tanto do ponto de vista clínico como histológico. No entanto, os espiroquetas não perderam a sua virulência; inoculando um bocado da pele ou da mucosa do ratinho num coelho, êste reage duma forma regular, produzindo uma lesão específica.

Para nos darmos conta se existe verdadeiramente uma diferença entre a maneira de propagar-se a infecção nos animais que reagem produzindo uma lesão primária, fizemos experiências em cobaios. Constatámos nestes animais que, pela inoculação dum tecido virulento, os espiroquetas se espalham e multiplicam em grande quantidade na espessura dos nervos periféricos correspondentes ao ponto de inoculação. Dispersando-se centrípeta-mente, êles chegam aos gânglios espinais; centrífugamente ao estrato de Malpighi da pele, formando um espêsso retículo de espiroquetas por entre as células epidérmicas, *sem se produzir, por mais pequena que seja, alteração histológica visível*. Num momento dado (três meses depois, segundo as nossas experiências actuais) aparece a lesão primária específica ao nível da epiderme infectada e, à medida que a lesão progride, os espiroquetas cessam de se propagar na espessura da pele, procurando, pelo contrário, aglomerar-se em volta da lesão primária. (LEVADITI, STROESCO e VAISMAN, 1936). Constatamos como que uma imunização local da pele produzida pela reacção inflamatória específica, mas essa imunidade não se estende aos nervos periféricos, pois que na espessura dêles o *treponema* procura multiplicar-se e propagar-se sem que se produza uma lesão inflamatória.

Sendo estes os resultados principais das experiências acima expostas, procurámos estudar também nesse trabalho o comportamento das glândulas de secreção interna, nos ratinhos, durante

a mesma infecção sífilítica. Quisemos ver se elas constituem tecidos treponemófilos ou treponemófilos, e se tôdas ou sòmente algumas dessas glândulas são infectadas de um modo constante.

Os ratinhos foram infectados com *souche Truffi* e examinados de cinquenta dias até três meses depois da infecção.

Foram vistas tôdas as glândulas de secreção interna e também pequenos bocados de pele, língua e recto, para se poder comparar a infecção das glândulas com a dos outros tecidos.

Os exames de todos os ratinhos, em número de vinte e um, foram feitos depois da fixação em formol a 10%, durante o tempo mínimo de dez dias. O método de impregnação foi o método pessoal G. STROESCO; em cada glândula foram feitos e examinados um grande número de cortes.

Vamos primeiro descrever a infecção dessas glândulas e o modo de propagação dos espiroquetas no seu interior; depois a lesão, produzida ou não pelo agente.

Corpo tiróide. — No nosso trabalho verifica-se que esta glândula de secreção interna é a que mais freqüentemente se infecta pelo treponema. Em geral, o número de espiroquetas que se encontram nessa glândula estão em relação directa com a quantidade encontrada na pele ou na mucosa bucal. No caso da glândula ser pouco invadida pelo treponema, êste encontra-se principalmente na periferia, ao longo das fibras conjuntivas, de onde se introduz na espessura do tecido intersticial.

Pelo contrário, quando os espiroquetas são numerosos, tôda a glândula é invadida; êles penetram no tecido intersticial e acumulam-se em tôrno dos vasos que irrigam o tecido glandular. Também se constata numerosos espiroquetas entre os folículos tiroideus; muitos dêles têm tendência de se introduzir para dentro das células foliculares, mas nunca chegam a atravessar completamente o epitélio folicular e a pôr-se em contacto com a substância colóide segregada pelo epitélio glandular. Encontrámos grande quantidade de espiroquetas em tôrno dos vasos, sem nunca atravessarem a parede e entrarem na circulação sangüínea.

Glândula hipofisária. — Se examinarmos esta glândula em paráliticos gerais, encontramos quási sempre lesões infiltrativas à periferia, formadas de células plasmáticas e de linfócitos; pelo contrário, o parênquima tanto do lobo anterior como posterior é raramente atingido. Isto é provável estar em ligação com o facto de a glândula se achar em estricto contacto com a *cisterna basa-*

lis (1), e esta apresentar regularmente lesões inflamatórias na sífilis tardia. Esta constatação nos explica a causa de se encontrarem perturbações desta glândula nos velhos sifilíticos. Nos ratinhos infectados, encontrámos espiroquetas em número moderado, tanto ao nível do lobo nervoso como do glandular. O treponema invade também a periferia da glândula, vai ao longo das fibras conjuntivas e introduz-se na própria glândula, onde se dispersa dum modo difuso. O parênquima do lobo glandular é muito mais invadido do que o do lobo nervoso. Os espiroquetas ficam todos acantonados ao nível da glândula, não indo pela haste pituitária. Vê-se pois que o lobo glandular é muito mais propício à invasão pelos treponemas do que a parte nervosa. A cápsula da glândula é sempre invadida em grande quantidade pelo espiroqueta, que se introduz ao longo das fibras conjuntivas que atapetam a cápsula. A infecção da glândula deve-se fazer por continuidade, tanto da meninge, como do ôsso, pois, segundo o mencionado mais acima, a infecção dá-se tanto no periósteo como no tecido mieloide.

Epífise. — Como sabemos, a função desta glândula é ainda hoje desconhecida. Ela está situada em contacto com a *cisterna ambiens*, a qual é muito rica em feltragem subaracnoidea e onde se localizam com predilecção as infecções propagadas pelo líquido céfalo-raquidiano. Nas inflamações sifilíticas das meninges encontram-se regularmente grandes lesões na *cisterna ambiens*, em volta da veia do *Galeno* e no parênquima hipofisário. Comparando agora com a infecção sifilítica do ratinho, vemos que aqui também a epífise está tomada pelo agente, se bem que em pequena quantidade, principalmente no tecido conjuntivo que rodeia a glândula, mas também ao longo do retículo que atravessa o parênquima epifisário. Raramente se encontram espiroquetas por entre as células pequenas redondas que atapetam o parênquima glandular.

Como no sistema nervoso central, nós não pudemos encontrar espiroquetas a nenhum nível; não nos resta dúvida nenhuma que o treponema vem pelo líquido céfalo-raquidiano ou pelas meninges para infectar a epífise.

(1) SPATZ H. und G. STROESCO. — Zur Anatomie und Pathologie der äusseren Liquorräume des Gehirns. Die Zisternenverquellung beim Hirntumor. *Nervenartzt.* Heft. 9. 1934.

Glândula suprarrenal. — A-pesar-de ser tão importante o papel desta glândula no organismo, nos ratinhos ela só muito raramente é invadida pelo espiroqueta; no decorrer dos nossos trabalhos só encontrámos três casos. O treponema não invade nem a cortical, nem a medular, ficando acantonado na periferia da glândula, na sua cápsula conjuntiva.

Ovário. — A infecção desta glândula foi estudada por LEVADITI, SCHOEN, MANIN e VAISMAN (1). Êles fizeram numerosas experiências para demonstrar se a sífilis dos ratinhos pode ser transmitida por via placentária. A-pesar-de se poder pôr em evidência a presença dos treponemas tanto no ovário como no útero, êles não puderam demonstrar a transmissão da sífilis pela placenta; chegaram pois à conclusão de que o filtro placentário dos ratinhos é impermeável à passagem dos espiroquetas. Os nossos trabalhos confirmam as suas experiências, no que diz respeito ao ovário e ao corpo uterino. Os espiroquetas introduzem-se, em grande quantidade, no ovário, onde infectam principalmente o tecido intersticial, colocam-se em tórno dos folículos de *Graaf*, mas não chegam a atravessar as camadas daquele folículo para infectar o ovocito. Por isso a transmissão da sífilis nos ratinhos por essa via, de maneira nenhuma se pode dar.

Testículo. — Sabe-se, pelas experiências de LEVADITI (2) e dos seus colaboradores, que os ratinhos infectados pela sífilis se tornam virulentos, isto é, inoculando pequenas porções dêles num coelho, determinamos, depois de um certo tempo de incubação, um cancro específico. Ao exame histológico, porém, até hoje, os autores não puderam impregnar o treponema típico. Esta não concordância entre os resultados experimentais e provas histológicas levaram os autores a admitir, da mesma maneira que para o cérebro, a existência duma forma especial *infravisível*, forma que se torna visível depois de passar pelo coelho, onde determina uma lesão específica. Os nossos trabalhos não se limitaram só ao testículo, mas todo o aparelho genital masculino foi examinado com atenção. O resultado foi que não contendo o tecido próprio do testículo treponemas visíveis, nós os encontrámos na

(1) LEVADITI, SCHOEN, MANIN et VAISMAN. — *C. R. de l'Acad. des Sciences.* 197. 1933.

