

Ano III

N.º 1

Janeiro de 1926



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

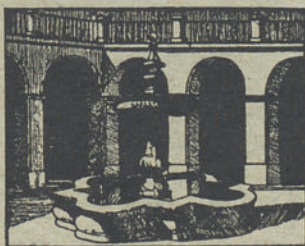
PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,  
Henrique Parreira*

## REDACÇÃO

ASSISTENTES

*Vasco Palmeirim, Almeida Dias, Moraes David  
e António de Menezes*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA



# KALOGEN

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

**TONICO RECONSTITUINTE REGALCIFICANTE**

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> - 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 m 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 0,0004 **STROPHANTINE** CRYST.

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

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

3. Boulevard St-Martin, Paris - P. PHARMACIAS.

# CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —  
**TONICO RECONSTITUINTE DE**  
**— GRANDE PODER NUTRITIVO**

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convallescenças —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup> - LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.<sup>o</sup> 41



LISBOA MEDICA

# LACTOSIC

---

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA



INSTITUTO PORTUGUÊS  
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

---

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

---

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS  
PROVADAMENTE POBRES



INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS

MICROSCÓPIOS REICHERT

....

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS

**SÓROS MUEFORD**

....

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

**SÓROS MARAGLIANO**

....

Material para laboratórios

Mobiliário cirúrgico

ESTABELECIMENTOS

ÁLVARO CAMPOS

12, 1.º, LARGO DO CHIADO, 12, 1.º

LISBOA

Telegr. ALCALI—Telef. C. 1017



ALIMENTOS  
E ESPECIALIDADES **ALLENBURY'S**

DE REPUTAÇÃO MUNDIAL

ALIMENTOS LÁCTEOS, qualidades adaptadas às idades.  
BIBERONS, do melhor modelo, bico e válvula transparentes.

BISCOITOS, para o desmame e dentição.

CARNE LÍQUIDA, fortificante concentrado.

DIET, para doentes, dispepticos e velhos.

EXTRACTO DE MALTE do mais puro.

FARINHA PARA DIABÉTICOS.

FRUITINE, sais de frutos.

HEMOGLOBINA «BYNO», fácil de tomar e assimilar.

INSULINA «A. B.», para a diabetes.

OLEO DE FÍGADO DE BACALHAU com malte.

OLEO DE RÍCINO especial.

PARAFINA «CHRISMOL», contra a prisão de ventre.

PASTILHAS de mentol e eucalipto, para a garganta.

SABONETE ESPECIAL para crianças.

TETINAS E VÁLVULAS para os biberons.

ESPECIALIDADES COM MALTE, etc., etc.

FOLHETOS GRÁTIS AOS EX.<sup>MOS</sup> CLÍNICOS

Representante em PORTUGAL de ALLEN & HANBURY'S, LTD., de Londres:

**COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup>** — R. Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> — LISBOA

Agente no PORTO:

**MANUEL P. SILVA,** R. das Flores, 114

Agente em COIMBRA:

**Centro Comercial de Drogas, R. Ferreira Borges, 34, 1.<sup>o</sup>**

TERMÓMETROS CLÍNICOS HICKS

OS MAIS APRECIADOS PELOS MÉDICOS

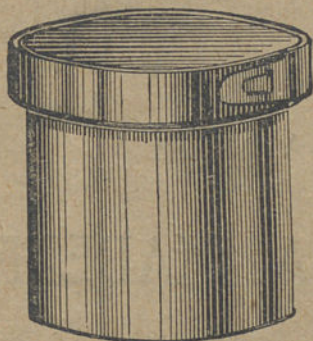
N.<sup>o</sup> 2, prismático, Um minuto — N.<sup>o</sup> 3, prismático, Meio minuto

Canetas de tinta permanente com termómetro, etc.

Tabelas de preços grátis. Representante geral:

**COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> - LISBOA** — Telefone C. 1386





O tratamento eficaz e racional da pneumonia compreende a aplicação de calor húmido e contínuo, sob a forma de ANTIPHLOGISTINE, em toda a parede do torax. A

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

activa a circulação superficial. Pelas suas propriedades higroscópicas, descongestivas e osmóticas acelera a eliminação das toxinas e, ao mesmo tempo, produz uma baixa favorável da temperatura. A super actividade da circulação capilar alivia o coração fatigado de um afluxo abundante de sangue e tanto a dispneia como a cianose desaparecem rapidamente.

De um estado de grande prostração e infiltração, o doente passa a um bem estar, que muitas vezes indica o início da cura.

Pedir o folheto *O pulmão pneumónico.*

Milhares de médicos usam a Antiphlogistine no tratamento da pneumonia.

Enviem-se amostras e literatura grátis aos Ex.<sup>mos</sup> Médicos.

Sede principal:

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.**  
NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATÓRIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Aires, Sydney, México, City, Montreal, Florença.

Depositários em Portugal:

**ROBINSON, BARDSLEY & C.<sup>A</sup> L.<sup>DA</sup>**  
Cais do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup> — Lisboa





Edições da "LISBOA MÉDICA,,

# LIÇÕES SÔBRE A DIABETES

POR PULIDO VALENTE

Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa

(PUBLICADAS EM VOLUME ESPECIAL)

ASSUNTO DAS VÁRIAS LIÇÕES:

- 1.<sup>a</sup> — O metabolismo na diabetes. Patogenia dos sintomas essenciais.
- 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> — Patologia da acidose diabética.
- 4.<sup>a</sup> — Patogenia da diabetes. A insulina.
- 5.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> — Terapêutica da diabetes.

A venda nas livrarias e na redacção da

"LISBOA MÉDICA,, - Hospital de Santa Marta — LISBOA

**Preço 16\$00**



Receitãe a

# NEO-PLASTINA SEIXAS-PALMA

Emulsão aseptica de lecitinas e luteinas em sôro fisiologico

Em caixas de 10 emp. de 1,5 c. c. Esc. 15\$00

» » » 6 » » 5 » » » 25\$00

Porque é {  
de asepsia garantida  
de fabricação sempre recente  
de aplicação indolor  
produto português  
o mais economico dos congêneres

Vicente Ribeiro & Carvalho da Fonseca, L.<sup>da</sup> Lourenço Ferrelra Dias, L.<sup>da</sup>

Rua da Prata, 237 — Lisboa

R. das Flores, 153 — Porto

Sirva-se V. Ex.<sup>a</sup>

prescrever os

comprimidos de

# PULMAC Dr. Seixas-Palma

**Calceia Opoterapica**, formula do Dr. Cassiano Neves, á base de **Silicatos, fosfatos e carbanatos (cascas d'ovos)**

associado ao succo pulmonar que é hemostatico e reconstituente do pulmão

**DOSE:** 4 a 5 comprimidos a cada uma das principaes refeições

Esté preparado dá para 1 mez de tratamento e custa ao publico, **Escudos: 10\$00**

Não se pode associar adrenalina a este preparádo pelo que deverá recorrer á

**MEDULA OSSEA ADRENALINADA Seixas-Palma**

Extracto fluido applicavel a todos os casos de anemia e fraqueza

**DOSE:** 1 colher de chá antes de cada refeição

Temos á disposição de V. Ex.<sup>a</sup> amostras e literatura destes medicamentos.

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

RUA DA PRATA, 237 — LISBOA



LISBOA MÉDICA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

# BISMUTHOIDOL

## "ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.  
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS.

App. pelo. D. N. S. P. N.º 1748  
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>-R. Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA.

DAVITA, L.<sup>DA</sup>

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.º

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :





Licor iodo-ferro-albuminico inalterável. De composição constante  
Paladar agradável

**INDICAÇÕES:**

Escrófulas, Raquitismo, etc., especialmente no tratamento  
da sífilis. Empregada com grande êxito como:  
Poderoso tónico na prática obstétrica  
Frascos originaes de cêrca 250 gramas  
Literatura e amostras grátis aos Srs. Médicos

Representante Geral e depositário para Portugal:  
**ALFREDO CAST & C.<sup>IA</sup>** — LISBOA, RUA AUREA, 140

**COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE, L.<sup>DA</sup>**

Sucessora da

**COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE**

Única premiada com os maiores prêmios nas exposições a que tem concorrido

Laboratório de Produtos Farmaceuticos — Rua Viriato, C P H

**FARMÁCIA ESTÁCIO — 60, 61, Praça de D. Pedro, 62, 63**

Telefone N 4862

**DROGARIA — 92, Rua 1.º Dezembro, 100**

**ESCRITÓRIO E DEPÓSITO — Rua Viriato, 13**

Endereço telegráfico: **Higiene** — Telefone N 2635

Código **RIBEIRO**

**FILIAL NO PORTO — RUA SÁ DA BANDEIRA, 118-122**

Endereço telegráfico: **Higiene-PORTO** — Telefone 665

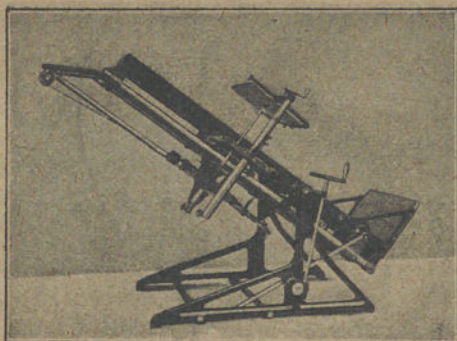
Sucursal em Santarem — Farmácia e Drogaria Santos

Sucursal em Coimbra — Farmácia e Drogaria Rodrigues da Silva & C. — Rua Ferreira Borges, 26

**Fabrica nas melhores condições e vende pelos melhores preços do mercado**

Extractos alcoólicos e aquosos — Extractos fluidos — Sabonetes medicinaes — Granulados efervescentes e em Vrac — Granulados enfrascados e em Vrac — Granulos dosimétricos — Pastilhas assucaradas e comprimidas — Cápsulas de óleo de ricinos — Pérolas — Empolas de solutos hipodérmicos — Pensos. sedas, crinas, caoutchou, etc.





Os melhores aparelhos de

RAIOS X

ELECTROMEDICINA

ELECTRODENTARIA

são os da

**Siemens-Reiniger-Veifa G. m. b. H.**

O melhor instrumental CIRURGICO de DESINFECÇÃO HOSPITALAR é o da

**casa M. Schaerer S. A., de Berne**

Agentes exclusivos para Portugal:

**J. Roma, L.<sup>DA</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA**

A OBESIDADE e a esclerodermia  
é combatida pela

**LIPOSOLVINA**

masculina Seixas-Palma

(composição: Extracto funcionaes orchítico, tiroideo, hypofisario).

**LIPOSOLVINA**

femenina Seixas-Palma

(composição: Extracto funcionaes ovarico, tiroideo, hypofisario).

(o tratamento com este preparado é interrompido quando aparece a menstruação. Recomeçar 8 dias depois de concluida este ultimo).

Evitar as gorduras, os farinaceos e as bebidas ás refeições

**Posologia:** 2 comprimidos por dia antes das refeições. Augmenta gradualmente até 10 comprimidos por dia.

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

**RUA DA PRATA, 237 — LISBOA**



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolamincarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

**VANTAGENS:** Injecção subcutanea sem dór.  
Injecção Intramuscular sem dór.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITÁRIOS  
EXCLUSIVOS

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

# PHAGOLYSINE

TUBERCULINOTERAPIA POR VIA BUCAL

ENDOTINE em elixir do Prof. Gabrilovitch

Ex-médico director dos Sanatórios Imperiais da Haílila (Finlandia).

Membro correspondente

da Academia das Ciências de Petrogrado

Modificador específico do «terreno», a PHAGOLYSINE

é a medicação por excelência

dos estados que fatalmente conduzem à tuberculose,

sob qualquer das suas várias formas

Únicos representantes para Portugal e Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, 2.<sup>o</sup> R. Santa Justa

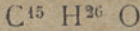
LISBOA



Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche  
PARIS (França)  
Registo comercial: Seine N.º 103 278

# ARHÉOL



Princípio activo da Essencia de Sandalo  
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Nephronphrite.  
Catarrho vesical.

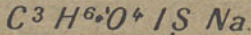
# KOLA ASTIER

GRANULADA

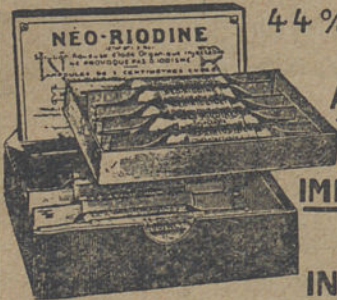


Antineurasténico. Regulador do coração  
Gripe. Astenia. Surmenage.  
Convalescença das doenças infecciosas

# NÊO-RIODINE



Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

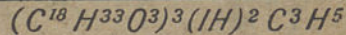
INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venozas.  
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos

## NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

# RIODINE



Derivado organico iodado  
Ether glicericico  
iodado do acido  
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

Composto definido e estavel  
Dosê media: De 2 a 6 perolas por dia  
após as refeições.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:  
GIMENEZ-SALINAS & C.A. — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA







## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Sôbre o diagnostico e tratamento precoce da sífilis</i> , por Moraes Cardoso.	pág. 1
<i>Magreza e emmagrecimento; seu tratamento pela Insulina em adultos</i> , por Fernando Fonseca	» 17
<i>A tripanossomiase humana na Guiné portuguesa</i> , por J. Sant'Ana Barreto.	» 29

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 33
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 46

## SÔBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA SÍFILIS (1)

POR

MORAIS CARDOSO

(Assistente livre do Serviço de 2.<sup>a</sup> Clínica Médica)

Desculparão V. Ex.<sup>as</sup> de-certo a insipidez do que vou dizer-lhes, mas que julgo da mais alta importância prática e social.

Esta palestra tem por fim colocá-los ao corrente do estado actual do diagnóstico e tratamento precoce da sífilis, sem entrar em pormenores de ordem teórica, que não caberiam dentro dos limites do tempo de que disponho.

A sífilis é uma doença infecciosa crónica, classificada, especialmente por Virchow, em virtude da estrutura das suas manifestações terciárias e análogamente à tuberculose, adentro do grupo dos chamados granulomas infecciosos e que pelas suas manifestações secundárias se assemelha mais às febres eruptivas (sarampo, etc.)