(2) *Loc. cit.*

serosa, se bem que em pequeno número. Pelo contrário, no epidídimo os treponemas invadem em grande extensão todo o corpo, assim como o canal deferente. No epidídimo os espiroquetas encontram-se localizados principalmente na submucosa, de onde alguns se insinuam por entre as células do epitélio cilíndrico. Por vezes êles chegam mesmo a atravessar a mucosa e a cair no lume do canal epididimário. O facto, constatado por nós, de que o epidídimo é invadido pelo treponema típico, faz talvez que a virulência do testículo inoculado em enxêrto seja devida a pequenos fragmentos de epidídimo que não se puderam separar e entram concomitantemente. É provável que esta virulência seja devida, em parte, à serosa do testículo, assim como talvez também à infecção do enxêrto no momento de o extrair, pois que, como sabemos, a pele do escroto contém muitos focos ricos em espiroquetas. Com essa objecção nós não queremos negar a existência da forma invisível admitida por LEVADITI (1), mas sòmente constatar que estas suas afirmações foram feitas antes de se conhecer o modo de propagação do treponema na pele, assim como a sua existência no epidídimo.

Para que tenhamos a certeza do que relatamos acima, é necessário que aquelas experiências sejam repetidas com tôdas as precauções de assépsia impostas pelos nossos trabalhos anteriores.

No que diz respeito ao resto do aparelho genital, se bem que não lhe conhecemos a secreção interna, podemos dizer que tanto o canal deferente e vesículas seminais, como a próstata e a mucosa uretral são quási constantemente infectados, principalmente no estrato submucoso.

Timo. — No adulto esta glândula está atrofiada, pois o seu papel de secreção interna cessou, mas no recém-nascido sifilítico têm-se descrito lesões específicas. Nos ratinhos, em que a sua actividade se mantém durante tôda a vida, encontram-se espiroquetas no caso dêsse animal ser prèviamente infectado. Êles encontram-se principalmente na cápsula do timo e na espessura das trabéculas conjuntivas e também sob a cápsula e por entre as células da zona cortical. Nós não encontrámos espiroquetas na zona medular, mas de verdade encontram-se lá em pequeno nú-

(1) Loc. cit.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

”

eregumil[”] Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Depositários: **GIMENEZ-SALINAS & C^a**

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

**AUROTHERAPIA
DA
TUBERCULOSE**

00277
Z 240

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

mero, nas grandes infecções, aglomerados em tórno dos corpúsculos de *Hassal*.

Pâncreas.— Esta glândula é invadida com a mesma regularidade que as glândulas salivares peribucais. Os treponemas encontram-se localizados principalmente ao longo das trabéculas conjuntivas que separam a glândula em lobos, de lá chegam à base das células acinosas e insinuam-se nos canalículos intercelulares, de onde chegam mesmo ao interior do lume glandular. Pelo contrário, êles encontram-se mais raramente entre as células que formam os ilhéus de *Langerhans*. Daqui se pode concluir que os treponemas aglomeram-se com predilecção junto às células que desempenham a função de secreção externa, aproximando-se com isto das glândulas salivares peribucais. É provável que os treponemas se eliminem do pâncreas pelo intestino devido à sua presença no lume glandular.

Para os outros órgãos não vale a pena insistirmos, pois já foram estudados anteriormente.

Um facto importante que se deduz do ponto de vista anátomo-patológico é *que com todos os exames praticados não se encontrou naquelas glândulas nenhum sinal de lesão inflamatória*. Isto concorda com os trabalhos anteriores, em que também não se encontraram lesões inflamatórias nem na pele, nem nos nervos, etc., onde os treponemas existem em grande quantidade. Assim também no que diz respeito às glândulas de secreção interna, a infecção decorre tóda de um modo inaparente, isto é, as glândulas não reagem à invasão. O organismo dos ratinhos é como que uma cultura do treponema *in vivo*; o animal não sofre, e a sua vida não está em perigo.

¿ Qual poderá ser pois a causa desta diferença entre os animais, que, como os ratinhos, fazem a infecção de um modo inaparente, e os animais que reagem produzindo lesão primária ou tardia? A esta questão os conhecimentos presentes não permitem responder de um modo definitivo; trabalhos ulteriores não tardarão a encontrar a causa desta diferença.

No entanto pode-se afirmar, desde já, que o treponema pálido não tem nenhuma *propriedade tóxica*, ao contrário do que se afirmava antigamente; assim também se dizia que em todos os organismos a presença dos espiroquetas era acompanhada de lesão específica.

De outro lado o trepcnema não obedece a nenhuma lei embriológica; êle invade as glândulas provenientes dos três folhetos embriológicos; êle pode invadir, além disso, de forma diferente glândulas que têm uma mesma origem embriológica. Vimos que êle não se encontra no tecido testicular, mas sim e com frequência no ovário. Por outro lado existe no lobo nervoso da hipófise, mas não na zona medular da suprarrenal.

A importância dêste trabalho para a patologia humana traduz-se pelo facto de mostrar em que medida as glândulas de secreção interna podem ser lesadas no decorrer duma infecção sifilítica.

Para conclusões definitivas deve-se fazer o mesmo estudo comparativo no homem.

Revista dos Jornais de Medicina

Observações clínicas e anátomo-patológicas sobre a hemorragia cerebral. (*Osservazioni cliniche ed anatomo patologiche sull'emorragia cerebrale*), por C. BERLUCCHI. — *Rivista di Patologia nervosa e mentale*. Vol. XLVIII. Fasc. 2. Outubro de 1936.

A hemorragia cerebral, a-pesar-de ser estudada desde o tempo de Morgagni, não tem ainda hoje uma explicação completamente satisfatória para a sua patogenia. As diferentes lesões encontradas em autópsias de doentes que sucumbiram após uma hemorragia cerebral têm sido notadas em outros indivíduos, onde não provocaram alterações reveláveis clinicamente. Mesmo o mecanismo da extravasação sanguínea levanta muitas discussões, e é sobre este ponto que incidem principalmente as investigações do A., que apresenta, baseado em oito observações, vários aspectos do problema sob os pontos de vista clínico e histopatológico. As principais conclusões são:

Os focos de hemorragia maciça de localização electiva ao nível dos gânglios basais têm uma configuração e distribuição características que permitem distingui-los dos focos de amolecimento com a mesma localização.

Sob certos pontos de vista, os processos hemorrágico e amolecimento hemorrágico, são semelhantes.

Contudo, podem encontrar-se diferenças importantes: nos amolecimentos hemorrágicos por traumatismo, embolia ou causa tóxica, não existe fusão entre as múltiplas e pequenas hemorragias por diapedese, e só ao exame macroscópico se pode confundir este foco com um foco hemorrágico; microscopicamente a distinção é nítida, dada a presença, entre as pequenas hemorragias, de feixes de fibras nervosas, que sobrevivem ao processo, embora possam mostrar alterações degenerativas acentuadas.

Nos focos de hemorragia maciça os vasos mostram uma resistência maior que o parênquima, mantendo-se íntegros durante alguns dias; depois estabelecem-se ao nível das suas paredes fenómenos degenerativos que vão até à necrose, e que são portanto lesões secundárias da hemorragia. Estas alterações vasculares degenerativas são semelhantes às encontradas nos cérebros dos velhos e dos hipertensos, mas aqui, ao contrário do que sucede na hemorragia, raramente chegam até à necrose.

Desenvolvem-se sempre à periferia de um foco de hemorragia maciça processos de estase e de diapedese capilar do mesmo tipo dos observados nos amolecimentos hemorrágicos, processos que facilitam a difusão do foco por um duplo mecanismo: diminuindo a resistência dos tecidos, e juntando o

sangue saído dos capilares por diapedese ao da hemorragia primitiva. As diferenças macro e microscópicas encontradas num e noutro caso são explicáveis precisamente pela importância maior ou menor destes factores secundários.

Uma hemorragia maciça pode produzir-se, e provavelmente este mecanismo é frequente, em consequência de um foco de amolecimento branco (seja qual fôr a sua extensão) que, diminuindo a resistência dos tecidos, abre caminho à hemorragia. Nos casos em que a hemorragia tem esta etiologia, é frequente observar à periferia de focos, já com alguns dias, uma bordadura de células grânulo-gordurosas, provenientes provavelmente dos processos secundários devidos à hemorragia.

Clinicamente, a-pesar-de grandes dificuldades frequentes e determinados critérios, principalmente a intensidade do síndrome e a hipertermia permitem distinguir a hemorragia cerebral maciça de outras perturbações da circulação cerebral.

ALMEIDA LIMA.

Ependimomas dos hemisférios cerebrais na infância e pre-adolescência. (*Das Ependymom der Großhimnhemisphären in Jugendalter*), por W. TÖNNIS e K. J. ZÜLCH. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 3. Abril de 1937.