A sífilis origina-se pela penetração no organismo do Espiroqueta Pálida, descoberto em 1905 por Schaudinn e Hoffmann, através da pele ou das mucosas dos orifícios naturais (bôca, vulva, ânus, uretra, etc.) O primeiro sinal clínico da infecção é o *acidente primário, esclerose inicial, cancro duro*, fazendo-se a difusão do vírus sífilítico para além do ponto de inoculação já bastante tempo antes do aparecimento daquele, como no-lo ensinam

(1) Lição feita na Biblioteca do Hospital Escolar de S.<sup>ta</sup> Marta, a 21 de Dezembro de 1925, por ocasião do centenário da Régia Escola de Cirurgia.



os resultados dos trabalhos da sífilis experimental. Com efeito, Neisser observou que a excisão do acidente primário em macacos, 8 horas depois do momento da inoculação, não impedia o progresso ulterior da doença. Também o sangue de indivíduos atingidos pela infecção ainda no período primário e mesmo com Reacção de Wasserman negativa, é infeccioso para o animal num grande número de casos. O acidente primário não marca, pois, o comêço da infecção, mas é o primeiro sinal de alergia específica, da reacção dos tecidos à acção do vírus sífilítico. Não existem factos indiscutíveis da existência de infecção luetica não precedida de acidente primário, da chamada «sífilis d'emblée».

Depois dum período de incubação, sôbre o qual adiante voltaremos, aparece a lesão inicial sob a forma duma pápula levemente infiltrada, variando do tamanho duma cabeça de alfinete ao duma meia lentilha, de côr avermelhada e a maior parte das vezes com descamação ligeira, tomando então as características da lesão primária. Esta, tendo no geral a forma arredondada ou oblonga, pode tomar uma forma irregular em consequência do seu modo de origem e localização. Assim, pôde apresentar-se alongada quando a infecção se fêz através duma ragada; policíclica quando se origina da inoculação duma herpes genital; pode tomar a configuração anular, por exemplo, ocupando todo o sulco balano-principal, etc. O tamanho pode variar muito, desde o do cancro, que pelo seu tamanho quasi microscópico mereceu aos autores a designação de *cancro anão*, à lesão enorme do tamanho duma moeda de dez tostões ou ainda maior, designada com o nome de *cancro gigante*. Pode-se contudo dizer que em média o seu tamanho varia do de uma lentilha ao de uma moeda de dez réis.

A sua dureza, quando característica e pela qual se justifica a designação de cancro duro, é semelhante à da cartilagem e originada pela infiltração celular. A existência e o grau desta dependem muito da composição do tecido em que se desenvolve a lesão inicial; assim, por exemplo, aos cancros da glande falta-lhes quasi completamente a dureza. Alguns autores ligam êste facto à maior ou menor riqueza em vasos e fibras elásticas do tecido em questão.

O acidente primário típico não é uma lesão ulcerada, podendo no entanto o epitêlio no seu centro ser muito adelgado ou faltar completamente, dando lhe aquêlê brilho característico como se



tivesse sido envernizado. Por esta razão não é própria a designação *ulcus durum*, contudo o acidente primário ulcera muito frequentemente e, segundo parece, não em consequência da acção do espiroqueta mesmo, mas em virtude de causas accidentais, como traumatismos, maceração, cauterizações, etc., ou por infecção associada dos agentes banaes da supuração, ou mais frequentemente pela associação com a infecção pelo bacilo de Unna-Ducrey. Como é compreensível, pode preexistir o acidente primário ou a úlcera mole. No geral, contudo, depois dum período de incubação que vai de 24 a 48 horas, aparece a úlcera mole típica, que sucessivamente se infiltra e endurece, adquirindo as características do A. P., conservando contudo, entre outras, o descolamento dos bordos. Êste é o chamado cancro mixto. O A. P. pode associar-se também, embora que muito raramente, a outras ulcerações genitais, cuja etiologia nos é em parte conhecida como as *úlceras aftosa, gangrenosa, fagedénica, gonorreica, diftérica*, etc.

Na grande maioria dos casos a esclerose é única, apresentando-se por vezes dois ou vários elementos. A multiplicidade do A. P. ou provém da inoculação simultânea em vários pontos ou da transmissão do ponto inoculado aos outros. Esta superinfecção só é possível nas duas primeiras semanas consecutivas ao momento da infecção, pois que a doença cria uma espécie de imunidade específica, *alergia*, pela qual o organismo humano e também o dos animais não reage a uma nova inoculação passado o tempo acima indicado. Dura esta alergia específica longo tempo, segundo se supõe, impedindo o organismo de reagir especificamente a uma nova infecção durante o período secundário e, na grande maioria dos casos, durante o período terciário.

No que se refere à localização do A. P., esta pode fazer-se dentro da esfera genital ou fora dela. Daí a distinção em A. P. genitais e extra-genitais. O contágio da sífilis dá-se, pelo menos nos países civilizados, em  $\frac{9}{10}$  dos casos em consequência de relações sexuais, e dèste facto provém a muito maior predominância dos A. P. genitais. Pela mesma razão é classificada a *Lues* dentro do grupo das doenças venéreas. Se atendermos ainda a que a localização extra-genital da esclerose inicial se faz muitas vezes, como nos é claro, por motivos de ordem sexual, por exemplo com localização aos lábios, língua, amígdalas, dedos, etc., compreenderemos ainda com mais razão o motivo da designação de



doença venérea. Sob a denominação de *Lues insontium*, agrupam-se todos os casos, infelizmente bastante frequentes, da infecção contraída, permita-se-me a expressão, por via extra-sexual. A este grupo pertencem os chamados A. P. profissionais dos dermatologistas, ginecologistas, dentistas, parteiras, etc. Dentro deste grupo cabem também os casos de sífilis de regiões em que ela é endêmica e as condições higiênicas da vida deixam muito a desejar. Assim, Finger dá, no seu tratado de 1916, como percentagem das escleroses extra-genitais para os Balkans 50 0/0 e para a Rússia, segundo Petersen, 70 0/0.

Segundo Pinkus,  $\frac{3}{4}$  dos A. P. do homem encontram-se sob o prepúcio e, quando este falta, sobre o sulco coronário e sobre a glande, sendo mais raros os do corpo do pénis, do sulco formado entre este e o ventre ou entre este e o escroto; pelo contrário, mais frequentes relativamente os do meato urinário e os localizados nos dois primeiros centímetros da mucosa uretral.

Emquanto que no homem, na grande maioria dos casos, é possível encontrar-se o ponto de penetração do vírus, na mulher é freqüentíssimo não se encontrarem vestígios de A. P. As escleroses na mulher localizam-se especialmente na fúrcula, metade posterior dos grandes lábios, sendo atingidos com menor freqüência os pequenos lábios, fossa navicular, meato urinário, monte-de-Vénus e região vizinha das coxas e ânus.

Para lhes dar uma idea das localizações mais frequentes das escleroses extra-genitais, basta que lhes cite uma estatística de Pinkus :

Lábios.....	33 0/0
Na bôca, nas amígdalas, língua, nariz, traqueia, cavidade nasal.....	35 0/0
Peito e mamilos .....	12 0/0
Nos dedos e mão.....	7 0/0
Olhos, orelhas, coiro cabeludo, testa e regiões temporais.....	6 0/0
Pescoço, queixo e bochechas . . . . .	4 0/0
Pernas e braços .....	2 0/0
Tronco .....	1 0/0

A partir do acidente primário, a invasão do organismo, como



atrás acentuei, faz-se muito precocemente e predominantemente por via linfática aos gânglios regionais.

A adenite sobrevém ou concomitantemente, ou logo após o aparecimento do A. P., manifestada, como é por todos sabido, por aumento de volume dos gânglios, que se apresentam ovais, de uma dureza elástica, absolutamente indolores desde que haja integridade do epitélio ao nível de lesão inicial. É freqüente a dolorabilidade desde que haja infecção associada. Esta adenite regional, a chamada pléiade de Fournier, segue, no dizer dêste autor, o cancro como a sua sombra; quanto à sua constância absoluta, não são concordes todos os autores.

A prova clínica demonstrativa de que a propagação do vírus da lesão inicial aos gânglios se faz por via linfática, é dada pela freqüência com a qual se palpa por exemplo nas escleroses do pénis, o cordão de linfangite que percorre o dorso do pénis, como cordão indolor, móvel debaixo da pele, duro, dando a sensação à palpação dum cano de pena, podendo-se por vezes segui-lo até junto dos gânglios. Êste facto é um elemento de valor para o diagnóstico.

Normalmente êste cordão não é palpável e a confusão só seria possível com o cordão de linfangite da úlcera mole, de resto muito menos freqüente nestes casos e muito mais raro ainda na blenorragia. Nos casos de úlcera mole, tem um aspecto mais inflamatório com rubor, dor, com formação por vezes no seu trajecto de pequenos abcessos, os chamados «Bubonuli».

A regressão do acidente primário faz-se no geral com o desaparecimento do primeiro exantema, mas pode manter-se por mais largo tempo. Esta pode ser espontânea, mas é sem dúvida muito mais rápida sob a acção do tratamento específico. Como reliquat deixa o A. P., sobretudo nas regiões da pele mais pigmentadas e também noutras, uma zona de hipocromia por vezes levemente atrófica, circular ou oval, que corresponde à forma da esclerose e que é envolvida, em geral, por um *halo* hiperpigmentado. A extensão e aspecto da cicatriz residual depende do maior ou menor grau de ulceração do mesmo.

Depois de decorrido um tempo variando entre 8 e 12 semanas, instala-se o período das manifestações secundárias, verdadeiro período de septicemia que se manifesta por vezes absolutamente livre de sintomas gerais, mas não raras vezes com febre, em



todo caso de evolução incaracterística, dores, umas vezes do tipo nevrálgico, outras de tipo reumático, frequentemente localizadas aos ossos, cefaleias, com alteração do quadro sangüíneo sob a forma de leucocitose e anemia.

Contudo, dominando este período clínico da doença, encontramos as manifestações cutâneas e mucosas, que pela sua difusão, simetria, morfologia e riqueza em treponemas, dão à doença, nesta fase, um aspecto bastante particular. Note-se contudo que já neste período nalguns casos se desenvolvem afecções dos órgãos internos que podem regressar com *restitutio ad integrum* ou deixar alterações dos parênquimas, conduzindo mais tarde às lesões terciárias ou serem o motivo das chamadas lesões meta-sifilíticas. Sob este ponto de vista, desejo acentuar que são duma importância indiscutível as alterações morfológicas, serológicas e químicas do líquido cefalo-raquidiano observadas neste período ou anteriormente a elle e que são manifestações duma infecção precoce do sistema nervoso que evoluciona infelizmente muitas vezes absolutamente livre de sintomas. Não insistiremos sobre os sintomas de secundarismo e tardios porque fazendo-o sairíamos fora do tema que nos propusemos.

A terapêutica da Lues tem-se modificado muito com o andar dos anos.

Ao princípio contentavam-se os therapeutas com uma simples e longa cura por fricções até ao aparecimento de sintomas tóxicos, mas em virtude dos graves sintomas de mercurialismo e dos resultados insufficientes obtidos com este método, substituiu-se este por uma cura mais moderada, a que se seguiam várias outras, acompanhando-as da administração de iodo.

Estava então estabelecido o método de tratamento de várias curas. É a Fournier, em França, e a Neisser, na Alemanha, que se deve a instituição e divulgação deste chamado tratamento crónico, intermitente pelo mercúrio, em injeções, fricções e pelo iodo quer a Lues evoluçionasse com ou sem recidivas. Era este, ainda há relativamente pouco tempo, o método em applicação por quasi toda a parte. Quer dizer: à tentativa dum tratamento abortivo por uma só cura antepôs-se o método de várias curas em intervalos maiores ou menores.

As tentativas de abortamento da sífilis, que tinham já sido feitas no século passado por Sigmumd, cauterizando lesões sobre-



vindo depois dum coito suspeito, e por Köbner e outros, extirpando sistematicamente tôdas as lesões suspeitas, não poderiam ter conduzido a bons resultados, como nos é hoje perfeitamente compreensível. Por esta razão e pela falta de segurança de diagnóstico foram abandonados estes métodos terapêuticos. A idea do tratamento abortivo da sífilis recebia novo impulso sério, e desta vez parece que definitivo, quando em 1905 Schaudinn e Hoffmann descobriram o agente causal da doença e Ehrlich, em 1909, por seu lado, enriqueceu o nosso arsenal terapêutico com a descoberta do Salvarsan.

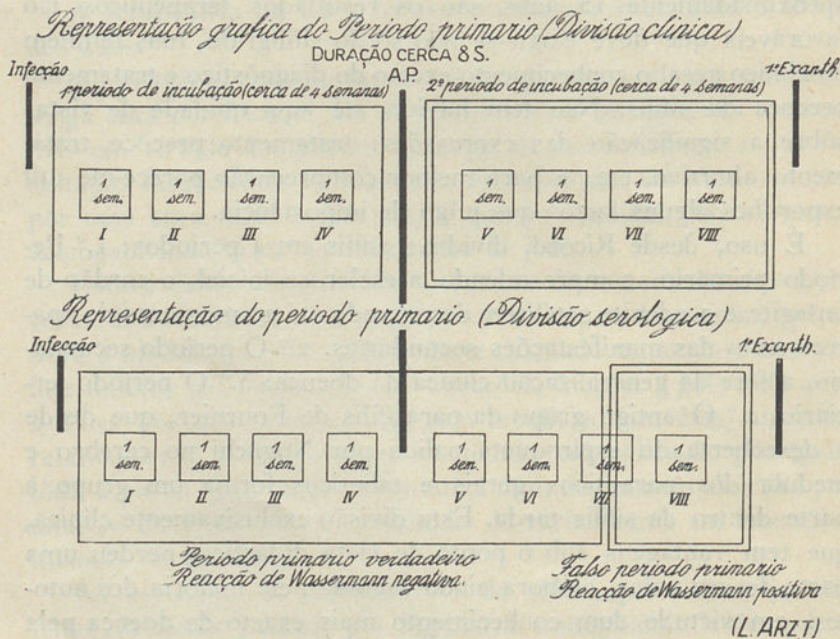
Se por um lado, com a descoberta do agente da sífilis se tornava possível, duma maneira exacta, o diagnóstico precoce das mais variadas lesões genitais, que até então se baseava exclusivamente em sintomas de ordem clínica e que necessitavam dum determinado tempo de evolução para permitirem um diagnóstico relativamente seguro, por outro lado Ehrlich prometia, com o seu preparado, a destruição completa do virus difundido no organismo. Entretanto Wasserman, em colaboração com Neisser e Bruck, descobriu uma reacção que permitia um controle relativamente seguro dos efeitos terapêuticos. Depois duma experiência de aproximadamente 15 anos são os resultados terapêuticos tão favoráveis que deve exigir-se não só do sifilígrafo, mas também do clínico geral o conhecimento exacto do diagnóstico e tratamento precoce da sífilis. Não tem havido até aqui unidade de vistas sôbre a significação das expressões: tratamento precoce, tratamento abortivo, etc., e para melhor compreensão parece-me útil expor-lhes alguns factos que julgo de importância.