Os AA. estudam cento e nove casos de tumores cerebrais da infância e pre-adolescência (1 a 20 anos) escolhidos entre quinhentos e cinquenta da clínica do Prof. Tönnis. As percentagens das diversas variedades de tumores, tanto na fossa posterior como nos situados acima da tenda do cerebelo, são perfeitamente concordantes com as indicadas por Cushing; só a relação entre gliomas supra e infra-tentoriais difere bastante (1 : 1 em vez de 1 : 2 segundo Cushing).

Os AA. descrevem mais pormenorizadamente dezassete casos de gliomas dos hemisférios cerebrais em crianças ou indivíduos novos. Dêstes casos, nove mostrou o exame histológico serem ependimomas. Clinicamente estes casos mostraram poucos sintomas de localização, prevalecendo a sintomatologia geral de hipertensão.

Contudo, a consideração atenta da anamnese, e dos poucos sinais neurológicos inerentes, permitiu sempre a localização; tanto sob o ponto de vista de localização como de diagnóstico diferencial, estes tumores apresentam-se com os aspectos dos gliomas dos hemisférios cerebrais. Nalguns casos a ventriculografia e a arteriografia trouxeram importantes auxílios para o diagnóstico.

O tratamento cirúrgico consistiu sempre na enucleação do tumor através de um grande retalho ósteo-plástico, depois da remoção de uma zona mais ou menos extensa de córtex cerebral, pois estes tumores são quasi constantemente subcorticais. A grande tendência que têm para formar cavidades quísticas facilita a ablação.

Dos nove casos operados, oito sobreviveram e a maior parte estão em

condições de trabalho eficiente. Apenas um dos doentes faleceu três semanas após a intervenção, em consequência de uma escarlatina.

ALMEIDA LIMA.

Aneurismas carótido-cavernosos (exoftalmo pulsátil). (*Carotid-cavernous aneurysms (pulsating exophthalmus)*), por WALTER DANDY — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 2 e 3 Março e Abril de 1937.

Extensa publicação, com grande número de ilustrações (quarenta e seis), considerando todos os aspectos do problema, escrita em inglês, no estilo claro e didáctico usual de W. Dandy. Revista exaustiva do que se conhece sobre o assunto e exposição de pontos de vista pessoais do A.

Resumimos as conclusões terapêuticas. Pode-se obter a cura de um aneurisma do seio cavernoso, de vários modos:

- 1) Espontaneamente.
- 2) Compressão simples da carótida no pescoço.
- 3) Laqueação da carótida primitiva ou da interna (parcial ou total).
- 4) Laqueação superficial ou profunda das veias orbitárias, se estas contiverem sangue arterial.
- 5) Laqueação intracraniana da carótida ou da própria fístula.

Empregando primeiro os métodos mais simples e recorrendo em seguida aos mais complicados, se os primeiros não dão o resultado desejado, pode-se conseguir actualmente curar todos os casos de aneurisma do seio cavernoso.

As razões por que os resultados não são sempre os mesmos com o mesmo método são difíceis de entender e dependem, provavelmente, das dimensões e da posição da abertura arterial e das condições individuais que facilitam a trombose venosa necessária à cura.

Os efeitos da lesão são tão graves que nunca se deve esperar que se dê, por acaso, uma cura espontânea, mas sim recorrer o mais cedo possível à intervenção cirúrgica.

Sobre os méritos respectivos das duas espécies de intervenções, sobre o sistema venoso (veias orbitárias) ou sobre o sistema arterial (carótida) é difícil fazer uma afirmação dogmática. Excelentes resultados têm sido obtidos com ambas. A laqueação e extirpação das veias orbitárias parece dar resultados mais constantes, mas tem certamente o perigo de, em alguns casos, poder determinar lesões dos músculos motores do globo ocular ou mesmo do nervo óptico.

Se os doentes tiverem mais de trinta e cinco anos, deve preferir-se a laqueação das veias intra orbitárias ou a laqueação parcial da carótida.

Sob o ponto de vista terapêutico, é possível que a laqueação parcial não seja inferior à laqueação total, pois a cura do aneurisma por trombose obtem-se por diminuição da pressão arterial; e esta baixa da pressão ao nível da carótida no seio cavernoso parece ser a mesma com uma laqueação total ou parcial. Teóricamente, devia-se esperar que a laqueação da carótida primitiva fôsse menos perigosa do que a da interna, dada a circulação colateral

fornecida pela carótida externa; mas o exame estatístico não mostra diferenças apreciáveis na gravidade das duas intervenções.

Nos casos com exoftalmo bilateral deve-se preferir a laqueação arterial, pois, mesmo nas mãos mais hábeis, a laqueação intra-orbitária pode ser seguida de lesões do nervo óptico ou dos músculos do globo, comportando nos vasos bilaterais o enorme risco da cegueira total.

Nestes casos é aconselhável começar pelas laqueações das veias peri-orbitárias, embora os êxitos sejam em menor percentagem; mas nalguns pode obter-se uma trombose retrógada suficiente, e, em caso de insucesso, fica o campo livre para qualquer outra intervenção.

Até há pouco, quando se tivesse feito a laqueação da carótida interna no pescoço, nada mais havia a fazer, em caso de insucesso, como intervenção arterial. A técnica neuro-cirúrgica permite actualmente colocar, sem grande perigo, um *clip* de Cushing na porção intracraniana da carótida interna, eliminando assim todo o sangue que, em sentido retrógado, atinja a fístula arterial. Contudo, esta intervenção deve ser feita só após o insucesso da laqueação da artéria no pescoço. A laqueação bilateral da carótida foi tentada não é de considerar, tão desastrosos são os resultados.

Se estes métodos arteriais falham é sempre possível recorrer ainda aos métodos venosos.

O método engenhoso de Brooks (introdução de um pequeno fragmento de músculo no interior da carótida, que, levado pela corrente sanguínea, iria obturar a fístula arterial) parece ter dado resultados muito favoráveis; sôbre o valor do método não se pode ajuizar sem a observação de mais casos.

A tentativa de Gluck, de ataque directo da lesão, após trepanação da mastoideia e rochedo, não é de considerar, dado o grande traumatismo e hemorragias incontroláveis que pode provocar.

ALMEIDA LIMA.

Sôbre a adsorção do ácido ascórbico no sangue. (*Ueber Adsorption von Ascorbinsäure im Blute*), por E. GABBE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1937.

O A. estuda o fenómeno, já conhecido, que consiste na desapareição do ácido ascórbico, quando este é adicionado, *in vitro*, ao sangue. Apresenta as várias hipóteses postas pelos diversos autores para explicação do facto, destacando, especialmente, a de Kellie e Zilva (oxidação pela hemoglobina). O A., servindo-se do método de Martini e Bousignore, verificou a dependência do fenómeno do estado de saturação de oxigénio do sangue, circunstância que foi comprovada por Klodt. Notou, também, que a quantidade de ácido ascórbico desaparecido era muito influenciada pela junção de certas substâncias, como o uretano e o alcool amílico, e, finalmente, que a adição de vermelho do Congo quasi impedia totalmente o seu desaparecimento, pois foi reencontrado no filtrado em proporções que subiam até 88%.

De estas constatações, e outras, o A. é levado a concluir que não se dá uma oxidação do ácido ascórbico, mas sim uma adsorção, e que as substân-

cias adsorventes são a hemoglobina e vários colóides celulares, sendo provável a intervenção de outras substâncias.

OLIVEIRA MACHADO.

A hormona pancreotropa do lobo anterior da hipófise e os ilhéus de Langerhans do pâncreas. (*Das pankreotrope Hormon des Vorderlappens der Hypophyse und die Langerhansschen Inseln der Bauchspeicheldrüse*), por B. CHRZANOWSKY e S. J. GRZYCKI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1937.

Os AA. estudam a acção da hormona pancreotropa do lobo anterior da hipófise, isolada por Anselmino e Hoffmann, sobre os ilhéus de Langerhans, com o fim de procurarem elucidar a génese da parte endócrina do pâncreas. Como introdução, descrevem a estrutura histológica dos ilhéus e apresentam, sucintamente, as diferentes teorias existentes para a explicação do desenvolvimento dos mesmos.

O problema a resolver, com as experiências de que lançaram mão, é o de saber se os ilhéus se desenvolvem a partir de células centroacinosas que se diferenciam, ou se, pelo contrário, já existem inicialmente determinados elementos que darão origem aos ilhéus de Langerhans. Para a solução de esta questão, os AA. injectaram, em ratos, doses determinadas de extractos contendo a hormona pancreotropa do lobo anterior da hipófise e fizeram mais tarde cortes histológicos dos pâncreas dos animais. Pelo exame microscópico das preparações encontraram evidente hipertrofia dos ilhéus, com desaparecimento da limitação, e verificaram que a proliferação em certos pontos foi tão intensa que ilhéus vizinhos se fundiram, para darem origem a ilhéus gigantes. Estes ilhéus, produto de união de vários, chegaram a atingir tamanhos de $380 \times 200 \mu$, o que representa um grande aumento em proporção ao tamanho normal (35 até 200μ).

Por último, os AA. abordam o problema da origem dos ilhéus de Langerhans, estabelecendo que os neoformados se devem desenvolver à custa de células dos ácinos pancreáticos, que se libertam da comunidade das outras células, perdem as suas características funcionais e se instituem células-mães dos novos ilhéus.

OLIVEIRA MACHADO.

Antagonismo vitamínico. (*Vitaminantagonismus*), por HARALD LOTZE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1937.

O A. refere-se às novas aquisições sobre a «clínica das vitaminas», anunciando o conhecimento de propriedades sinérgicas e antagonistas das várias vitaminas.

Faz notar que, por vezes, o conteúdo em vitaminas, especialmente vitamina C, não corresponde aos números declarados nos produtos comerciais, e este facto é a base que o leva à execução das várias experiências realizadas, e das quais dá nota pormenorizada, indicando a maneira como preparou as várias soluções de ensaio e como foram conduzidas tôdas as investigações.

Numa das séries de experiências estudou o conteúdo em vitamina C do óleo de fígado de bacalhau, dentro de espaços de tempo variáveis, e comparou os resultados com as quantidades encontradas no mesmo momento em solutos padrões, preparados respectivamente com álcool butírico e azeite. Verificou então que, ao fim de quarenta e oito horas, não existia praticamente vitamina no óleo de fígado e que, pelo contrário, o título no álcool butílico e no azeite se manteve invariável. O A. pensa que este fenómeno é devido à intervenção da vitamina A, antagonista da vitamina C, o que confirmou com outras experiências. Para provar que a vitamina C é destruída, e não transformada noutra substância que possua ainda acção vitamínica, cita as experiências de Stepp e Schröder, pelas quais se verificou que as crianças que receberam vitamina C, juntamente com óleo de fígado, adquiriram escorbuto.

Finalmente, anuncia a descoberta de uma substância capaz de estabilizar, *in vitro*, o ácido ascórbico e cujas experiências *in vivo*, em animais, estão sendo realizadas.

OLIVEIRA MACHADO.

A acção antidiurética de extracto de hipófise. (*Antidiuretische Wirkung des Hypophysenextrates*), por R. L. STEHLE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 15. 1937.

O A. contradiz os resultados obtidos por Böttger com uma substância, suposta isolada da hipófise, que manifestaria, segundo este, uma acção antidiurética.

O A. analisa as curvas apresentadas por Böttger e é levado a concluir que a acção, suposta como manifestação da substância isolada por Böttger, é somente o produto da actividade simultânea de outro princípio, não completamente isolado dos extractos com que trabalhou este A.

OLIVEIRA MACHADO.

As alterações tóxico-infecciosas do miocárdio no electrocardiograma. (*Infektiös-toxische Myocardschädigung im Elektrokardiogramm*), por BRUNO WEICKER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 15. 1937.

O A. começa o seu trabalho acentuando o interesse da colheita de electrocardiograma no decurso das variadas doenças infecciosas, fazendo notar que este interesse não é só científico, mas também de ordem prática. Estuda, particularmente, a importância deste método de investigação nas tonsilites, citando as diferentes alterações electrocardiográficas encontradas, e a sua importância para o estabelecimento do prognóstico.

Refere um caso de um doente, de 36 anos de idade, com vários dentes caídos e granulomas dentários, no qual o tratamento indicado trouxe uma nítida alteração da curva electrocardiográfica.

Faz notar a discrepância existente entre os dados electrocardiográficos e os anatómicos (existência de sinais electrocardiográficos de lesão miocár-

LISBOA MÉDICA

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.^a
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelq. D. N. S. P.

N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

dica e falta de lesões anatómicas visíveis) e interpreta-a como produto de alteração tóxica da circulação coronária. Resume, por fim, o seu trabalho, expondo as alterações encontradas no electrocardiograma (desaparecimento ou inversão de T na III D com negatividade de ST, o que também pode aparecer na II D e só nos casos graves aparece na I D).

OLIVEIRA MACHADO.

Electrocardiograma e espasmofilia. (*Elektrokardiogramm und Spasmodie*), por GERTRUD GOLDSCHIEDER. — *Klinische Wochenschrift*. — N.º 16. 1937.

O A. cita as alterações electrocardiográficas antecedentemente encontradas por vários autores, como Schiff, Doxiades e Vollner, Salvadei e outros, notando que não existe qualquer unidade, pois as alterações que uns encontram não são verificadas por outros, falta de unidade esta que não tinha até agora encontrado explicação e trazia os diferentes investigadores em desacôrdo.

Ao A. foi possível encontrar tôdas as anomalias descritas, como alargamento do tempo de duração da sístole, sinais de lesão do miocárdio, diminuição do tempo de condução, num único doente, de três meses e meio, além de alterações do P, nunca descritas até agora, e que consistiam em diminuição da altura da onda e aparecimento de anomalias no vértice do mesmo acidente. Estas alterações electrocardiográficas não apareceram simultaneamente, mas sim em períodos diferentes de evolução da doença.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a acção da autohematoterapia na agranulocitose e o seu mecanismo de acção. (*Ueber die Wirkung der Eigenblutbehandlung auf Agranulocitose und über irhen Wirkungsmechanismus*), por T. SAKURAI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 16. 1937.

O A. passa em revista as terapêuticas até hoje aconselhadas na agranulocitose, como a injeccção de sangue de individuo são, a irradiação da medula óssea, a injeccção de Erithon, a transfusão de sangue, etc.

O A. experimentou a injeccção de sangue, tirado do próprio doente, na região glútea e estuda a acção terapêutica desenvolvida em seis casos clínicos. Verificou, então, que se deram surpreendentes melhoras do quadro clínico, logo a partir da primeira injeccção, e que, mais tarde, se verificou uma também extraordinária normalização do quadro hemático no sentido do aparecimento no sangue circulante de grandes quantidades de leucócitos granulosos. Não duvida, o A., de que se dá uma cura de facto e, desde então, estabeleceu como norma na sua clínica a injeccção profiláctica de sangue do próprio doente nos doentes que, no decurso do tratamento antilúético, apresentam sinais de estomatite ou gengivite.

O A. passa, em seguida, a abordar o problema da patogenia da agranulocitose, expondo a sua teoria, baseada em factos de ordem experimental e clínica, e segundo a qual esta doença seria a expressão de um estado anafiláctico e não, como querem outros AA., o resultado de uma reacção de um organismo constitucionalmente disposto a apresentar agranulocitose, em face de um factor actuando do exterior, como, por exemplo, o salvarsan. Apoiando-se nesta doutrina, o A. explica o mecanismo de acção da autohematoterapia, dizendo que no sangue do doente circula o anafilactogéneo, e que a injeccção dêste sangue desenvolve um estado de antianafilaxia, de que é expressão a cura do quadro clínico. Em apoio dêste modo de ver, diz o A. ter encontrado no sangue dos doentes, por desvio do complemento e por precipitação, uma substância específica capaz de desencadear os fenómenos anafilácticos.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre o problema da doença de Gaucher. (*Zum Problem des Morbus Gaucher*), por M. ZEHNDER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 16. 1937.

O A. cita as várias hipóteses que pretendem explicar a patogenia da doença de Gaucher e as diversas investigações feitas no sentido de estabelecer qual a base fisiopatológica da deposição de querasina. Apresenta as tentativas de aproximação de vários quadros mórbidos, como a idiotia de Tay-Sax, as doenças de Niemann-Pick, Gaucher e Schüller-Christian e quais as bases que podem servir para a interpretação da anomalia do metabolismo dos lipóides.

Refere-se, em seguida, aos três casos ultimamente observados na clínica cirúrgica de Zurich e relata o último, bastante minuciosamente. Faz salientar a história clínica do doente, em que se destaca uma extraordinária avidez para as gorduras e alterações intestinais, e os antecedentes hereditários, em que sobressai a existência de hipernefroma. Discorre sobre a possível intervenção do córtex da cápsula suprarrenal na patogenia da doença de Gaucher, e inclui algumas hipotéticas deduições acêrca da influência que possa ter o metabolismo dos lipóides do cérebro e a organavitaminose.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre falsos reconhecimentos. (*Ueber Personenverkennung*), por W. SCHEID. — *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* B. 157. H. 1. 1937.

O reconhecimento inexacto de outras pessoas da parte de doentes affectos de psicose é um fenómeno muito freqüente, que também se pode observar em individuos normais, em determinadas circunstâncias (espera ansiosa de outrem, etc.).