É uso, desde Ricord, dividir a sífilis em 4 períodos: 1.º Período primário, compreendendo a esclerose inicial, o cordão de linfagite e a adenite satélite e decorrendo até ao momento do aparecimento das manifestações secundárias. 2.º O período secundário, a fase da generalização clínica da doença. 3.º O período terciário. 4.º O antigo grupo da parasífilis de Fournier, que desde a descoberta do espiroqueta palida por Noguchi no cérebro e medula dos paralíticos gerais e tabeticos forma um grupo à parte dentro da sífilis tarda. Esta divisão exclusivamente clínica, que tem vantagens sob o ponto de vista didáctico, perdeu uma parte do seu valor, embora ainda seguida pela maioria dos autores, em virtude dum conhecimento mais exacto da doença pela



descoberta do espiroqueta, como consequência dos resultados dos trabalhos da sífilis experimental e da descoberta da Reacção de Wasserman. Análogamente às outras doenças infecciosas, tem a sífilis também um período de incubação. Designa-se por — 1.<sup>o</sup> tempo de incubação, que é em média de 1 mês, podendo variar de 6 e 8 dias a 6-7 semanas, o tempo que decorre entre o momento da infecção e o aparecimento do A. P. Entre o momento do aparecimento d'êste e o estabelecimento das manifestações secundárias, medeiam em geral 6 semanas, podendo êste tempo variar de 3 a 9 semanas. É êste período que se designa por 2.<sup>o</sup> tempo de incubação. A esta velha divisão clínica do período primário contrapõe-se hoje outra, fundamentada num facto de ordem serológica. Com effeito, se fizermos reacções de Wasserman seriadas num doente portador dum A. P. desde o seu início vemos que as reacções, que até perto da 7.<sup>a</sup> semana, no geral, são negativas, se tornam positivas a partir d'êste momento ou, o mais tardar, até à 9.<sup>a</sup> semana. Nisto se baseou a distinção de Lues sero-negativa e Lues sero-positiva e a de A. P. sero-positivos e sero-negativos.

O que lhes acabo de expor vem claramente no esquema junto.





Sem querer entrar em pormenores de como os diferentes autores definem as diferentes expressões de que acima lhes falei e não julgo de importância, basta que lhes enuncie os princípios que regem o diagnóstico e o tratamento precoce da sífilis, fundamentadas já hoje nos resultados duma experiência duns bons 15 anos.

As modernas ideas da sifiligrafia exigem do médico a applicação duma terapêutica específica, não bastando, contudo, iniciá-la dentro do período primário, mas o mais cedo possível a partir do momento da infecção. Assim as fundamentam estatísticas importantes e recentes, das quais adiante voltaremos a occupar-nos.

Esta exigência da terapêutica moderna anti-sifilitica só se tornou possível, como se comprehende, em virtude da aquisição de métodos que nos permitem um diagnóstico precoce seguro. Êste diagnóstico pode fazer-se pelos sintomas clínicos, o que nem sempre o permite firmar seguramente, e êste é sobretudo o caso para as lesões suspeitas no seu início. Resta-nos, pois, o diagnóstico etiológico, o da pesquisa do agente, e por último o diagnóstico serológico, pelo qual, sempre é útil accentuá-lo, será errado esperar, devendo ser considerado como último recurso.

Quanto ao diagnóstico histológico da esclerose inicial, que não nos oferece nada de patognomónico, só pode levar-nos a suspeitar da natureza sifilitica duma determinada lesão.

A pesquisa do agente pode fazer-se por inoculação ao animal, em cortes histológicos, em esfregaços secos e corados ou pelo exame a fresco em campo escuro.

Os dois primeiros, muito trabalhosos, e exigindo bastante tempo, incompatível com a necessidade dum exame rápido, são por isso reservados à investigação scientifica. Os esfregaços secos e corados, menos cómodos e por si insuficientes para a caracterização segura do espiroqueta, só têm um valor absoluto empregados no exame de líquidos de punção ganglionar. Os métodos empregados neste caso são o da tinta da China, de Burri, Giemsa, Fontana, etc. Não podendo entrar em pormenores sobre a teoria do campo escuro e do seu manejo, por falta de tempo, desejaria fazer-lhes umas reflexões que julgo essencial conhecer.

A colheita do material para a pesquisa pode fazer-se ou da lesão suspeita ou dos gânglios. O mais adequado, fácil e rápido é fazê-la no ponto da infecção mesma. No caso de A. P. ulcera.



dos, o sôro é segregado espontâneamente, devendo colher-se não a primeira gota, mas o sôro, depois de limpa a superfície ulcerada.

O doente mesmo exerce uma ligeira pressão sôbre os bordos da ferida, que não deve ser demasiada, evitando a hemorragia, que dificulta grandemente a pesquisa, entre outras razões porque o sangue vem diluir o sôro intersticial que pretendemos obter. Em casos de lesões crustosas ou com muita secreção purulenta ou mesmo lesões epitelizadas, é necessário preparar a lesão convenientemente para a colheita. No primeiro caso, amolecem-se e afastam-se as crostas com pensos quentes de sôro fisiológico ou água fervida. No caso de lesões muito infectadas é conveniente a lavagem da ferida com éter, procedendo-se imediatamente à pesquisa. Para a investigação de lesões epitelizadas é indispensável ulcerá-las, raspando por exemplo com um bisturi, provocar em seguida a hemostase por compressão e esperar a secreção espontânea do sôro. A colheita faz-se ou com uma pipeta de Pasteur ou mais simples ainda me parece o processo que adopto, consistindo em tocar a gota de sôro com uma lamela; aquela adere a esta, que se coloca imediatamente sôbre a lâmina. Esta deve ter uma espessura determinada, o que facilita grandemente o exame. Assim, para o condensador Zeiss deve variar entre 0,9 e 1 milímetro.

Insisto sôbre estes pormenores, pois que o médico da provincia, que não tem à sua disposição microscópio e outros acessórios necessários, pode realizar a colheita e mandar fazer o exame a um laboratório ou especialista. Basta para isso lotar a preparação com parafina em seguida à colheita e enviá-la em boas condições de transporte. Este exame é possível ainda depois de dias, pois que o espiroqueta pálida conserva as suas espirais típicas mesmo depois de ter perdido os movimentos, o que não acontece com os outros espiroquetas saprofitas.

É um êrro grave o tentar influenciar por qualquer modo uma lesão suspeita antes que se estabeleça seguramente o diagnóstico. Devem-se proibir quaisquer aplicações antisépticas, entre outras as tão freqüentemente usadas cauterizações de nitrato de prata e ácido fénico, etc., e quaisquer injecções de medicamentos empregados hoje como anti-sifilíticos. Tôdas estas medidas fazem desaparecer os espiroquetas da superfície das lesões, dificultando grandemente um diagnóstico imediato.

Quando, por impossibilidade de encontrar a superfície da lesão



agentes da doença, ou porque haja dificuldade em os caracterizar, pode fazer-se a punção da base da lesão. Para isso, munidos duma seringa bem vedada e de uma agulha, introduz-se esta na pele a pequena distância da lesão, avançando até à base da mesma, donde se aspira sôro que, diluído ou não, se examina então em campo escuro. A punção dos gânglios que, segundo Manelshagen, é positiva em 90 % dos casos de lues primária e sôbre a importância da qual Erich Hoffmann já insistia em 1905, tem também grandes vantagens e indicações especiais. A principal vantagem é a de excluir a possibilidade de confusão com qualquer dos espirilos saprofitas. Tem indicação especial nos casos de fimose que tornem a superfície da lesão inacessível e em que por qualquer motivo não é possível operar, ou ainda de a lesão suspeita se encontrar num ponto de difícil acesso, como por exemplo a amígdala. Em geral, mesmo nas lesões dos órgãos genitais com aspecto de acentuada infecção secundária, para evitar a perda de tempo e êste é sobretudo o caso para as lesões da bôca, vai-se imediatamente à punção do gânglio satélite. Esta faz-se com a técnica de todos conhecida. Alguns autores aconselham o emprêgo duma agulha grossa. Por mim posso dizer-lhes que também se obtêm bons resultados com agulhas finas. Se tem vantagens o injectar concomitantemente  $\frac{1}{10}$  de cent. cub. de sôro fisiológico esterilizado, não posso assegurar. Há, contudo, quem o afirme. É conveniente verificar se a agulha entrou bem no gânglio e, ao retirá-la, não aspirar com a seringa, para evitar a penetração de sangue dos vasos da pele e tecido celular. Dá-nos a garantia de que o líquido da punção é suco ganglionar a presença dos linfócitos bem reconhecíveis em campo escuro. Para fundamentar seguramente o diagnóstico microscópico da sífilis é prudente não nos contentarmos com o facto de encontrar um só espiroqueta e além disso determinar exactamente se se trata do espiroqueta pálida. Sôbre êste último ponto, se muitas vezes o diagnóstico diferencial é fácil, por exemplo entre o espiroqueta pálida e espiroqueta refringens, outras espécies de espirilos há (*espirocheta dentium*, *espirocheta balanitis*) etc., cuja diferenciação do pálida é difícil. Não pretendendo enfadar V. Ex.<sup>as</sup> com os caracteres distintivos dos diferentes espiroquetas, basta que lhes diga que a resolução desta questão depende muito da prática do observador, havendo sempre como recurso a punção da base da lesão ou a do gânglio.



Vale como regra que um ou mais exames negativos não excluem a hipótese de sífilis, devendo repetir-se no geral o exame em 3 dias consecutivos, tendo o cuidado de manter a ferida protegida com um tratamento indifferente (penso sêco asséptico, ou húmido de água fervida ou sôro fisiológico). Deve-se fazer para cada exame o maior número possível de preparações, a-fim-de evitar possíveis causas de êrro como por exemplo as devidas à raridade do treponema.

Se se mantém negativo o exame local da lesão suspeita, é fundamental recorrer a todos os meios ao nosso alcance, atrás em parte descritos para excluir a hipótese de sífilis e não deixar de fazer executar, 9 semanas depois do aparecimento da lesão, uma reacção de Wasserman, acompanhada ou não duma das reacções de floculação.

A experiência da moderna sifiligrafia ensina-nos que tôda a erosão ou ulceração dos órgãos genitais é sempre suspeita de ser de natureza específica e deve, como tal, ser sujeita a um rigoroso exame em campo escuro. Lesões clinicamente típicas, como acidentes primários, devem ser submetidas a um exame microscópico, pois que afecções clinicamente típicas podem ser de natureza banal e pequenas papulas, erosões ou ragadas incaracterísticas podem ser lesões específicas.

A insistência das modernas ideas sôbre a necessidade dum diagnóstico seguro derivam da noção de que uma lesão específica, tratada só localmente ou não, como se fôra de natureza banal, pode regressar completamente e passando despercebidos ao individuo em questão os sintomas de secundarismo, o que é de resto freqüente, poderá acarretar-lhe lesões tardias, infelizmente muitas vezes irreparáveis. Por outro lado, tratando-se duma lesão de natureza banal, pode ser tomada como específica, ficando o individuo em questão com a chancela de sifilítico, com tôdas as suas conseqüências, entre elas as dum tratamento cheio de perigos, por vezes interminável, como por todos nós é sabido.

Mostram as estatísticas dêstes últimos 15 anos que os resultados do tratamento específico da sífilis são tanto melhores quanto mais cedo se inicia uma terapêutica apropriada. Daqui provém a necessidade do esfôrço no sentido do diagnóstico ser o mais precoce possível.

Para os não maçar, basta que lhes cite alguns números que



mostram a razão desta asserção. Assim Rost, delegado pela Sociedade de Dermatologia Alemã, no seu Congresso de Hamburgo em 1921, tendo reunido 299<sup>3</sup> casos, pertencentes a 35 sífilígrafos, chegou às seguintes conclusões: de 1002 A. P. seronegativos conservaram-se livres de sintomas durante um período de contrôle longo 1360 casos, isto é, 85 %; mostraram recidivas somente 242 casos, isto é, 15 %; de 1382 A. P. sero-positivos encontrou 947, isto é, 68,5 % livres de recidiva, e 435, isto é, 31,5 % com recidivas.

Bem melhores resultados ainda dão as estatísticas de Almqvist, de Estocolmo, com 100 % de resultados duradouros em 137 casos de A. P. sero-negativos. Dos 117 A. P. sero-positivos da estatística do mesmo autor são os resultados bem piores, mostrando 25 % de recidivas. Estatísticas recentes da E. Hoffmann, da clínica de Bonn, dão também para os acidentes primários seronegativos 100 % de curas, considerados como tais aqueles casos livres de sintomas clínicos e serológicos do sangue e líquido cefalo-raquidiano durante alguns anos.

Não há hoje ainda unidade de vistas sobre os métodos de tratamento a adoptar nos diferentes estados da sífilis. Tanto isto foi reconhecido que, recentemente, a redacção do *British Journal of venereal diseases* dirigiu um pedido à Sociedade alemã de combate às doenças venéreas, que por seu turno o transmitiu aos directores das principais Clínicas da Alemanha, para que estes expusessem os métodos que seguem no tratamento da sífilis. As respostas vêm sendo publicadas neste momento na *Medizinische Klinik*. Contam até agora as de 8 professores. Com pequenas variantes, o método seguido nas clínicas alemãs é o mesmo. Uns limitam-se na lues primária com Reacção de Wasserman negativa ao Salvarsan, outros juntam-lhe o bismuto. Uns são pela extirpação do A. P., outros, em maior número, não a fazem executar.

Expor-lhes hei a conduta a seguir segundo as regras adoptadas na clínica de Jadassohn, em Breslau, que são as mesmas usadas no tempo em que por lá estive e que uso na minha prática diária, aceitando-as por consequência como boas. Como anti-sifilíticos usam-se o Salvarsan, Bismuto, Mercúrio e Iodo.

Dos preparados de Salvarsan emprega-se, em primeiro lugar, o Neosalvarsan ou, em casos de intolerância ou resistência ao ar-



sénio, o Neosalvarsan Natrium, Silbersalvarsan, Neosilbesalvarsan ou muito raramente o velho Salvarsan (606).

Dos preparados de bismuto, que se equivalem mais ou menos na sua acção, uso mais especialmente 2 preparados alemães: o Spirobismol (Bad Homburg) e o Bismogenol (Tosse). A minha simpatia especial por estes provém de ter tido ocasião de os estudar na Alemanha (trabalho publicado na *Klinische Wochenschrift*, do ano passado) e de me ter convencido da sua pequena toxicidade acompanhada duma forte acção espirilicida. Tem grande importância profiláctica do contágio a rápida acção do Spirobismol que, na dose de 1 cent. cub., faz desaparecer, dentro das primeiras 48 horas, os espiroquetas da superfície das lesões. O mercúrio tem hoje um emprêgo muito mais restrito, de resto justificado pela sua muito maior toxicidade e por ser nitidamente inferior ao bismuto como anti-sifilítico, como o demonstram a clínica e a experiência nos animais. De resto só é indicado nos casos de resistência ao bismuto ou na combinada a este e ao arsénio.