O A. procura demarcar *tipos psicopatológicos* de falsos conhecimentos, pelo simples método da fenomenologia, longe, portanto, de qualquer consideração causal-genética. Os falsos reconhecimentos dos doentes orgânicos (de-

mentos, confusos, etc.) são muito difíceis de analisar; uns resultam da alteração das percepções, outros principalmente da impossibilidade de evocar a imagem da pessoa nomeada e, portanto, de corrigir a interpretação inexacta fornecida. Muito frequentes nas psicoses são os falsos reconhecimentos do tipo das vivências delirantes, tanto sob a forma de percepções, juízos, intuições delirantes, como de recordações delirantes com o carácter de ideias súbitas (por exemplo, a pessoa X, que o doente vê, já foi em tempo a pessoa Z. e J, que conheceu nestas e naquelas condições, o que não é exacto). Semelhantes a estes são os falsos reconhecimentos sob a forma de *déjà vu*; outros, ainda, apresentam-se mais como dependentes da qualidade especial «de serem conhecidos», e do ar de familiaridade que tomam para o enfermo tôdas as pessoas (Bekanntheitsstimmung), sem que haja um êrro delirante propriamente dito.

Os falsos reconhecimentos ilusionares, considerados classicamente como os mais importantes, são, na verdade, pouco frequentes quando se exige rigorosamente, para a sua caracterização, a verdadeira deturpação ilusional do material sensorial (o doente vê que o sr. X. se torna e lhe parece o sr. Y, etc.). Esta perfeita diferenciação psicopatológica, feita pelo A., assistente de K. Schneider, de Munich, representa um óptimo exemplo da importância da fenomenologia para uma análise psicológica mais cuidada das psicoses, que nos leve além da vulgar descrição «externa» das formas de conduta e a uma compreensão mais perfeita da vida psíquica anormal, sem teorias nem interpretações fantasiosas.

BARAHONA FERNANDES.

Perturbações psíquicas no decurso da anemia hipocrômica essencial.
(*Psychische Störungen im Verlauf der essentiellen hypochromen Anämie*),
por W. SCHEID. — *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 157 B. 2 H. 1937.

Têm sido descritas várias perturbações mentais na anemia perniciosa, tanto síndromas homónimos (paranóides, depressivos, maniformes) como heterónimos (amenciais, estados crepusculares, confusionais, torpor cerebral, etc.). Frequentes são os seguintes quadros: psicoses sintomáticas de colorido exógeno com feições paranóides, nas quais as alucinações pouca importância têm; distímias crônicas com alterações de conduta; estados de enfraquecimento intelectual, agudos e crônicos, e estados de torpor cerebral, aparecendo na fase terminal ou seguindo-se às outras formas. O síndrome axial é, segundo C. Schneider, o «enfraquecimento do rendimento mental». As mieloses funiculares são frequentes nesta e noutras doenças dos órgãos hematopoiéticos, que também se podem acompanhar de perturbações psicóticas. Além da icterícia hemolítica, leucemia, etc., considera o A. a anemia hipocrômica essencial, afecção relativamente benigna, que passa muitas vezes desapercibida ou é mal interpretada. Além dos desvios da actividade psíquica, que evidentemente podem surgir sobre a base das alterações somáticas gerais causadas pela anemia, e que são compreensíveis e imediatamente deriváveis do modo de ser anterior da Personalidade do enfermo, não eram até então conhecidas psicoses propriamente ditas nesta forma de anemia. O A.

descreve três casos, num dos quais havia também sintomas de mielose funicular; noutro era notável a disartria e a ataxia, o que, junto com o *deficit* mental, sugeria a hipótese de uma paralisia geral. O *liquor* estava normal nos três casos. Dois dêles tinham um nítido cunho orgânico e caracterizavam-se essencialmente pelo *deficit* do rendimento das funções psíquicas, reportável, num dêles, a uma leve turvação de consciência, e noutro, mais justamente interpretável como uma demência (prejuízo da inteligência formal).

Num terceiro doente observou-se, sôbre um fundo de enfraquecimento mental, um síndrome depressivo-paranóide, a que a breve trecho se seguiu um estado de estupor nitidamente orgânico.

BARAHONA FERNANDES.

Sôbre o desenvolvimento da sexualidade feminina na primeira infância. (*Zur Entwicklung der weiblichen Sexualität in der frühen Kindheit*), por A. WEBER. *Der Nervenarzt*. 9 J. H. 12. 1936.

Interessante observação, inspirada em moldes psicanalíticos, de uma criança do sexo feminino, de três anos de idade, na qual a curiosidade pelas particularidades morfológicas das diferenças sexuais tomou uma agudeza especial, revelando muito claramente a chamada «inveja sexual», com marcadas anomalias afectivas, irritabilidade, desobediência, recusa de alimentos, insónia, etc. A primeira observação casual da diferenciação dos sexos avivou-lhe uma curiosidade a que os pais opunham uma coacção assaz severa; a presença de um bebé do sexo masculino despertou-lhe a inveja do órgão másculo, traduzida por alternativas de ternura e violências contra a outra criança. As desordens da conduta só se atenuaram quando a mãe, vencendo os seus escrúpulos, se decidiu a explicar-lhe claramente as diferenças sexuais. Desta maneira restabeleceram-se os laços afectivos com a mãe, ainda preferida ao pai nesta fase do desenvolvimento (fase anterior ao complexo de Edipus).

Não podem ser referidas as interpretações psicanalíticas do caso, aliás muito contestáveis; importante é, no entanto, o reconhecimento da existência, na mais tenra infância, de interesses de natureza sexual, da possibilidade de originarem graves conflitos produzindo os mais variados transtornos nervosos, e do valor da educação «sem repressões» exageradas e do esclarecimento adequado sôbre estes assuntos para a normal evolução destas tendências instintivas esboçadas.

BARAHONA FERNANDES.

Castração terapêutica em perversos sexuais. (*Therapeutische Kastration bei Sexuell-Pervertierten*), por T. A. KANDON e N. SPEYER. — *Der Nervenarzt*. 9 J. H. 12. 1936.

A indicação da castração só deve ser posta nos casos graves, absolutamente rebeldes a tôdas as tentativas psicoterapêuticas (principalmente psicanalíticas) e medidas repressivas. Os AA. referem longamente as histórias

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FORMULA)

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

Hidratos de Carbone: «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.

ANALISE:

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

INDICAÇÕES:

O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepisia e atrepisia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vômitos, 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 de 1932.
R. Gireaux:—Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO

Eledon - NESTLÉ

LEITE MEIO GORDO EM PÓ ACIDIFICADO

ANÁLISE:

Matéria gorda	8,0 o/o	Amido	10,0 o/o
Matérias proteicas	18,0 o/o	Cinzas	4,0 o/o
Lactose	24,6 o/o	Acido cítrico	2,4 o/o
Maltose-Dextrina	30,0 o/o	Água	3,0 o/o

100 grs. de Eledon fornecem 414 calorias

INDICAÇÕES

O ELEDON tem todas as indicações do babeurre.

LACTANTES E CRIANÇAS DA 2.^a INFANCIA: Diarreias, disenterias. Intolerância do leite e distrofia. Lesões cutâneas, principalmente eczemas rebeldes e o ermo. Piloro-espasmo. Alimentação mixta das crianças, especialmente das prematuras.

CRIANÇAS DA 3.^a INFANCIA E ADULTOS: Gastrites, diarreias vulgares ou disentéricas, convalescença de febre tifóide, perturbações do fígado, curas de emagrecimento, prisão de ventre.

VANTAGENS

Preparação imediata de um leite meio gordo acidificado, pronto para consumo, sem fervura, por simples dissolução em água tépida.—Composição regular.—Valor calórico igual ao do leite inteiro e quantidade de matéria gorda suficiente para garantir uma alimentação normal.—Completa garantia bacteriológica.—Perfeita conservação durante muitos meses (conservar a lata em sítio fresco e sêco).

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 diarrhiques 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 de 1932.

O ELEDON É UM PRODUTO PORTUGUEZ

FABRICADO PELA
SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

CONCESSIONÁRIA EXCLUSIVA DA NESTLÉ

LISBOA

AVANCA

PORTO

de três casos: dois de homossexualidade e um de exibicionismo, nos quais obtiveram óptimos resultados práticos. A potência perdeu-se completamente, a *libido* enfraqueceu-se muito depois da castração. A «directão do instinto sexual» mantém-se porém sempre a mesma, embora a incapacidade somática de realização o fizesse manifestar sob uma forma sublimada ou indiferente. Os próprios doentes eram por vezes surpreendidos pela eclosão das suas antigas tendências: contemplação agradável de jovens do mesmo sexo ou impulsos exibicionistas; estes tinham porém um carácter estranho ao indivíduo, por vezes como o de um tic ou hábito.

A operação foi sempre realizada (clínicas da Universidade de Leiden-Holanda) com o assentimento do doente, ao contrário da castração forçada, como pena para crimes sexuais, adoptada presentemente na Alemanha (Ref.).

Em todos os casos motivou porém uma intensa depressão anímica reactiva, de curta duração, a que se seguiu o desaparecimento das tendências mórbidas dos enfermos e o regresso ao trabalho, com grande actividade e interesse, sem preocupações libidinosas de qualquer espécie. No ponto de vista somático nota-se em todos os operados uma leve feminização e adiposidade. O êxito da intervenção depende porém muito da atitude da personalidade do doente em relação à castração e à situação que dela deriva, para o que se torna necessário sempre a continuação da psicoterapia até ao regresso à vida habitual.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a aracnodactilia hereditária com ectopia do cristalino e tórax em funil. (*Ueber erbliche Arachnodaktylie mit Linsenektopie und Trichterbrust*), por H. CURSCHMANN. — *Der Nervenarzt*. 9. J. H. 12. 1936

V. Schilling chamou a atenção para a existência de sintomas semelhantes em afecções endócrinas de certa maneira opostas, como, por exemplo, a de estrias de distensão azul-avermelhadas na doença de Cushing (adenoma basófilo da hipófise) e no síndrome de Marfan e Achard com aracnodactilia (dedos excessivamente longos e delgados), crescimento excessivo em altura e magreza endógena. Este último tem também a sua origem em lesões hipofisárias. Há casos descritos em que se apontam anomalias do cristalino (ectopias), afecção esta nitidamente hereditária.

O A. descreve um doente com ectopia do cristalino, produzindo notáveis perturbações da visão, gigantismo, aracnodactilia, tórax em forma de funil e magreza constitucional, na família do qual existiam idênticas anomalias; o pai tinha magreza constitucional, aracnodactilia, peito em funil e astigmatismo hiperópico; a irmã, crescimento exagerado, as mesmas alterações dos dedos e do peito e perturbações da acomodação com íris oscilante, da qual era provável que se originasse mais tarde a luxação do cristalino.

Ainda no mesmo grupo de perturbações descreve o A. um caso esporádico de aracnodactilia das mãos e dos pés, que em vez de coincidir com gigantismo hipofisário, se combinava com alterações acromegalóides do crânio e da parte superior da face, cifoescoliose, e outras deformações próprias do *Status dysraphicus*. A sela turca estava em parte destruída.

Estes casos mostram a complexidade e variabilidade dos síndromas mórbidos relacionáveis com alterações do sistema hipófise-cérebro-intermediário.

BARAHONA FERNANDES.

Estrutura do corpo e psicose. (*Physique and psychosis*), por E. BURCHARD. — *Comp. Psycholog. Monogr.* Vol. XIII. N.º 1936.

Novas investigações sôbre as relações entre a constituição morfológica e as doenças mentais, feitas no Laboratório Psicológico do Torrance State Hospital em Londres. Num material de quatrocentos e sete enfermos de diversas nacionalidades, mas todos de raça branca, e utilizando a classificação morfológica de Kretschmer, obteve o A. os seguintes resultados: nos doentes circulares (maniaco-depressivos), 63,2 % predominantemente pícnicos, 28,0 % predominantemente asténicos, 8,8 % predominantemente atléticos; na esquizofrenia, respectivamente, 55,6 %, 33,1 % e 11,3 %. Foram postos de parte os tipos mixtos e os displásticos.

As correlações obtidas entre psicose e estrutura corporal são menos nítidas que as primeiramente encontradas e postuladas por Kretschmer. A correlação entre o tipo corporal e o tipo psicológico da personalidade pre-psicótica — na classificação do A. pícnicos e *sinthropos* (sintónicos) e asténicos e *idiotropos* (esquizóides — foi também inferior à coincidência pícnico-ciclotímico (sintónicos) e asténicos-esquizotímicos (esquizóides) estabelecida por Kretschmer. Estes estudos, embora não confirmem plenamente a doutrina do celebrado psiquiatra de Marburgo, mostram, mais uma vez, a existência de um estreito nexo entre a constituição física e psíquica e a eclosão das psicoses constitucionais.

BARAHONA FERNANDES.

As acções moleculares entre os folhetos da pleura. (¿Fôrça de adesão ou de coesão?). (*Le azioni molecolari tra i foglietti della pleura — Forza di adazioni o di coesioni?*), por M. MAZZETTI. — *Minerva Medica.* N.º 9. 1937.

Numerosos têm sido os trabalhos que se têm ocupado da resolução do problema físico que regula o mecanismo do espaço e da pressão intra-pleural, e como não é raro encontrar interpretações diferentes juntas a uma nomenclatura pouco exacta, por vezes nomeando fenómenos essencialmente diferentes, surge freqüentemente uma idea errada daquele fenómeno, que é conveniente ser devidamente esclarecido.

Entende-se por fôrça de adesão, a fôrça que se estabelece entre as moléculas de dois corpos distintos em íntimo contacto; fôrça de coesão é, por sua vez, a fôrça estabelecida entre as moléculas dum mesmo corpo. Ora, está provado que não há entre os folhetos da serosa pleural espaço virtual, como é ainda costume dizer-se, admitindo-se hoje a existência dum espaço real capilar, no qual se encontra uma certa quantidade de líquido que banha a serosa visceral e parietal; ao seu nível, e conforme as definições acima, há fôrça de

adesão entre o líquido e a pleura, e força de coesão entre o próprio líquido. E estas bastam para explicar toda a teoria da atracção entre os dois folhetos, variando apenas na intensidade de ambos os fenómenos fisiológicos ou patológicos que se dêem ao seu nível. Assim, o fenómeno de adesão pleura-líquido representa um dado físico insuprimível, o qual praticamente nunca é anulado; deve-se, portanto, considerá-lo como elemento constante, quasi anatómico, e cuja força não é possível medir seja em que circunstância fôr. O fenómeno de coesão entre as moléculas do líquido intra-pleural representa o ponto frágil do sistema mecânico respiratório; é elle que sempre é vencido e anulado todas as vezes que, por razões patológicas, os folhetos pleurais se afastam entre si (pneumotorax, derrames). É, portanto, erro de conceito e de expressão falar de adesão entre os folhetos pleurais, os quais não dão nem podem dar lugar a acções moleculares de adesão entre os elementos anatómicos de que são constituídos.

J. ROCHETA.

A quarta derivação electrocardiográfica nas doenças coronárias. (*The four lead electrocardiogram in coronary disease*), por A. WILCOX e J. L. LOVIBOND. — *The Lancet*. N.º 5922. 1937.

Até há aproximadamente cinco anos o diagnóstico electrocardiográfico das afecções das coronárias era feito com o emprêgo das três derivações mais conhecidas e sabidas por todos. Foi só em 1932 que Wolforth e Wood, norte-americanos, introduziram na prática uma quarta derivação como merecendo ser colocada, em importância, ao lado das outras, visto que, por vezes, só ela revelava as alterações típicas da angina e do infarto do miocárdio. A técnica usada por estes autores consistia em colocar o electrodo do braço direito ao nível da ponta do coração e o do braço esquerdo na parede posterior do tórax, na zona inter-escápulo vertebral esquerda, ao nível do ângulo inferior da omoplata; simplesmente, como nestas condições, e em indivíduos normais, se observavam um P e um T negativos, para evitar confusões com os mesmos resultados obtidos nos doentes com as derivações clássicas, invertiam os polos nos electrodos e obtinham assim uma quarta derivação, com os acidentes dirigidos para cima da linha iso-eléctrica. Depois da publicação d'este trabalho numerosas têm sido as investigações feitas a êste respeito, e hoje é admitido por todos o valor que deve conceder-se a esta última derivação.

Neste artigo os AA. apresentam os resultados obtidos numa casuística de cento e dois casos de angina do peito, incluindo quarenta com trombose das coronárias, comparando o valor das três variações habituais com a IV; introduzem apenas a variante, que julgam justa, que consiste, para evitar a troca dos polos, em aplicar o electrodo do braço esquerdo na região anterior do tórax e o do braço direito na face posterior; o último não requiere especiais cuidados, pelo que se refere ao rigor topográfico de applicação, mas o primeiro, pelo contrário, é necessário ser colocado ao nível da ponta do coração, e, quando esta não é palpável, no quarto espaço esquerdo, immediatamente para fora do bordo esternal correspondente. Os resultados obtidos são os seguintes:

Em oito dos sessenta e dois casos de angina de esforço a IV derivação indicava alterações do miocárdio que as três derivações usuais não mostravam; para o diagnóstico de oclusão da coronária esquerda, a quarta derivação tem também real valor, assim como no diagnóstico da oclusão dupla combinada, direita e esquerda. É, portanto, de recomendar a aplicação desta derivação na rotina habitual do diagnóstico *electrocardiográfico* nas afecções das coronárias.