Quanto a doses, são as conhecidas, e dos preparados a escolher basta que lhes diga que o preparado mais activo é o calomelanos.

Pode resumir-se o tratamento da sífilis primária sero-negativa do seguinte modo e para indivíduos de pêso médio :

1. <sup>o</sup> dia:	15 cent.	de Neosalv.		
2. <sup>o</sup> »	30 »	»	»	»
5. <sup>o</sup> »	30 »	»	»	»

Então administrar, conforme a tolerância, todos os 5 dias 0,45 (dose III) na mulher ou 0,60 (dose IV) no homem, até prefazer uma dose total de 5 a 5,5 gramas. Será prudente não ultrapassar as doses de 0,45 e 0,60 por uma só vez, pois que, segundo a estatística da comissão de Colónia nomeada para avaliar das causas dos efeitos tóxicos do Salvarsan, se conclui que os efeitos tóxicos dêste decuplicam para doses superiores a 0,60 de Neosalvarsan. Concomitantemente, deve-se injectar todos os 3 ou 4 dias bismuto que sob a forma de Bismogenol (1 cent. cub. = 0<sup>gr</sup>,058 de Bi-metalico) e de Spirobismol 1 1/2 cent. cub. a 2 cent. cub. = 0,045 a 0,060 de Bi-metalico). Dose total a injectar de Bismogenol, 15 a 20 cent. cub. e de Spirobismol 35 a 40 cent. cub. cor-



respondentes, respectivamente, a 0,9 e 1<sup>er</sup>,2 e a 1<sup>er</sup> e 1,2 de bismuto-metálico. Dos outros preparados, injectar em cada cura até à dose total de 1 grama de Bi-metal aproximadamente.

Estas injeções fazem-se nos dias intercalares das de Salvarsan, tendo o cuidado de fazer repetidos exames da urina. Em caso de impossibilidade do doente procurar o médico tão amiudadas vezes, não há inconveniente na administração simultânea, no mesmo dia, das injeções de bismuto e Salvarsan, desde que o doente se não tenha mostrado intolerante para qualquer dos preparados.

Passados 1  $\frac{1}{2}$  a 2 meses, faz-se 2.<sup>a</sup> cura, também chamada cura de segurança, igual ou  $\frac{1}{3}$  mais fraca. É importante fazer, a tôdas as 5 ou 6 injeções, uma reacção de Wasserman, pois que serão só considerados sero-negativos aqueles casos em que o Wasserman se mantenha sempre negativo. Em caso contrário, tratá-los como se tivessem sido sero-positivos. Depois da terminação destas 2 curas, far-se há o Wasserman durante o primeiro ano todos os meses e durante o 2.<sup>o</sup> ano todos os 3 meses. A partir dêste tempo, sendo possível, pesquisa de sangue anual, com reactivação por uma injeção de Neosalvarsan (dose III ou IV) com colheita de sangue de 4 a 8 dias depois.

Importante é a punção lombar com exame do líquido antes do começo da 1.<sup>a</sup> cura e depois de terminada a 2.<sup>a</sup> Na clínica privada é difícil que o doente se submeta a esta operação, sobretudo em virtude dos sintomas de meningismo, que obrigam por vezes à permanência no leito durante dias. Contudo, seria muito para desejar a insistência do médico junto do doente, para que êste exame se faça quando da terminação do tratamento.

Não é hábito distinguir, sob o ponto de vista terapêutico, a Lues primária sero-positiva da Lues secundária recente, e nestes casos proceder-se há como na Lues sero-negativa, sendo conveniente talvez começar com bismuto e só administrar a primeira injeção de Salvarsan depois de feitas 2 ou 3 de bismuto. Havendo boa tolerância, pode-se elevar um pouco as doses de Salvarsan, por exemplo para o homem a 0,75, para a mulher a 0,60. A estas 2 curas fazem-se seguir outras duas, a 3.<sup>a</sup> 2 a 3 meses depois da segunda e 3 a 4 meses depois uma 4.<sup>a</sup> cura, que pode ser então mais fraca. Deve-se fazer reactivação no fim do 1.<sup>o</sup>, 2.<sup>o</sup> e possivelmente do 3.<sup>o</sup> ano. Se o sangue, ao fim da 1.<sup>a</sup> cura, como é de hábito, não é negativo, a próxima deve fazer-se



variando de preparado, dando por exemplo Neosilbersalvarsan e numa dose total mais elevada, encurtando ao mesmo tempo a pausa entre esta e a primeira cura e fazendo então três tratamentos com Wasserman negativo.

Mostrando-se o doente livre de sintomas quer clínicos, quer laboratoriais do sangue e do líquido cefaloraquidiano, ao fim de 2 anos para sífilis sero-negativa e de 3 para a sero-positiva, então podemos considerá-lo curado dentro dos limites do que é humanamente possível afirmar.

Parece-me que, para terminar, não será ousadia minha afirmar, baseando-me na experiência havida até agora da terapêutica anti-sifilítica, que poderemos assistir de consciência tranqüila ao desenrolar das conseqüências dum diagnóstico e tratamento da sífilis orientados pelas linhas que lhes acabo de expor.



ISTITUTO NAZIONALE  
MEDICO  
FARMACOLÓGICO  
DE ROMA  
(PROF. SERONO)



Produtos  
SERONO e ERGON

**BIOPLASTINA-SERONO** — Lecitina e luteína para uso hipodermico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1 1/2.

**METRANODINA SERONO** — Antidismenorréico e anti-hemorragico, a gotas.

**IPOTENINA SERONO** — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.

**CARDIOLO SERONO** — Cardiocinético nas formas crônicas e miocardites, a gotas.

**VIROSAN SERONO** — Antilúético por via bucal, com base de mercúrio em combinação orgânica, em pilulas.

**UROLITINA ERGON** — Antiúrico, diurético desinfectante das vias urinárias; granulada efervescente, em frascos.

**ALUMNOSE ERGON** — Descongestionante. Antiséptico para uso externo. Não tóxico. Tubos de comprimidos.

### Opoterapicos SERONO

**EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS**, preparados com glândulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substância glandular fresca.

Por via hipodérmica, são levados à dose conveniente diluindo-os, de preferência a glicerina, com soro fisiológico para evitar a acção irritante da glicerina.

**PEPTOPANCREASI SERONO** — Poderoso digestivo com base de enzimas; antidiabético — frascos.

**OVARASI SERONO** — Estimulante e regulador da função ovarica — frascos e caixas.

**ORCHITASI SERONO para cicatrização** — caixas.

**SURRENASI SERONO** — Adinâmia. Tosse convulsa. Asma — f<sup>s</sup> e c<sup>s</sup>.

**TIROIDASI SERONO** — Antimixedematoso. Antigotoso, acelera o metabolismo. Não tóxico — frascos e caixas.

**RENASI SERONO** — Contra a insuficiência renal, nefrite etc. — f<sup>s</sup> e c<sup>s</sup>

**IPOFISASI SERONO** — Na insuficiência ipofisaria, diabetes insípida, etc. — frascos e caixas

**LIENASI SERONO** — Contra a prisão de ventre de causa nervosa, paludismo, etc. — frascos e caixas.

**EPATASI SERONO** — Na insuficiência hepática; diabetes assucarada, etc. — frascos.

**MASTASI SERONO** — Descongestionante. Contra os fibrômas e fibromiomas uterinos — frascos.

**BILEASI SERONO** — Na insuficiência biliar, prisão de ventre habitual, diabetes, etc. — frascos de pilulas.

**EUGOZIMASE FEMININA SERONO** — Pluriglandular: ovários, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

**EUGOZIMASE MASCULINA SERONO** — Pluriglandular: testículos, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterapicos, devem considerar-se como a indicação do máximo; em opoterápia só o Médico assistente pode estabelecer as doses conforme a tolerancia do doente e o caso que está tratando.





**LABORATORIO DI TERAPIA SPERIMENTALE**  
**Dott. Prof. A. BRUSCHETTINI de Genova**

Estes produtos levam entre parentesis depois do nome uma palavra que será suficiente indicar nos pedidos telegraficos em vez do nome completo.

**VACINA ANTIPIOGENICA POLIVALENTE BRUSCHETTINI** (Antipio) — Estreptococica, estafilococica, etc.

**VACINA ANTIGONOCOCICA BRUSCHETTINI** (Antigono) — Nas formas agudas e nas cronicas. Polivalente.

**POLIVACINA ANTIPIOGENICA BRUSCHETTINI** (Tubpio) — Associações microbianas da tuberculose.

**SORO-VACINA BRUSCHETTINI** (Bistubsiero) — Antitubercular — Acção profilatica e curativa.

**VACINA CURATIVA BRUSCHETTINI** (Tubvaccino) — Antitubercular — Acção curativa.

**VACINA CURATIVA 2.º GRAU — VC-AC, BRUSCHETTINI** (Bistubvaccino) — Antitubercular — Nas formas graves.

**Dr. L.º ZAMBELETTI S. A. de Milano**

**ARSENIATO DE FERRO SOLUVEL ZAMBELETTI**— Ferro electro-negativo organico alimentar, simples e com estricina, quer em caixas de 1.º e 2.º grau, quer em frascos; reconstituente.

**IODOSAN ZAMBELETTI**— Iodo soluvel atomico nascente, aromatizado, em frascos.

**ARSENOBROMOTONICAS ZAMBELETTI**— Fosforo, ferro, arsenio, bromo e valeriana fresca; sedativo e reconstituente: no histerismo, neurastenia, nas varias nevroses, etc., em caixas.

**BISMARSOL ZAMBELETTI**— Solução esteril injectavel de arsenobismutato de sodio. Sifilis, tabes dorsal, sifilis hereditaria, paralisia, lesões, malaria.

**CALOMELANOS ELECTROLITICO AQUOSO ZAMBELETTI** — Em soro leucocitogénio. Sifilis, framboesia.

**SORO IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL** — Na tuberculose ossea, glandular e peritoneal — caixas de 1.º e 2.º grau.

**TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI** — Arteriosclerose, angina pectoris. Frascos de comprimidos.

**INJEÇÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI**—Suprarenopituitaria. Asma bronquial, accesso.

Amstras á disposição dos Srs. Medicos.

**ITALO-PORTUGUEZA, L.<sup>DA</sup>**  
**APARTADO 214 — LISBOA**

Telefone C. 3096  
FERREGIAL BAIXO 33, 1.º  
Telegr.: ITALPORTUGUEZA



## MAGREZA E EMMAGRECIMENTO; SEU TRATAMENTO PELA INSULINA EM ADULTOS

POR

FERNANDO FONSECA

### I

Por magreza compreende-se um estado constitucional do organismo, em que o pêso é inferior ao dos individuos normais da mesma estatura.

Dentro dêste estado temos a considerar em primeiro lugar a magreza dos sãos, a maior parte das vezes hereditária, independente da quantidade de alimento ingerido e cuja causa, ainda desconhecida, se tem attribuído a uma dificuldade da formação de depósitos gordos, ou por vício dos próprios tecidos, ou por aceleração do metabolismo, que assim se apresentaria de modo contrário áquele por que se manifesta na obesidade constitucional onde está retardado.

Em segundo lugar vem a magreza do astênico, no qual, a maior parte das vezes com a puberdade, se dá um crescimento rápido, não acompanhado do desenvolvimento muscular correspondente, mostrando o exame anatómico, ao lado das alterações do esqueleto, uma hipoplasia do coração e de todo o sistema vascular e alterações do tubo digestivo das quais a mais freqüente é a ptose e distensão do estômago. A causa da magreza repousa principalmente nas perturbações digestivas, resultantes da atonia do tubo gastro-intestinal e da insuficiente secreção e absorção. Estes in-



divíduos, que a maior parte das vezes nos procuram como doentes do estômago e intestinos, obtêm a atenuação dos sintomas que os molestam com tratamento dietético (refeições pequenas e freqüentes de papas e purés) associado a clinoterapia e, mais tarde, depois dum aumento de 3 a 4 kg. no pêso, massagem e gymnástica, de forma a melhorar as condições do sistema muscular e aparelho circulatório. Finalmente, encontramos outras formas constitucionais de magreza no terceiro e quarto decénios da vida e como resultado do processo de arteriosclerose.

O emmagrecimento, ou seja o insuficiente estado de nutrição do organismo, traduz-se não sòmente pela perda de pêso, mas também pela diminuição do tecido célula-adiposo.

A caquexia distingue-se do emmagrecimento por ser progressiva, deixando-se influenciar rara e passageiramente pela dieta.

São causas de emmagrecimento:

1.<sup>a</sup> O jejum ou a hipoalimentação, quer a derivada da restrita quantidade de alimentos ingeridos, quer a que provém do seu mau aproveitamento por doenças do tubo digestivo (estenoses, vômitos incoercíveis, abundantes diarreias, insuficiente digestão pancreática, fistula gastro-cólica, etc.)

2.<sup>a</sup> Alterações do metabolismo sobrevindo em certas doenças da nutrição (diabetes, etc.) e no hipertiroidismo, causa freqüente de emmagrecimento, que por vezes se observa sem aumento de volume da glândula tiroidea e como primeiro sintoma da doença de Basedow, ao qual mais tarde outros se vêm juntar, permitindo assim um diagnóstico que de comêço pode ter sido feito com dúvidas.

3.<sup>a</sup> Causas tóxico-infecciosas (doenças agudas e crónicas) e tóxico-neoplásicas.

Brugsch admite 3 estados de magreza e emmagrecimento, sendo o pêso normal calculado pela fórmula de Broca:

Pêso normal = altura em centímetros — 100<sup>kg</sup>.

Um pêso inferior de 10 a 20 0/0 ao pêso normal constitui o primeiro estado, de 20 a 30 0/0 o segundo e de mais de 30 0/0 o terceiro.

Teòricamente a cura da magreza e do emmagrecimento basea-se no seguinte: — aumento dos *ingesta* além das necessidades do organismo e limitação do consumo das substâncias do corpo.

Tal fim procurámo-lo nós obter por via medicamentosa e die-



tética. São usados os amargos para combater a inapetência, os ácidos (Cl H) e os fermentos nas insuficiências digestivas, os medicamentos cistentes nas diarreias, o fósforo e o arsénio como moderadores dos processos de catabolismo, etc., etc.

Sob o ponto de vista dietético, calculamos uma dieta mais rica em calorias do que a necessitada pelo doente, atendendo sempre a que a devemos compor com alimentos de fácil digestão e elevado poder calorífico e a que o cálculo será diferente, consoante o doente repousa, tem trabalho leve ou pesado. No primeiro caso a dieta deve-lhe fornecer 25 calorias por quilograma de pêso, no segundo 35 a 45 e no terceiro 45 a 60. O calor libertado pela combustão de 1<sup>er</sup> dos diferentes alimentos no organismo é praticamente o seguinte :

Hidratos de carbone.....	4 calorias
Albuminóides.....	4 »
Gorduras.....	9 »
Alcool .....	7 »

A dieta não deve ser carregada de proteínas, que não são armazenadas, devendo calcular-se como quantidade suficiente para as necessidades do organismo 0,75 a 1 grama por quilograma de pêso. Só nos casos em que há neoformação ou reparação celular o organismo exige maior quantidade de substâncias albuminóides e êsses casos são: primeiro, durante o crescimento; segundo, durante o treino em que há aumento da substância muscular; terceiro, depois dum período de completa ou incompleta inanição em que houve fornecimento insuficiente de albuminóides e finalmente na convalescença das doenças tóxico-infecciosas.

É pois principalmente às gorduras e aos hidratos de carbone que será devido o poder calorífico da dieta, predominando nesta os segundos, que são de mais fácil digestão.

Na elaboração da dieta entraremos em conta com o coeficiente de aproveitamento dos alimentos, escolhendo de preferência os que são absorvidos em maior quantidade. Assim aparecem nas fezes apenas 0,7 % de pão branco, 4,1 % de arroz, 5,3 % de macarrão, 5,2 % de ovos e, pelo contrário, maiores quantidades de outros alimentos, como 15 % de feijão verde, 15 % de pão escuro, 20 % de cenouras, 9,4 % de batatas e 8 a 10 % de leite,



alimento mal reabsorvido e de fraco poder calorífico (1 litro = 600-650 calorias) que só por si não deve ser aconselhado para tratamento da magreza, como succede na cura de Weir-Mitchell que sujeita os doentes à alimentação exclusivamente láctea nos quatro primeiros dias. Não deixaremos também de atender à digestibilidade dos alimentos, especialmente quando prescrevemos refeições freqüentes.

A tabela que se segue, elaborada por Penzoldt, indica o tempo que alguns alimentos demoram no estômago.

## TABELA

*Abandonam o estômago*

em 1-2 horas :

100-200<sup>gr</sup> de água  
 200<sup>gr</sup> de água contendo CO<sup>2</sup>  
 200<sup>gr</sup> de chá  
 200<sup>gr</sup> de café  
 200<sup>gr</sup> de cacau } sem ingrediente  
 200<sup>gr</sup> de cerveja  
 200<sup>gr</sup> de vinho  
 100-200<sup>gr</sup> de leite fervido  
 200<sup>gr</sup> de caldo de carne  
 100<sup>gr</sup> de ovos quentes

em 2-3 horas :

200<sup>gr</sup> de cacau com leite  
 300-500<sup>gr</sup> de água  
 300-500<sup>gr</sup> de cerveja  
 300-500<sup>gr</sup> de leite fervido  
 200<sup>gr</sup> de café com creme  
 100<sup>gr</sup> de ovos crus, fritos ou em «omelette»  
 250<sup>gr</sup> de miolos de vitela cozidos  
 200<sup>gr</sup> de carpa  
 72<sup>gr</sup> de ostras cruas  
 200<sup>gr</sup> de lúcio  
 200<sup>gr</sup> de bacalhau cozido  
 150<sup>gr</sup> de couve flor cozida ou em salada  
 150<sup>gr</sup> de espargos cozidos  
 150<sup>gr</sup> de batatas  
 150<sup>gr</sup> de puré de batata

150<sup>gr</sup> de compota de cerejas  
 150<sup>gr</sup> de cerejas  
 70<sup>gr</sup> de pão branco

em 3-4 horas :

230<sup>gr</sup> de frango cozido  
 230<sup>gr</sup> de perdiz assada  
 260<sup>gr</sup> de pombo cozido  
 195<sup>gr</sup> de pombo assado  
 250<sup>gr</sup> de carne de vaca cozida  
 250<sup>gr</sup> de mãos de vitela cozidas  
 160<sup>gr</sup> de presunto cru ou cozido  
 100<sup>gr</sup> de bife cozinhado  
 72<sup>gr</sup> de caviar  
 200<sup>gr</sup> de lampreia (em vinagre)  
 150<sup>gr</sup> de pão branco ou escuro  
 150<sup>gr</sup> de hortaliças  
 150<sup>gr</sup> de batatas  
 150<sup>gr</sup> de arroz cozido  
 150<sup>gr</sup> de maçã

em 4-5 horas :

250<sup>gr</sup> de carne (bife)  
 250<sup>gr</sup> de língua de vaca (fumada)  
 250<sup>gr</sup> de lebre assada  
 350<sup>gr</sup> de gamo assado  
 280<sup>gr</sup> de pato assado  
 200<sup>gr</sup> de arenques  
 200<sup>gr</sup> de puré de ervilhas.



# DRYCO

(LEITE EM PÓ)

*Grand Prix e Medalha de Ouro  
na Exposição Internacional do Centenário de Pasteur,  
Strasburgo, 1923*

O DRYCO é um leite em pó cuja composição aproximada é a seguinte:

Gordura.....	12 0/0
Lactose .....	46 0/0
Proteína .....	32 0/0
Saes .....	7 0/0
Agua .....	3 0/0
Total .....	100 0/0

Assim temos que 30 gramas de leite em pó DRYCO equivalem a 127 calorias.

Como 8 colheres de sopa rasas (niveladas com uma faca) correspondem a 30 gramas de pó DRYCO, segue-se que 1 colher de sopa equivale a 16 calorias.

Donde se conclue que, dissolvendo uma colher de sopa, rasa, de pó DRYCO em 37,5 gramas de agua obtem-se um preparado que conterà:

Gordura .....	1,20 0/0
Lactose .....	4,40 0/0
Proteína .....	3,40 0/0
Saes .....	0,70 0/0

THE DRY MILK COMPANY, 15 PARK ROW. NEW YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de Leite em Pó)

Para informações, amostras e literaturas, dirigirse aos

Depositários para Portugal: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>

RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.º—LISBOA



PILULAS

**OPOBYL**

PILULAS

**TRATAMENTO PHYSIOLOGICO**

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

**COMPOZIÇÃO**

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

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

**PHARMACODYNAMIA**

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

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

*Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:*

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8<sup>e</sup>)

”

# Ceregumil

## Fernández

Alimento vegetariano completo em base  
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ. & CANIVELL Y C.<sup>as</sup>—MÁLAGA

Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.<sup>as</sup>

Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup>

LISBOA



As gorduras melhor digeríveis são as que se apresentam emulsionadas (manteiga, gema de ovo, creme) e as que por tal forma se não apresentam dividir-se hão suficientemente, o que se consegue misturando-as com hortaliças ou puré de batata.

Há, porém, casos de magreza e emmagrecimento renitentes ao tratamento medicamentoso e dietético, ou que com êles pouco beneficiam, e é nesses casos que encontra especial indicação a cura pela Insulina.

Goffin (2) e mais tarde Lawrence (3) foram os primeiros que ensaiaram o tratamento pela Insulina em adultos portadores de doença de que um dos sintomas é o emmagrecimento: o hipertiroidismo. O trabalho de Lawrence assenta na hipótese de que há um certo antagonismo entre as hormonas do pâncreas e da glândula tiroídea. Assim, no hipertiroidismo o metabolismo basal está notavelmente aumentado, o tonus do simpático exagerado, o metabolismo dos hidratos de carbone freqüentemente alterado, encontrando-se hiperglicemia e glicosúria alimentares em cêrca de  $\frac{1}{3}$  dos doentes com hipertiroidismo (Kocher (4), e desaparecendo com a cura dêste último.

Por outro lado, o efeito da hormona pancreática é oposto ao da tiroídea em muitos pontos. Em não diabéticos parece diminuir o metabolismo basal e provoca um aumento de pêso; Garrelon e Santenoise (5) atribuem-lhe uma acção vagotónica e Burn e Marks (6) confirmaram as experiências de Ducheneau, mostrando que a tiroídectomia tornava coelhos mais sensíveis à acção da Insulina e que a ingestão de tiroídea pelos animais operados de novo diminuía a sua sensibilidade para a mesma hormona.

Goffin obteve melhoras nos seus casos empregando 10 u. de Insulina por dia e nunca mais do que 20. Lawrence tratou 4 casos de doença de Graves com grandes doses de Insulina, 60 a 100 unidades por dia, manifestando os doentes boa tolerância para a droga e tendo dois dêles melhorado muito. Os restantes, embora não colhessem grandes beneficios do tratamento, aumentaram de pêso, bem como os primeiros, o que levou Lawrence a escrever: «This suggests the use of insulin in the treatment of under-nutrition and emaciation in cases other than diabetes and hyperthyroidism». Falta (7), que já em 1913 dizia: «Zum Mästen braucht man ein funktionstüchtiges Inselorgan» e que no desenvolvimento ulterior desta maneira de pensar des-



creveu uma forma de obesidade pancreatogénea, empregou a Insulina no tratamento da magreza e do emmagrecimento. Os seus três doentes, que anteriormente e sem resultado procurara engordar com dieta e repouso, aumentaram bastante de pêso, exacerbando-se o apetite. Bauer e Nyini (8) obtiveram igualmente bons resultados em seis casos tratados. Feissly (9) nos seus casos (seis) consegue também uma notável subida de pêso.

Falta administra a Insulina 5 vezes por dia, chegando a injectar 150 u. nas 24 horas, trinta por cada vez, sem reacção hipoglicémica e olhando apenas a que os doentes ingeriam, pelo menos a cada uma das 5 refeições, cêrca de 30 gr. de hidratos de carbone. Feissly aconselha 2 a 3 injeccões por dia, começando por 5 u. para chegar o mais rápidamente possível a 60 u. diárias. A cura dura três a cinco semanas.

Os casos por nós tratados são os seguintes :

Caso I—C. 27. Enf.<sup>a</sup> M 2 A.

Fernando S. S.—18 anos, empregado no comércio.

Bons antecedentes familiares, sendo tôda a familia de pessoas magras. Nega doenças anteriores, confessando rápido crescimento a partir dos 15 anos. Nasceu e viveu em Santiago do Cacém até os 15 anos. Seguiu depois para o Brasil, onde esteve até dar entrada neste serviço.

Em 16 de Novembro próximo passado constipou-se e teve uma dor no H-tórax direito, acompanhada de ligeira tosse e febre. O médico, chamado, diagnosticou pleurisia com derrame e extraiu-lhe líquido por duas vezes. A temperatura baixou, desapareceu a tosse e a 25 de Dezembro embarcou no Rio de Janeiro para Lisboa, dando entrada no serviço a 8-I-1926. Foi sempre magro.

Altura do doente, 1<sup>m</sup>92. Pêso de entrada, 52<sup>kg</sup>. Á observação apenas se nota de anormal hipofonése e leve diminuição de murmúrio na metade inferior do h-tórax direito.

De 8-I a 18-I foi submetido a tratamento dietético, sendo-lhe fornecidos, além da dieta geral idêntica à dos outros doentes, mais dois ovos estrelados ao almôço, dois ovos crus à ceia, 50 gr. de manteiga e um pão. A 18-I conservava o pêso de entrada e foi então submetido a tratamento por Insulina da seguinte forma (conservando a mesma dieta):

18- I —	5 U.	— Lilly.	— 1 inj.
19- I —	20 U.	— »	— 3 »
21- I —	25 U.	— »	— 3 »
até 27- I —	25 U.	— »	— 3 »
28- I —	30 U.	— »	— 3 »
29- I —	40 U.	— »	— 5 »
De 30 I a 17-II —	45 U.	— »	— 3 »



O aumento de pêso deu-se da seguinte forma:

18-I	— 52	kg.
25-I	— 53,5	»
1-II	— 54,5	»
2-II	— 54,600	»
6-II	— 56	»
13-II	— 56,800	»
17-II	— 57,400	»
20-II	— 58	»
23-II	— 58,300	»
26-II	— 58,100	»

A diurese a partir de 2-II foi a seguinte:

2-1300; 3-1600; 5-1700; 6-1600; 7-1550; 8-1100; 9-1800; 10-1800; 11-1300; 12-1600; 13-1200; 14-1450; 15-1100; 16-1200; 17-1600; 18-1700; 19-1600; 20-1600; 21-1700; 22-1200; 24-1302; 25-1500.

Logo no comêço do tratamento notou o doente mais apetite e melhores digestões.

O tratamento pela Insulina foi terminado a 17-II, continuando o aumento de pêso e a melhoria do apetite. A 26 II o pêso baixou 200<sup>gr.</sup>

Caso II. — C. 28. Enf.<sup>a</sup> M 2 A. Ernesto M., 32 anos, solteiro, tradalhador rural. Entrada, 16-XI-1926.

Sofre há 5 anos do estômago: digestões vagarosas, enfartamento, obstipação e sensação de dilatação gástrica. É nervoso.

Bons antecedentes familiares. Até os 18 anos foi sempre fraco e sofreu de padecimento gástrico idêntico ao actual.

Á observação mostra-se individuo de constituição regular, apresentando de anormal um estômago grande, sacolejante e o cólon sigmoideu cheio de fezes. Apirético. Pêso de entrada, 52<sup>kg.</sup> Exames de suco gástrico revelaram hipo-acidez; em 11-XII-1925, ClH livre-14, acidez total, 20; em 20-XI-1925, ClH livre-8, acidez, total 20 (depois da refeição de prova). Altura, 1,<sup>m</sup>70. Exame radioscópico do estômago: «6 horas depois de uma refeição com sulfato de bário não apresenta estase gástrica. Em seguida a uma nova refeição de contraste a sombra gástrica vai a 7 cm. abaixo das cristas ilíacas, píloro permeável, contracções lentas, duodeno bem desenhado e indolor. Não há sinais radiológicos de lesão orgânica do estômago ou duodeno. Até 19-I-1926 o doente fêz tratamento dietético e medicamentoso, tendente a melhorar o seu estado dispéptico. Não logrou grandes melhoras, continuando com os mesmos sintomas de enfartamento e digestões lentas, embora o seu pêso aumentasse 4<sup>kg.</sup> (56<sup>kg.</sup>) no intervalo de dois meses e dias. Começou o tratamento pela Insulina a 19-I. A dieta a que foi submetido durante o tratamento era mais ou menos equivalente às anteriores e constituída por:

Almôço: caldo de farinha e puré de batata.



Jantar: sopa de massa, galinha com arroz.

Ceia: dieta geral e caldo de farinha.

Extraordinários: pão e 50<sup>gr</sup> de manteiga.

Começou a injectar Insulina no mesmo dia que o doente do primeiro caso e seguiu progressão idêntica à d'ele, terminando o tratamento a 14-II. A modificação do pêso foi-se dando da seguinte forma:

17-	I —	56	kr.
24-	I —	58,200	»
30-	I —	59,700	»
2-	II —	59,902	»
6-	II —	61,500	»
12-	II —	63	»
17-	II —	63,920	»
20-	II —	64,400	»
23-	II —	64,800	»
26-	II —	64,800	»
1-	III —	65,200	»

A diurese a partir de 2-II foi a seguinte :

2-2300; 3-2100; 4-2000; 5-3000; 6-2800; 7-2000; 8-2300; 9-2800; 10-2600; 11-2100; 12-2300; 13-2300; 14-2300; 15-2200; 16-2400; 17-2500; 18-2300; 19-1900; 20-2100; 21-2100; 22-2200; 23-2600; 24-1600.