J. ROCHETA.

Emprego da seriescopia no exame do tórax em profundidade. (*Emploi de la seriescopia pour l'examen radiologique du thorax en profondeur*), por P. COTTENOT. — *Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. N.º 9. 1937.

A-pesar da melhoria constante da técnica radiográfica, havia ainda alguns problemas que especialmente se referiam à localização exacta intra-pulmonar, de determinadas lesões — caverna tuberculosa, abscesso pulmonar, corpo estranho — que não encontravam solução apropriada dentro das radiografias habituais. Um grande passo foi dado nesse sentido com a construção do tomógrafo, devido particularmente a Grossman e a Chaoul e sobre cuja base técnica já aqui fizemos uma referata.

Agora aparece Cottenot, em França, com um novo aparelho, baseado no mesmo princípio, e ao método empregado chama o A. «seriescopia». Esta consiste em examinar, sobrepostos no mesmo negatoscópio, uma série de filmes estereoradiográficos, em número de quatro, e ao examiná-los, fazê-los deslizar sincronicamente uns sobre os outros. Pelo que respeita ao tórax, havia de princípio uma dificuldade, que consistia na necessidade de todas as radiografias terem de ser feitas no mesmo momento do ciclo respiratório, para que as quatro radiografias fôsem a imagem dum mesmo objecto, e que os diferentes pontos das quatro imagens pudessem coincidir. Foi o que o A. realizou, graças ao emprego dum seu selector cárdio-respiratório, que permite fazer sucessivamente as quatro radiografias necessárias no mesmo tempo respiratório com o individuo em pé, e com a aparelhagem radiológica habitualmente empregada para a radiografia pulmonar. Os quatro filmes, depois de correctamente dispostos sobre o negatoscópio, a manobra do parafuso que os faz deslizar uns sobre os outros, faz sucessivamente aparecer as imagens da infinidade dos planos torácicos que se sobrepõem de diante para traz; a princípio a imagem das clavículas, e de aí até à parede posterior do tórax. A situação exacta e a profundidade das lesões assim exploradas são, por outro lado, medidas automaticamente durante o exame.

O interesse do novo método consiste no seguinte: exploração de toda a espessura do tórax, plano por plano; leitura automática das lesões em centímetros de profundidade durante o exame; aparelhagem simples, sendo as radiografias feitas com os aparelhos correntemente utilizados para as radiografias pulmonares.

J. ROCHETA.

Contribuição electrocardiográfica ao risco operatório dos cardíacos. (*Ein Ekg-Beitrag zum Beurteilung des Operationrisikos bei Herz Krankheiten*), por H. BJERTOUX. — *Acta Médica Scandinavica*. (Supplementum LXXVIII). 1936.

É sempre difícil avaliar o risco pre-operatório dos cardíacos e, salvo raras contra-indicações simples de pôr e conhecidas de todos, sem falar nos descompensados, naturalmente, são freqüentes as surpresas que estes doentes causam. De todos os métodos que hoje possuímos para um diagnóstico mais apurado do que vale determinado coração, merece incontestavelmente a electrocardiografia o primeiro lugar, mesmo dentro dos limites estreitos de análise puramente qualitativa do miocárdio.

O A. apresenta neste artigo algumas alterações electrocardiográficas que mais especialmente obrigam à preocupação pre-operatória e que, mesmo sem sabor de novidade, são úteis ao leitor. Considera com reserva os casos de perturbação da condução aurículo-ventricular, especialmente os casos agudos, pelo perigo de desencadeamento dum *stok-Adams* (que pode ser total) e coloca dentro do mesmo quadro de gravidade o bloqueio total. As extra-sístoles, em geral, não representam sinal de importância, embora as extra-sístoles auriculares sejam muitas vezes prenúncio de um *flimmer* ou de *taqui-sístolia*; tanto um como outro são já mais difíceis de avaliar, mas a contra-indicação é absoluta com uma frequência ventricular para cima de cento e cinquenta pulsações. Quanto aos casos de *cardiosclerose* e de *angina do peito*, quando as alterações são ligeiras o risco operatório não é tão grave como poderia parecer à primeira vista, embora quasi sempre se complique, prejudicado pela idade do doente, pela possibilidade duma *broncopneumonia post-operatória*, etc. Contra-indicação absoluta é o *infarto do miocárdio agudo*, e mesmo aquele que se restabeleceu e cicatrizou deve merecer os maiores cuidados.

J. ROCHETA.

A tuberculose intestinal secundária. (*Die sekundäre Darmtuberkulose*), por T. CHRISTIANSEN. — *Zentralblatt für die Gesamte Tuberkuloseforschung*. 46 Band. Heft 1-2. 1937.

O problema da tuberculose intestinal tem, nos últimos anos, sido objecto da mais cuidadosa atenção, tendo-se progredido alguma coisa no que respeita ao diagnóstico precoce e ao tratamento. Neste artigo, o A. apresenta, duma maneira sucinta, mas quasi completa, as noções gerais hoje dominantes sobre esta questão. Pelo que se refere à frequência, apresenta as últimas estatísticas, dum modo comum concordantes em mostrar como são as formas *fibro-cavernosas* as que dão uma maior percentagem de localizações intestinais e dentro do segmento digestivo a zona mais atacada é sempre o *ileum*, na sua extremidade cecal. Refere-se depois ao diagnóstico e ao lado de toda a *simptomatologia clínica* já conhecida e tornada clássica, mas que tem pouca importância para a diagnose precoce; cita a série de análises laboratoriais mais em voga (*Triboulet*, *catálase*) fórmula leucocitária, para se fixar como a que

mais garantias oferece na radiografia, que está colocada em posição de destaque depois dos trabalhos de Brown e Sampson, pois merece confiança quando feita com uma técnica convenientemente apropriada; a usada pelo A., sensivelmente idêntica à dos americanos, consiste no procedimento seguinte: dois dias antes não se podem dar laxantes aos doentes, para no dia da prova lhes ser dada a pasta de contraste às cinco horas da manhã e a primeira radiografia às dez, para se repetir mais quatro vezes, separadas com uma hora de intervalo; a última vinte e oito horas depois da ingestão do bário. Os doentes permanecem em jejum as primeiras seis horas, para fazerem depois as suas refeições habituais.

O tratamento é, em parte, médico, em parte cirúrgico. Dentro do primeiro, cabe a conhecida dieta rica em vitaminas, mas sobretudo a helioterapia e a actinoterapia, qualquer delas muito particularmente aplicada a cada caso; o número de sessões em cada série não deve exceder trinta a quarenta. O tratamento cirúrgico também tem as suas indicações, mas tem talvez mais contra-indicações que o tratamento médico. Qualquer dos dois porém pressupõe uma melhoria concomitante das lesões pulmonares, porque, de contrário, é sempre possível o reaparecimento das lesões intestinais.

J. ROCHETA.

Os abscessos do pulmão. Estudo anátomo-patológico. (*Les abcès du poumon. Étude anatomopathologique*), por H. DURAND. — *Archives Médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*. Tômoo XI. N.º 6. 1937.

A questão dos abscessos do pulmão, eis mais um dos tantos problemas que ultimamente têm sido remanejados por vários lados e sem terem ainda recebido completo esclarecimento. O A., nesta primeira parte do seu estudo, apresenta a sua classificação, começando por dividir as colecções supuradas do pulmão em duas grandes categorias: os abscessos inodoros supurados e os abscessos necróticos pútridos, e não admite nenhum traço comum entre êles; e se, por exemplo, o abcesso de pneumococo de Friedlander, classificado entre os primeiros, tem, por vezes, cheiro nauseabundo, êste não é nada comparável à fetidez dos segundos. Estes, quer sejam secundários a uma inalação, a uma embolia puerperal, ou resultem da propagação dos agentes infecciosos dum apêrto ou duma úlcera do esófago ou se apresentem ainda sob a aparência duma afecção primitiva, são todos devidos à acção simultânea dos espírilos e dos anaeróbios. É êste facto que essencialmente dá unidade ao grupo. Segue depois a descrição anátomo-patológica detalhada, de cada uma das subdivisões dos dois grupos.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Hospitais

De Lamego

Inauguraram-se no Hospital da Misericórdia de Lamego duas enfermarias, e prestou-se homenagem a quatro médicos que exercem a sua actividade neste hospital.

De Matozinhos

No Hospital de Matozinhos abriu uma maternidade, um laboratório e um pavilhão de enfermarias.

Da Liga dos Amigos dos Hospitais

Tomou posse do cargo de director clínico do Hospital da Liga dos Amigos dos Hospitais o Dr. Bastos Gonçalves. O Director interino cessante, Dr. Baptista de Sousa, foi louvado pelos serviços prestados.

*
*
*

XXV Congresso Francês de Medicina

O XXV Congresso Francês de Medicina realizar-se-á em Marselha, de 26 a 28 de Setembro de 1937.