Logo de comêço experimentou o doente melhoras, traduzidas por menor enfartamento e mais apetite. Conseguiu aumentar cêrca de 9 kg. em menos de um mês de tratamento e hoje as suas perturbações dispépticas quasi desapareceram, continuando a aumentar de pêso. O exame do sucogástrico feito em 26-II deu o seguinte resultado (depois da refeição de prova) :

Grau de digestão, bom. Volume, 70 cc. Quociente de sedimentação, 20/70. Ácido clorídrico livre, 14. Acidez total, 20.

Caso III — C. 37 — Enf.<sup>a</sup> n.º M 2 A. Benito L. G. — 50 anos, casado, ser-vente. Entrada em 16-X-925. Padece de ulcüs düodenalis e, porque não obteve melhoras com tratamento de Sippy foi gastro-enterostomizado a 10-XII-1925. Tem varizes dos membros inferiores. Depois de operado melhorou das dores, mas conservou o mesmo estado de magreza, mantendo o pêso de 38,500 kg. até à data do comêço do tratamento pela Insulina a 18-I-1926. Foi submetido à seguinte dieta :

Almôço : Puré de batata e açorda.

Jantar : Canja, puré de batata e peixe frito.

Ceia : Sopa de massa, dois ovos e caldo de farinha.

Extraordinários : Um litro de leite, pão e 100 gr. de açúcar.

A Insulina foi injectada em dose idêntica à dos casos anteriores até 20-II, passando depois a receber apenas 20 unidades, dez de cada vez.



As variações do pêso foram as seguintes :

18-I	—	38,400	gr.
23-I	—	39,200	»
2-II	—	41,400	»
6-II	—	42	»
12-II	—	43,300	»
17-II	—	44,300	»
22-II	—	44,900	»
26-II	—	45,690	»

A partir de 20-II a posição vertical demorada provoca a aparição de leve edema dos membros inferiores, que attribuo às varizes do doente. O tratamento pela Insulina abriu-lhe o apetite.

Caso IV — N. M. sexo feminino (clínica particular). 30 anos. Antecedentes familiares tuberculosos.

Aos 19 anos lesões anexiais supuradas com pelvi-peritonite, tendo sido mais tarde hysterectomizada. Esta doença prolongada conduziu-a a um estado de magreza do qual não tem conseguido sair, a-pesar-de várias curas de repouso, dieta em edicação tónica. Altura, 1<sup>m</sup>,60. Apresenta de anormal leve hipofonese e diminuição de murmúrio no vértice direito.

Foi tratada com pequenas doses de Insulina : 5 U. antes do almôço e 5 U. antes do jantar e a progressão do pêso deu-se da seguinte forma :

7-II-1926	—	46,200	gr.
13-II-1926	—	46,600	»
20 II-1926	—	47,500	»
27-II-1926	—	48	»

A diurese manteve-se aproximadamente a mesma nos oito dias anteriores e nos oito seguintes ao do comêço do tratamento com Insulina. A doente continua o mesmo tratamento com 20 u. por dia. Logo com as primeiras inecções sentiu mais appetite.

Não há, pois, dúvida que o tratamento pela Insulina provoca um rápido aumento do pêso, exacerbando o appetite e tornando os doentes mais nutridos. Nos nossos casos (os dois primeiros de magreza e os dois últimos de emmagrecimento) só o terceiro doente apresentava leve edema dos membros inferiores, attribuível às varizes, mostrando-se todos ao exame objectivo sem que fôsse possível distinguir qualquer característico que os differenciasse dos



indivíduos engordados sem Insulina e antes dando a mesma sensação a palpação do tecido gorduroso. Entretanto, no caso II apresentado por Falta (doente com  $1^m,55$  e pesando  $53^{kg}$  antes do tratamento e  $59^{kg},2$  no fim), há maior formação de tecido adiposo no peito, na parede do ventre e nas ancas, sendo interessante que o mesmo facto já fôra notado por Allen (11) em diabéticos engordados com Insulina, tendo nós observado o mesmo em um diabético tratado no serviço de 2.<sup>a</sup> clínica médica.

Estes doentes, cujo aspecto recorda os da distrofia adiposo-genital, levaram-me a dizer (12) que as considerações de Allen permitiam pensar na intervenção possível do pâncreas em alguns casos de obesidade e hoje a considerar que o papel do pâncreas nesta doença de nutrição deve ser enorme, talvez o único responsável, directamente por exagêro da função e indirectamente por hipofunção de determinadas glândulas, das quais duas sabemos nós que segregam hormonas que até certo ponto se opõem à acção da Insulina: a tiroídea e a hipófise, sendo a hipofunção destas glândulas causa de duas variedades de obesidade. Assim, o predomínio da função pancreática seria o responsável pelo aumento de tolerância para os hidratos de carbone e pela baixa dos valores da glicemia na obesidade tiroídea. Umber (10) apresenta um caso de obesidade tiroídea com uma glicemia de  $0,054 \%$ . Na distrofia adiposo-genital de forma hipofisária e, segundo a concepção de Brugsch (14) que admite a não saída da secreção por compressão da hipófise, mesmo na forma cerebral (Biedl 13) também a hipofunção da glândula traz, em regra, com diz Falta (15), baseado nas suas observações e nas de outros autores, uma maior tolerância para os hidratos de carbone, pela qual, a nosso ver, seria responsável o pâncreas.

Eu julgo que o tratamento da magreza com a Insulina nos veio mostrar que a maioria das formas de obesidade são quadros de hiper-insulinismo freqüentemente combinado com disfunções de outras glândulas de secreção interna.

O termo hiperinsulinismo já foi empregado por Harris (16), que, partindo do princípio que a êle deviam corresponder sintomas de hipoglicemia os foi encontrar em alguns indivíduos nervosos, que um certo número de horas depois de comer se sentiam fracos, angustiados, com grande sensação de fome e, às vezes, impossibilitados de trabalhar, se não comiam imediatamente. Em



todos estes casos achou Harris uma glicemia baixa, correspondendo à grande sensação de fome, atenuando-se os sintomas com a ingestão de hidratos de carbone. Entretanto, a leitura do trabalho de Harris deixa-nos perceber que as suas ideas o levaram excessivamente longe e, de tal forma, que um dos casos citados com sintomas de hipoglicemia por hiper-insulino e que para o autor é simultaneamente um diabético potencial, tem, segundo demonstra uma curva de glicemia feita após a ingestão de 100<sup>gr</sup> de glicose, apenas uma diabetes renal:

Tempo	Glicemia	Glicosúria
—	—	—
12,15	0,098	Não
12,45	0,116	Não
1,15	0,167	Vestígios
2,30	0,135	Não
3,30	0,067	Vestígios

As injeções de Insulina em indivíduos não diabéticos aumentam o apetite, mas parece que a sua acção não se traduz na digestão gástrica, visto que no nosso caso II a hipocidez persiste depois do tratamento, continuando a subir a curva do pêso.

Feissly também não observou modificações das funções gástricas em dois aquilicos engordados com Insulina.

Empregámos doses de Insulina menores do que as dos autores citados, sendo os nossos resultados semelhantes aos dêles.

A nossa tendência hoje é para empregar doses ainda mais reduzidas, 20 ou 30 unidades diárias em duas injeções, pois assim ficam os doentes menos sujeitos à queda em hipoglicemia que, é bom frisar, nunca observámos nas pessoas que temos tratado. A subida do pêso dá-se durante todo o tratamento e nem sempre é mais acentuada no começo dêle, como afirma Feissly, tendo-a nós observado em doentes que mantiveram a mesma dieta antes e durante a cura com Insulina. Esta cura também não causou securas, bebendo os doentes aproximadamente a mesma quantidade de líquido que ingeriam antes de instituído o tratamento.

Não creio que sejam necessários cuidados dietéticos especiais tendentes a evitar a hipoglicemia, visto que nas refeições habituais a quantidade de hidratos de carbone é suficiente para êsse fim.

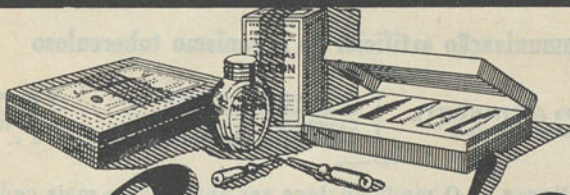


Reservamos para um segundo artigo a exposição do mecanismo da acção da Insulina no tratamento da magreza e do emmagrecimento.

#### LITERATURA

- 1 — Kraus u. Brugsch Sp. Patologie u. Therapie.
- 2 — Le Scalpel — 19-IV-1924.
- 3 — Brit. Med. Jour — 1924, 753.
- 4 — Kraus u. Brugsch Sp. Patologie u. Therapie.
- 5 — C. R. Soc de Biologie, 1824, 90, 460.
- 6 — Cit. p. Lawrence — Proc. Phys. Soc. 1924.
- 7 — Wien. Klin. Woch. 27-1925.
- 8 — Med. Klin. 39, 1925.
- 9 — Presse Médicale. 13, 1926.
- 10 — Weir-Mitchell cit. Umber—Ernhärung u. Stoffwechsel Krankheiten — 1914.
- 11 — The Jour. of Met. Res. Vol. II — 1922.
- 12 — Lisboa Médica — 1922.
- 13 — Innere Sekretion.
- 14 — Kraus u. Brugsch-Sp. Pathol. u. Therapie.
- 15 — Cit. p. Zondek—Die Krank. der endokrinen Drüsen — 1923.
- 16 — Proceedings of the International Conference on Health Problems in Tropical América — 1924 e Jour. Am Med. Assoc, 729-1924.





# Hexetona

Preparado de cânfora.  
Solúvel na água.

**Recette-se:**

- 1) Para injeções intramusculares:  
Caixas de 5 empolas de 2,2 cm<sup>3</sup> (soluto a 10%) castanhas
- 2) Para injeções intravenosas:  
Caixas de 5 empolas de 1,2 cm<sup>3</sup> (soluto a 1%) azues
- 3) Para aplicação por via bucal:  
Frascos de 30 perolas de Hexeton de 0,1 g cada uma.

**Absorção rápida.**

**Efeito imediato.**

**Indicações:**

As da cânfora: Debilidade cardíaca e os seus sintomas respiratórios, espasmos, intoxicações etc.

## 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 originais 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 devem ser dirigidos ao Dr. Almeida Dias, Secretário da Redacção e Administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.



# CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

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

Cinnamato de benzylo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

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

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

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

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

1627

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, Pharmac. de 1<sup>re</sup> cl. Fornecedoras dos Hospitais, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

## ELECTRARGOL

(Prata)

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

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é igualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Otites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

## ELECTRAUROL

(Ouro)

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

## ELECTROPLATINOL

(Platina)

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

## ELECTROPALLADIOL

(Pó)

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

## ELECTRORHODIOL

(Rhodio)

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

## ELECTR = Hg

(Mercurio)

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

Todas as formas da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

## ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

Tratamento do Cancro.

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

Tratamento do Syndroma anemico.

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

## COLLOTHIOL

(Enxofre)

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

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

## IOGLYSOL

(Complexo iodo-glycogenio)

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

Curas lodada e iodurada.

## ELECTROMANGANOL

(Manganese)

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

Affecções estaphylococcicas.

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



## A TRIPANOSSOMIASE HUMANA NA GUINÉ PORTUGUESA

POR

J. SANT'ANA BARRETO

Director do Laboratório Central de Análises de Bolama

¿ Existe a doença do sono na Província da Guiné?

É uma interrogação que tem andado suspensa desde longa data, pelo menos desde que Dutton e Fordes descobriram o célebre tripanossoma na colónia vizinha de Gambia com a qual os nossos indígenas mantêm relações comerciais, sobretudo pela via terrestre.

A proximidade de zonas endémicas de tripanossomiase e a presença de *glossina palpalis* na nossa colónia tornavam admissível, pelo menos em princípio, a existência daquela doença no nosso território e todavia a observação clínica de tantos médicos que têm andado na capital e nas Delegações de Saúde da Guiné não conseguira revelar um único caso autêntico da hipnose nem as análises de sangue realizadas no Laboratório de Bolama, desde 1914, haviam conseguido descobrir flagelados nos habitantes desta colónia, a não ser um indivíduo de Cabo Verde que estivera na Ilha do Príncipe antes da campanha anti-hipnótica ali realizada; tratava-se, portanto, de um doente de fora que, depois do tratamento feito, regressou a Cabo Verde.

Durante os seis anos de clínica que temos exercido em diversos pontos desta colónia não encontramos doente algum, indígena ou europeu, cuja sintomatologia nos fizesse suspeitar a hipnose.

Foi por isso uma grande surpresa para nós depararmos, recentemente, com tripanossomas no sangue de um funcionário europeu



que há 12 anos reside nesta colónia e pareceu-nos conveniente relatar êste caso com o fim quási exclusivo de fixar datas e registar factos que interessam a epidemiologia.

P. M. de A., 40 anos, raça branca, natural de Portugal, donde saiu pela primeira vez em 1911 como funcionário para Lourenço Marques; alguns meses depois foi transferido para o quadro da Guiné, onde chegou em Novembro de 1912; de passagem esteve uma semana nos portos de Angola e do Príncipe. Desde 1912 encontra-se na Guiné, quási sempre em Bolama, tendo estado na metrópole três vezes com licença. Gozou sempre de boa saúde, sem manifestações febris nem nervosas; está sujeito a um reumatismo localizado na mão e passou em 1915 por alguns dias de febres que cederam a injecções de quinina.

Adoeceu no dia 20 de Novembro último com febre, cefalalgia, insónias e uma mancha vermelha, eritematosa, na perna, de forma circular com cinco centímetros de diâmetro apróximadamente.

Examinei-o no dia 22 e, embora não pudesse explicar a origem da mancha, apliquei-lhe uma injecção de pouco menos de um grama de quinina e receitei um purgante para o dia seguinte.

A febre, porém, manteve-se renitente a 39° C. e por isso no terceiro dia fiz-lhe uma colheita de sangue para análise.

O exame microscópico das lâminas revelou logo um grande número de tripanossomas, uns com flagelo livre e outros sem flagelo, que pelos seus caracteres morfológicos se identificam com o *tripanossoma gambiense*.

A necessidade de instituir o tratamento imediatamente não permitiu que se fizessem outras provas laboratoriais para a classificação do parasita.