A comissão é constituída do seguinte modo: presidente, Olmer; vice-presidentes, Dr. Peset, Prof. Audibert e Prof. Mattei; secretário geral, Prof. Roger; secretário geral adjunto, Prof. agreg. Poinso; tesoureiro, Prof. Cornil; tesoureiro adjunto, Prof. agreg. Poursines.

Apresentam-se os relatórios seguintes:

- 1) As espiroquetoses icterigéneas.
- 2) As hipocloremias.
- 3) A terapêutica actual das avitaminoses do adulto.

III Congresso Internacional das Parteiros Católicas

Durante a Exposição Universal de Paris realizar-se-á o III Congresso Internacional das Parteiros Católicas.

À Comissão de Organização preside o Prof. Jeannin. Entre os médicos estrangeiros que fazem parte do congresso conta-se o Prof. Costa Sacadura. Entre as parteiras estrangeiras figura também uma portuguesa: D. Nazaré Dias.

O tema do congresso será: Arte e técnica da parteira ao serviço da vida.

Para esclarecimentos dirigir-se ao Secretariado do Congresso, 38, boulevard de Courcelles, Paris (XVII^e).

* * *

Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose

Na cidade da Baía (Brasil) fundou-se o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose, destinado ao estudo científico sistematizado de todos os problemas relacionados com essa doença, em particular nos seus aspectos especificamente brasileiros.

A direcção técnica foi confiada ao Dr. José Silveira, ajudado dum conselho consultivo, composto por muitos professores e médicos. Ao conselho consultivo preside o director da Faculdade de Medicina da Baía, Prof. Edgard Rêgo dos Santos.

* * *

Prof. José Gentil

Ao Prof. José Gentil, antigo director do Banco do Hospital de S. José, prestou-se, no átrio do mesmo hospital, uma homenagem, que consistiu numa sessão solene e no descerramento dum medalhão com o busto do homenageado.

Na sessão falou o Prof. Henrique de Vilhena, que traçou a biografia do Prof. José Gentil, pondo em destaque a actividade desenvolvida no campo hospitalar e no professorado.

Ao acto assistiram muitos professores e médicos.

* * *

Representações em congressos

Pelo Instituto para a Alta Cultura foram propostos os seguintes representantes portugueses em congressos internacionais: Prof. Vitor Moreira Fontes e António de Vasconcelos Azevedo, no de protecção à Infância; Prof. Carlos Salazar de Sousa, no de pediatria; Prof. A. Borges de Sousa, no de oftalmologia; e Prof. Mark Athias, na Reunião Internacional contra o Cancro.

Saúde Pública

Para realizar uma sindicância aos actos do delegado de saúde do concelho de Marvão, Dr. José Martins Gralha, nomeou-se o Dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca, inspector adjunto de higiene do trabalho e das indústrias.

— Inaugurou-se um pôsto médico na freguesia da Ameixoeira, a-fim-de prestar assistência clínica gratuita aos indigentes das freguesias da Ameixoeira, Charneca, Lumiar e Campo Grande.

— O Dr. José de Freitas Carvalho tomou posse do cargo de médico municipal do segundo partido de Castelo de Paiva.

— Foram contratados para desempenhar as funções de médicos do serviço anti-sezonático da Direcção Geral de Saúde os Drs. Álvaro Ramos, António de Oliveira Jardim, Herculano da Silva Pinto e Augusto Esaguy da Fonseca.

* . *

Saúde colonial

Realizou-se, em Luanda, uma reunião de dezasseis médicos em serviço em Angola, presidida pelo Dr. Silva Neves. Aprovou-se o seguinte programa de serviços: uniformização da notação estatística sanitária de Angola; metodização do recenseamento sanitário indígena e processos concernentes a adoptar no registo das concentrações em prática nos Serviços de Assistência Médica aos indígenas e do combate à doença do sono; ajustamento dos processos a adoptar nos registos demográficos da população nativa; registo dos doentes do sono suspeitos e averiguados e processos a adoptar para a sua selecção e tratamento; uniformidade da terapêutica fundamental. Também se tornaram deliberações sôbre a tabela dos honorários profissionais.

— Os serviços de saúde de Macau vão ser divididos em secções diferentes: uma de medicina, uma de cirurgia, uma de higiene e uma de bacteriologia, passando cada uma delas a ter à sua frente, como director, um médico especializado.

— Em Lourenço Marques vai realizar-se, no próximo ano, o Congresso Anual da Associação Médica da África do Sul, no qual tomarão parte os médicos da colónia.

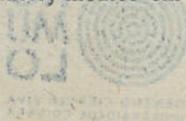
— Autorizou-se a montagem dum gabinete de análises microscópicas no Estado da Índia, para proceder ao estudo da poliomielite que grassa nos distritos de Goa e em Bardez.

— Foi ocupar o cargo de médico de 1.^a classe do quadro de Saúde da Guiné o Dr. António Sócrates da Piedade.

* . *

Bólsas de estudo

A Junta Nacional de Educação concedeu as seguintes bólsas de estudo: ao Dr. José Simões Ferreira Júnior, médico em Moçambique, pelo prazo de



seis meses; ao Dr. João de Sousa Lobo, médico em Moçambique, por treze meses; ao Dr. Silvério Gomes da Costa, professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa, por quatro meses. Foi equiparado a bolseiro fora do país o Prof. Reinaldo dos Santos.

Conferências

Por iniciativa da Liga Portuguesa de Profilaxia Social realizaram-se, no Pôrto, as seguintes conferências: «Radiologia e cirurgia da paz e da guerra. Localização e extracção de corpos estranhos», pelo Dr. Carlos Santos (Filho); «O problema da cultura popular. Aspectos e soluções de actualidade», pelo Prof. Adriano Rodrigues; «A influência das doenças da bôca na saúde geral. Sua higiene e profilaxia», pelo Dr. António Pául; e uma conferência sôbre assistência e ensino, pelo Prof. Reinaldo dos Santos.

— O Dr. Ernesto Roma publicou as suas conferências intituladas: «A alimentação na educação física e no desporto», realizadas, durante o ano lectivo de 1933-34, na Escola de Educação Física do Exército.

— Na Câmara Municipal de Coimbra falou o Dr. Manuel Pinto sôbre «Organização dos serviços de saúde no tempo de paz e no tempo de guerra».

— Sôbre «Puericultura e maternidade» pronunciou uma conferência, no Stadium-Cinema do Dáfundo, o Dr. Simões Alves.

— O Dr. Gui de Oliveira fêz uma palestra sôbre «O homem. Da saúde à doença», na Universidade Popular Portuguesa.

— O Prof. Reinaldo dos Santos falou, na Escola Académica, sôbre «Arquitectura manuelina».

Visita de estudo

Os quintanistas de Medicina de Lisboa, acompanhados pelo Prof. Costa Sacadura, visitaram os estabelecimentos de assistência de Castelo Branco.

Necrologia

Faleceram: em Crato, o Dr. Abel Maria de Carvalho; em Castelo Branco, o Dr. João Sequeira de Faria; em Lisboa, o Dr. João José Martins Pereira, director de serviço clínico de medicina nos Hospitais Cívicos de Lisboa; e em Viseu, o Dr. Henrique Simões de Oliveira, director clínico das Termas do Carvalhal.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE **J. D^r PLANTIER** ANNONAY (Ardeche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a $\frac{1}{1.000}$

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

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

Agentes para Portugal:

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



*Todas as crianças
preferem*
OVOMALTINE
*ao
leite simples*

À venda em todas as Farmácias, Drogeries e Mercadorias em 1/1, 1/2 e 1/4 de lata
DR. A. WANDER S. A. — BERNE

Únicos concessionários para Portugal: **ALVES & C.A (IRMÃOS)** — RUA DOS CORREIROS, 41-2.ª — LISBOA

A Ovomaltine é muito mais agradável para as crianças do que o leite simples. Pelo seu delicioso sabor, é para elas uma verdadeira guloseima. Mesmo as crianças que detestam o leite, podem bebê-lo facilmente quando se lhe adiciona Ovomaltine.

Os médicos sabem muito bem que a Ovomaltine faz melhor aos seus doentinhos do que o leite simples. A junção da Ovomaltine, torna o leite não só muito mais saboroso, mas também completamente digerível e muito mais nutritivo. Nenhuma outra bebida alimentar leva tão rapidamente tantos elementos nutritivos a todas as células e tecidos do corpo, cérebro e nervos.

É por isso que a Ovomaltine é a bebida alimentar mais largamente recomendada por todos os médicos para o desenvolvimento, saúde, vigor e vitalidade. E faz habitualmente parte das dietas dos principais hospitais e sanatórios de todo o mundo.

Sala
Est.
Tab.
N.º