O doente recebeu uma injecção de 0<sup>g</sup>,75 de novarsenobenzol. Oito horas depois a febre subiu a 40<sup>o</sup>,5 (devido evidentemente à acção tripanolítica do medicamento), mas desapareceu no dia seguinte assim como os parasitas do sangue periférico. As côres da mancha da perna foram desvanecendo rapidamente.

No 10.<sup>o</sup> e 11.<sup>o</sup> dias foram-lhe applicadas duas injecções de 0<sup>g</sup>,70 de atoxil. Durante uma semana o doente manifestou uma elevação térmica, vespéral entre 37<sup>o</sup>,5 a 38° C., não apresentando todavia parasitas no sangue colhido durante êsses acessos. Foram por isso mais espaçadas as injecções posteriores de atoxil.

Presentemente o doente, sentindo-se perfeitamente restabelecido, voltou para as suas occupações habituais e o último exame do sangue feito em 20 de Janeiro nada acusa de anormal.

Em resumo: o doente apresentou, como sinais clínicos, uma tripanide característica na perna e febre remitente durante uns dias. Não havia poliadenite, mas sòmente um gânglio femural tumefacto correspondendo à perna doente.

Não podíamos logo no primeiro dia do exame estabelecer o diagnóstico porque não suspeitávamos da existência de tripanos-



somiasse na cidade de Bolama, sendo este o primeiro caso autóctone, averiguado nesta Província.

¿ Qual teria sido a sua origem ?

Não podemos admitir que a doença tivesse sido adquirida em Angola e que tivesse estado latente durante 12 anos sem qualquer manifestação apreciável. Doutro lado, enquanto se não descobrir entre os indígenas da Guiné um reservatório de parasitas, não se pode atribuir a este caso uma origem puramente interna e local.

Os sintomas clínicos apresentados levam-nos a supor que a inoculação seria de data recente e por isso admitimos a hipótese de que a infecção teria sido adquirida de algum passageiro ou imigrante vindo pelos vapores que há pouco mais de um ano estabeleceram carreiras mensais entre Angola e Lisboa, com escala nos portos de Bissau e Bolama. Nestes barcos regressaram para a Guiné, repatriados, alguns indígenas que andaram pelas colónias do Sul.

Seja ou não esta a origem do nosso caso, o certo é que o restabelecimento das comunicações marítimas entre Guiné e os portos da África Equatorial, quer por meio de barcos nacionais, quer por navios da Companhia Alemã que tocam nas colónias estrangeiras, obriga-nos a estar prevenidos contra a importação não só da moléstia do sono, mas ainda de outras doenças mais ou menos epidémicas e nomeadamente contra a febre amarela, que infelizmente ainda hoje conserva alguns focos endémicos na África Equatorial.

No campo restrito da profilaxia anti hipnótica, teríamos que adoptar pelo menos as seguintes providências :

1.<sup>a</sup> — Exame obrigatório, clínico e laboratorial, de todo o imigrante vindo das regiões infectadas ou suspeitas de hipnose.

2.<sup>a</sup> — Tratamento imediato dos portadores de tripanossomas, de forma a garantir a esterilização do sangue periférico, ou a sua repatriação e isolamento em lugares indemnes de glossinas.

3.<sup>a</sup> — Limpeza periódica das florestas próximas das cidades, vilas e povoações; limpeza do mangal mais próximo dos portos fluviais e desarborização conveniente em volta das fontes e poços vicinaes, onde, graças à sombra e humidade, se formam os «centros principais» dos viveiros glossínicos.

4.<sup>a</sup> — Pesquisa metódica de tripanossomas no sangue dos indi-



genas da Guiné, especialmente das zonas glossínicas, e o tratamento dos portadores de parasitas que por acaso fôsem encontrados.

A pesquisa sistemática dos flagelados entre os indígenas e portanto indirectamente de outros parasitas sanguícolas, dando lugar a uma inspecção médica geral de tôda a população nativa, poderia ser uma fonte interessante de estudos parasitológicos e o ponto de partida para a organização de estatísticas nosográficas baseadas sôbre elementos dignos de confiança, o que, junto com o tratamento gratuito das moléstias que grassam entre os indígenas, constitui uma parte importante do programa administrativo que em nome da Civilização se impõe às nações colonizadoras.

Bolama, Janeiro de 1926.



# Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIO

# IODARSOLO

O PRODUCTO QUE CONTEM MAIS ELEVADAS  
DOSES DE IODO METALICO E ACIDO ARSENIOSO

**PUROS — INTEGROS**

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado á molécula proteica, mantido estavel e em quantidade fixa: unicamente a acção, ao calor, do acido sulfurico concentrado, é capaz de pol-o em liberdade; por isso explica-se toda

**CARENCIA DE FENOMENOS DE IODISMO**

Não pode assim produzir sensação desagradavel ao paladar, inconveniente muito marcado de numerosos preparados iodicos, cujo gosto é acre e parecido ao da tinta; antes resulta de

**SABOR EXCELLENTE**

Desejado pelas creanças e bem recebido pelas pessoas de paladar delicado.

**NÃO IRRITA AS MUCOSAS**

O acido arsenioso está combinado em forma organica segundo um metodo especial:

**NÃO PRODUZ INTOLERANCIA ARSENICAL**

**INJECTAVEIS**

Uma ampola cada dia. Injecções intra-musculares profundas nas nadegas.

Para amostras e prospectos dirigir-se ao Agente para a Península Iberica:

**MARIO VIALE**

Provenza 427

BARCELONA (ESPANHA)

Concessionario exclusivo para a venda:

Sociedade Industrial Farmaceutica

Rua do Mundo, 42—LISBOA



**ELIXIR**

Duas ou tres colheres diarias para os adultos e duas ou tres colheres pequenas para as creanças. . . . .



OUTROS PRODUCTOS DO LABORATORIO CHIMICO  
FARMACEUTICO V. BALDACCI—PISA (ITALIA)

## ZIMEMA

### HEMOSTATICO FISIOLÓGICO

Solução obtida pelo fermento ou enzima coagulante do sangue (trombina, fibroenzima, fibrinofermendo) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

Em qualquer hemorragia a hemostase definitiva não se obtém senão com um só meio: a formação do coagulo do sangue. É coisa sabida que a coagulação é obtida por meio da reacção do fermento coagulante do sangue (fibroenzima) com o fibrinogeno, cujo producto é a fibrina.

É assim racional a ideia de aproveitar o enzima coagulante em questão na therapeutica com fim hemostatico. Porém, se foi intentada a operaria hemathica, nunca existiu até hoje um producto que, para cohibir as hemorragias, utilisasse o fibroenzima.

Tal producto tem sido estudado e apresentado ao Medico pelo nosso Laboratorio sob o nome de **ZIMEMA**.

**Absolutamente innocuo em qualquer periodo e idade**

**NÃO EXISTEM CONTRA-INDICAÇÕES**

**INJECCÕES** — Em ampolas de 3 cc.. São ministradas uma diariamente, e nas hemorragias insistentes e graves, duas ou tres ampolas diarias, a juizo do Medico.

**INDICAÇÕES** — Todas as hemorragias.

## LEJOMALTO

### ASSUCAR ALIMENTICIO

Composição: Mistura especial de DEXTRINA e MALTOSE com amylase inactiva.

**Acção do Lejomalto**

**Alimentação Artificial, Mixta** — *Ajuntado ao leite de vaca, confire a este as características do leite materno.* No estomago do lactante a mistura de leite de vaca, agua, e Lejomalto, coagula em grumos pequenos, friaveis, gelatinosos. No leite de vaca diluido, o Lejomalto ministrado nas proporções devidas cobre totalmente o deficit de lactose e gordura sem produzir fermentações intestinaes.

**Perturbações Gastro-Intestinaes do Lactante — Volta á alimentação depois da dieta hydrica — Desmamamento** — Tem uma acção preventiva e curativa, pois que impede a putrefacção azoada dos germens e das toxinas intestinaes, accionando mecanica e quimicamente contra os germens e contra os seus productos.

**Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento**

**NÃO É FERMENTESCIVEL**



## Revista dos Jornais de Medicina

Observações sobre a mielografia por meio do lipiodol e da iodipina. (*Bemerkung über die Myelographie mittels Lipiodol und Jodipin*), por FEDOR KRAUSE. — *Zeitschr. für ges. Neurologie und Psychiatrie*. Band I, C S. 514-517.

Krause relata o caso de um doente com tumor medular, ao qual injectou 3 cc. de iodipina na região lombar. Os padecimentos do doente agravaram-se, aparecendo sintomas de excitação das raízes lombares e sagradas. Quatro semanas após a injeção, foi operado, sendo-lhe feita a laminectomia ao nível das 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> vértebras.

Também o Prof. Moniz (1), diz Krause, observou excitação meníngea e, em dois dos seus casos, uma importante linfocitose como consequência da injeção. Num caso de meningite serosa a linfocitose manteve-se duas semanas, tendo aumentado as dores e a paraplegia.

Comportam-se, portanto, identicamente a iodopina e o lipiodol; mas este último é menos excitante, devendo, por isso, ser preferido.

Graças a Oppenheim e a Cassirer, Krause operou 76 casos de tumores da medula nos últimos 24 anos, tendo sido feito o diagnóstico com tal precisão que a operação nenhuma dificuldade ofereceu.

K. relata um caso de tumor da medula cervical cujo diagnóstico foi feito muito cedo pelos processos clínicos, ficando a doente curada (há 4 1/2 anos).

Em muitos casos a injeção de lipiodol é inútil. Por ex. no caso de Heymann os sintomas clínicos foram suficientes para se pôr o diagnóstico.

O Prof. Moniz determinou também o limite inferior da compressão por meio da injeção lombar, tendo o doente na posição de Trendelenburg, oito dias depois da injeção atlanto-occipital.

Krause considera a determinação do limite inferior como um progresso. E demonstra este assêrto com três dos seus casos de tumores da medula em que o diagnóstico clínico foi insuficiente. O terceiro caso teve de ser operado novamente.

É em casos similares que o método de Sicard representa um grande progresso.

K. apresenta um caso de síndrome de Brown-Séquard, com sintomas clínicos pouco precisos e no qual a mielografia deu resultados concludentes.

Em todos os casos que apresentam sintomas clínicos incertos a mielografia é de um valor apreciável para marcar os limites da extracção das vértebras e, antes disso, para pôr um diagnóstico topográfico.

E. COELHO.

---

(1) Refere-se a um trabalho do Prof. Egas Moniz, publicado na *Lisboa Medica*, n.º 2, 1925.



Da importância de um diagnóstico exacto nas doenças da vesícula biliar. (*De l'importance d'un diagnostic correct dans les affections de la vésicule biliaire*), pelo Prof. MAX EINHORN (de Nova York) — *Presse Medicale*, n.º 104, 1925.

Trata-se de uma conferência que o eminente gastrologista americano fêz em Paris, na qual mostra a importância duodenal directa para o diagnóstico das doenças da vesícula biliar e discute os resultados da tubagem depois das injeções de magnésio, isto é, o valor da prova de Meltzer Lyon.

Desde 1909 que é possível fazer-se o exame directo da bílis por meio da tubagem duodenal, de sorte a podermos fazer o diagnóstico das doenças da vesícula, quando estas possam simular, pelos seus sintomas subjectivos, outras doenças. Einhorn apresenta dois casos em que as doenças da vesícula simularam outras lesões. No primeiro, o diagnóstico de colecistite não pôde ser feito, mesmo durante a operação, porque a vesícula não tinha aderências. No segundo todos os sintomas indicavam uma doença da aorta, especialmente uma angina pectoris.

Só o exame directo, em jejum, demonstrou claramente que a vesícula e os ductos biliares estavam doentes, dando-nos a chave do diagnóstico.

Na 2.ª parte da sua conferência, E. responde a esta pergunta: É preciso recorrermos à técnica de Lyon e recolher a bílis depois da injeção de sulfato de magnésio?

E. apresenta várias objecções de ordem anatómica, fisiológica e clínica contra a prova de Lyon, afirmando que só deve ser empregada nas drenagens não cirúrgicas dos ductos biliares, antes ou depois da colecistectomia.

Sabe-se que as águas de Vichy ou de Karlsbad, por instilação duodenal, podem aumentar o seu efeito no tratamento dessas doenças.

Em conclusão: a bílis deve ser examinada em tôdas as doenças do fígado e da vesícula, por tubagem directa e sem instilação prévia.

E. COELHO.

Os aspectos cirúrgicos das vias ópticas e a excitação faradica dos seus centros. (*Die Sehbahn in chirurgischer Beziehung und die faradische Reizung des Sehzentrum*), por FEDOR KRAUSE. — *Archiv für Klin. Chirurgie*. — Berlim, Band 100, S. 443-448.

Krause faz uma descrição sumária dos centros ópticos, das radiações ópticas, do quiasma e das condições patológicas que implicam a formação da hemianopsia homónima e heterónima.

Tôdas as formações patológicas intracranianas, tais como neofomações, inflamações, abcessos, etc., que incidam sobre as diferentes partes das vias ópticas, podem provocar perturbações visuais. Mas essas perturbações podem dar-se também, o que acontece várias vezes, por uma acção a distância; e como exemplo desta apresenta K. um caso de glioma do lobo frontal es-



querdo inoperável, no qual havia uma associação de perturbações visuais e psíquicas. Num caso de tumor do ângulo ponto-cereluloso, que Krause estudou com Cassirer, hemianopsia inferior cruzada

Krause refere-se, a seguir, aos tumores da hipófise que actuam sobre o quiasma, e à compressão do 3.º ventrículo devida à hidrocefalia. Tanto os tumores intraselares como os extraselares dão hemianopsia bitemporal. Este sintoma aparece sempre, ao passo que os sintomas da acromegalia ou do síndrome de Frölich (*Degeneratio adiposo-genitalis*) podem faltar.

Para os tumores intraselares está indicada a operação de Schloffer, por vezes de resultados maravilhosos, actuando sobre as perturbações da hemianopsia, como demonstra com um dos seus casos.

Nos tumores supraselares está indicada a operação, depois de trepanado o doente.

Krause mostra um destes casos operados há quinze anos, e que ainda vive.

Considera, depois, as neofomações da esfera cortical visual, dando origem a alucinações visuais. A excitação do córtex dos centros visuais pode dar-nos o diagnóstico da parte do lobo occipital invadida por um tumor, do mesmo modo que nos casos de epilepsia jacksoniana nós fazemos o diagnóstico das zonas motoras lesadas. K. apresenta um caso demonstrativo deste assêrto e operado há 18 anos.

A 2.ª parte da comunicação de K. occupa-se da excitação farádica dos centros visuais, por homologia com a excitação dos centros motores.

Relata um caso da guerra, com ferida do lobo occipital, provocada por um projectil, dando origem a hemianopsia e alucinações visuais, e que, passados oito anos e meio, apresentava contracções epilêpticas e mais alucinações visuais. K. operou este doente em 1923, excisando a cicatriz no lobo occipital esquerdo. Procedeu à faradização do centro visual, da mesma maneira como se faz na circunvolução frontal ascendente (*vorderen Zentralwindung*). Determinou assim seis pontos, a excitação dos quais provocava percepções luminosas (círculos luminosos pintados).

Krause aponta aos cirurgiões, ao finalizar este trabalho, um novo caminho a trilhar. São as ideas expendidas e seguidas em França por Leriche. Os estudos anatómicos, que condicionaram e orientaram a cirurgia, têm que dar lugar à fisiologia. A cirurgia de ontem era anatómica; a de hoje, afirma Krause, tem de ser fisiológica.

E. COELHO.

---

Sobre a etiologia da hipertensão arterial essencial e da esclerose renal. (*Sur l'étiologie de l'hypertension artérielle essentielle et de la sclérose rénale*), por E. DE NADOR-NIKITIS (Budapest) — *Archives des Maladies du Cœur*, n.º 9, 1925.

Existe uma transição contínua entre a hipertensão arterial essencial, a esclerose renal primária e a simples esclerose renal senil, de sorte que se torna difícil separar as suas etiologias.



N. ocupa-se, neste trabalho, principalmente da hipertensão arterial e da esclerose renal sob o ponto de vista etiológico e nas suas relações com outras escleroses arteriais.

Estudando 206 doentes com hipertensão arterial essencial, 93 com esclerose renal, 200 com doenças variadas sem hipertensão nem esclerose renal, e 200 indivíduos sãos de 40 a 60 anos de idade, verificou que aos factores habitualmente apontados como *únicos* responsáveis das lesões de esclerose das artérias e dos rins se deve juntar, na maior parte dos casos, a predisposição hereditária. Estas observações permitiram-lhe também estabelecer um paralelo entre a esclerose renal e a hipertensão arterial.

Estudando o papel da predisposição familiar, verificou que este factor se encontra em numerosos doentes, e que a sua frequência só foi encontrada na esclerose renal e na hipertensão, enquanto que os outros factores se apresentavam muitas vezes em indivíduos sãos ou que possuíam outra doença. O autor passa em revista diferentes teorias que pretendem explicar a patogenia dessa predisposição.

Bergmann admite a hipertensão como consequência de uma hipertonía (e não como espasmo) dos músculos dos vasos pequenos, isto é, um «aumento do tonus de repouso».

Kylin filia a hipertensão em perturbações do sistema nervoso vegetativo, apoiando a sua opinião na variabilidade da pressão arterial, na fórmula leucocitária (mononucleares e eosinofilia), na prova da adrenalina e no exame do cálcio do sangue. Já as investigações de Kraus e Zondeck mostraram que existia uma relação entre a quantidade de  $K$  e de  $Ca$ , variável nos estados vagotónico ou simpaticotónico, permitindo suspeitar os resultados de Kylin.

A-pesar disso, não sabemos como se produz a perturbação do sistema nervoso vegetativo, nem o agente que provoca a constituição das arteriolas renais que, por mecanismos desconhecidos, origina o espasmo geral dos capilares.

Estes problemas necessitam de muitas observações clínicas com exames de laboratório, porque só depois de bem conhecidas a etiologia e a patogenia se poderá esperar uma boa terapêutica para a hipertensão essencial.

E. COELHO.

---

**Tratamento dietético da tuberculose.** (*Dietetic treatment of tuberculosis*), por E. LUNDBERG. — *Acta Tuberculosea Scandinavica*, n.º 1 — 1925.

O A. denomina *para-insulina* uma substância que se encontra no organismo tuberculoso e que tem propriedades semelhantes às da insulina. É por intermédio da para-insulina que se explicam as melhoras dos sintomas de diabetes quando a esta se associa a tuberculose, assim como é ainda devido à para-insulina que os tuberculosos apresentam uma particular sensibilidade para a insulina. Certos sinais que pertencem ao cortejo sintomático da tuber-



culose — taquicardia, hiperhidrose, etc. — são, no dizer do autor, manifestações de uma hiperprodução insulínica. Apoiado nesta concepção, aplica estes dados na escolha de dietas e com bons resultados.

MORAIS DAVID.

---

A propósito de oito casos de frenicectomia. (*A propos de huit cas de phrenicectomie*), por SERGENT, BAUMGARTNER, BORDEX — *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 14 de Janeiro de 1926.

Como contribuição ao estudo do valor terapêutico da frenicectomia, os autores apresentam as histórias clínicas detalhadas de oito casos submetidos a esta intervenção — dois casos de tuberculose pulmonar, quatro casos de bronquiectásia e dois casos de abcesso pulmonar. Posto-que algumas das observações digam respeito a factos recentes, consequentemente com um decurso post-operatório curto, condição de um imperfeito estudo dos resultados terapêuticos conseguidos, os autores dizem :

A frenicectomia é uma operação relativamente benigna.

Os efeitos terapêuticos são por vezes de uma lenta progressão.

A rapidez com que a frenicectomia actua depende da ascensão diafragmática, condição quasi indispensável da sua eficácia.

Os resultados variam conforme a natureza e a extensão das lesões e nem sempre são felizes.

MORAIS DAVID.

---

O tratamento do «*ulcus rodens*» (epitelioma de células basais), com referência especial à sua recidiva. (*The treatment of rodent ulcer [basal cell epitheliom], with especial reference to recurrence*), por F. HERNAN-JOHNSON. — *Lancet*, 20 de Fevereiro de 1926.

O A., passando em revista o tratamento pelos raios X, pelo rádio, pela cauterização, conclui :

A radioterapia é o tratamento de eleição para o *ulcus rodens*. No caso de recidiva devem usar-se raios de comprimento de onda diferente dos primitivamente empregados. Se não se nota melhora manifesta ao fim de um mês de tratamento, deve proceder-se à *curettage* ou à ionização da superfície da lesão antes de uma nova série de tratamento pelos raios X. Se todos estes meios de tratamento falham ao fim de dois meses, a cauterização pela diatermia deve ser empregada. Este método deve as suas propriedades não só à destruição das células do cancro, mas também à reacção que provoca nos tecidos que o rodeiam. Quando se tratam prontamente as recidivas não é necessário recorrer ao tratamento cirúrgico. Se porém a recidiva tem já tomado grandes proporções, torna-se precisa a plastia cirúrgica.

MORAIS DAVID.



**Mil operações por úlcera gástrica, duodenal e jejunal.** (*One thousand operations for gastric, duodenal and jejunal ulcers*), por V. PAUCHET. — *Surg. Gynecol. and. Obst.*, Janeiro de 1926.

Em um total de mil operações, 367 de úlcera gástrica, 536 de úlcera duodenal, 58 de úlcera gástrica e duodenal e 39 de úlcera jejunal post-operatória, a mortalidade foi :

Gastro-enterostomia por úlcera duodenal, 1 caso.

Gastrectomia por úlcera duodenal, 2 casos.

Ressecção por úlcera gástrica da pequena curvatura, 2 casos.

Ressecção por úlcera pre-pilórica, 1 caso.

Até 1905 o A. limitava as intervenções à gastro-enterostomia com uma mortalidade de 8 %. Depois de 1910 fêz o A. 367 operações por úlcera gástrica, 20 operações de Balfour, 18 ressecções anelares e 327 gastro-pilorectomias. Os resultados finais das intervenções por úlcera gástrica, quando se pratica a extirpação da úlcera, parecem justificar o critério de que quanto mais ampla é a ressecção tanto melhores são os resultados obtidos.

Em 20 % dos casos pode admitir-se a transformação maligna da úlcera.

MORAIS DAVID.

**O tratamento da paralisia geral pelo impaludismo.** (*Malaria treatment of general paralysis of the insane*), por W. YORKE. — *The Lancet*, 27 de Fevereiro de 1926.

Na hora presente parece ser na terapêutica não específica e mais particularmente na inoculação do hematozoário de Laveran que temos o melhor tratamento para a paralisia geral. Só se emprega, ou melhor, só se deve empregar o *Plasmodium vivax*. As conclusões do A., citadas a-par das dos trabalhos de Wagner-Jauregg, mostram uma percentagem de remissões digna de apreço. São variáveis os resultados conseguidos consoante os casos clínicos, mas, regra geral, quanto mais recente é a doença, melhores são as modificações conseguidas. É forçoso uma determinada selecção nos casos a submeter a êste tratamento; importa fazê-lo apenas nos que, dotados de resistência orgânica suficiente, possam suportá-lo sem aqueles inconvenientes, por vezes fatais, que se deparam com frequência nas formas de doença antiga, com acentuadas perturbações somáticas.

Em doentes internados, que reze dizer, em doentes de paralisia geral quasi sempre inmelhoráveis, obteve o A. cerca de 23 % de remissões.

As reacções do *liquor* seguem de norma variações no mesmo sentido dos sinais clínicos, se bem que isto não seja uma regra infalível. Desaparecem primeiro as manifestações inflamatórias — linfocitose e aumento de globulinas — e só depois a reacção de Wassermann e do oiro coloidal.

O exame anátomo-patológico de cérebros de casos tratados revela uma ausência ou uma escassez do *Spirochaeta*, uma reduzida infiltração peri-vas-



cular e uma ligeira hiperplasia nevróglia. Nos casos em via de tratamento e mortos por qualquer intercorrência, encontra-se um agravamento proliferativo e inflamatório, agudo, dos processos histo-patológicos habituais.

MORAIS DAVID.

---

A propósito do tratamento do cancro mole pela vacina de Nicolle. (*A propos du traitement du chancre mou par le vaccin de Nicolle*), por LALDERICH, WEILL-SPIRE. — *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 18 de Dezembro de 1926.

Como conclusão da experiência que os autores fizeram d'este método de tratamento em 10 casos de cancro mole — 9 casos com bubões em via de supuração ou já supurados e 1 caso de cancro do braço consecutivo a auto-inoculação — faz-se neste artigo a apologia do método como sendo rápido e eficaz. Mesmo em casos com bubões em via de fusão e até em via de abrirem espontaneamente, o tratamento é profícuo e comparativamente mais rápido no seu efeito que muitos outros. Os AA. relatam a história clínica de 3 casos.

MORAIS DAVID.

---

Resultados dos ensaios de prevenção dos recém-nascidos contra a tuberculose pela vacina B C G — 1921 a 1926. (*Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B C G — 1921 a 1926*), por CALMETTE, GUERIN, NEGRE, BOQUET. — *La Presse Méd.*, 24 de Fevereiro de 1926.

Dos ensaios do método, seguidos durante mais de quatro anos, os AA. trazem agora mais uma nota elucidativa dos resultados a que chegaram e que são, em resumo:

1.º A imunidade contra a infecção e contra a reinfeção tuberculosa só pode obter-se pela impregnação prévia do organismo indemne com bacilos vivos.

2.º Para que os bacilos empregados nas vacinas sejam tolerados pelas células linfáticas e não originem lesões tuberculosas, é necessário que estes conservem as suas propriedades antigénias e os seus caracteres essenciais (toxicidade para os indivíduos tuberculosos, produção de tuberculinas, ácido-resistência), que sejam hereditariamente privados de toda a capacidade de produção de tubérculos e que não possam naturalmente recuperá-la mesmo com uma demorada permanência em contacto com os tecidos que os albergam.

3.º Pode produzir-se uma imunidade eficaz somente nos indivíduos indemnes de toda a infecção tuberculosa prévia.



4.º Esta imunidade pode ser obtida por inoculação ou — principalmente nos indivíduos muito novos — por via bucal e por meio de uma quantidade conveniente de culturas de uma estirpe bacilar não tuberculigénia, criada e estudada pelos AA. e designada pelo nome de B C G.

5.º Nos países em que a infecção é bastante frequente a única via de combate contra a tuberculose é a do emprêgo de vacina no recém-nascido, nos primeiros dias de vida, época em que o intestino é facilmente permeável aos micróbios.

Entre 1921 e 1922 nem uma das crianças submetidas ao tratamento succumbiu de doença suspeita de tuberculose. Durante o ano de 1925 a observação de 94 daquelas crianças mostrou um desenvolvimento normal e uma óptima saúde, posto-que 17 fôsem filhas de mães tuberculosas.

Entre o e 1 anos a mortalidade infantil (famílias contaminadas) orça por 25 % e pode ir até 80 %. De 1317 crianças vacinadas e particularmente vigiadas, 586 permaneceram de 6 a 18 meses em meios bacilíferos; 106 morreram e destas 96 por doença não tuberculosa e 11, seja 7 %, de doença presumidamente tuberculosa. Concluem assim :

Parece pois que se deva admitir que a prevenção da tuberculose do recém-nascido por meio da vacina B C G permite preservar pelo menos 93 % das crianças que sem ela succumbem fatalmente à tuberculose no 1.º ano de existência.

A prática de AA. estrangeiros é concordante com a dos próprios AA.

MORAIS DAVID.

**Os resultados tardios das ressecções gástricas no cancro do estômago.** (*Les resultats éloignés des résections gastriques dans le cancer de l'estomac*), por H. HARTMANN. — *La Presse Med.*, 27 de Fevereiro de 1926.

Para tirar conclusões a propósito da sobrevivência e dos resultados práticos da gastrectomia por neoplasia do estômago, o A. estuda 100 casos da sua clínica e operados na sua maior parte por êle próprio. A percentagem de casos felizes orça por 35 %, número comparável ao de outros autores. 46 casos poderam ser particularmente seguidos e conhecidas assim as condições em que sobreviveram e em que sobrevieram as recidivas.

Assim :

17	no	decurso	do	1.º	ano
18	»	»	»	2.º	ano
5	»	»	»	3.º	ano
6	»	»	»	4.º	ano

Depreende-se desta lista que cêrca de 90 % de recidivas decorrem nos dois anos que se seguem à operação e que depois dêste prazo as recidivas



são mais raras. As metástases dos gânglios pre e supra-pancreáticos, com compressão terminal das vias biliares e as metástases da cicatriz operatória, observadas com relativa freqüência, sugerem cuidados particulares de técnica operatória. Também pela observação anátomo-patológica de peças se deduzem indicações valiosas para o cirurgião. Assim, a extensão do tumor do lado do duodeno é rara em confronto da invasão gástrica e mais particularmente da região da pequena curvatura. A sub-mucosa está por vezes infiltrada de células metastáticas em zonas em que a mucosa se apresenta sem a mais pequena alteração. Há grupos ganglionares afectados com maior precocidade e são os da pequena e da grande curvatura do estômago e os pre e supra-pancreáticos. O A. diz por fim: «Do lado do aperfeiçoamento técnico poucas modificações terão a sofrer os resultados operatórios. O que importa sobretudo é que a intervenção seja praticada antes da neoplasia franquear a primeira barreira linfática. Neste particular nós estamos sob a dependência dos colegas médicos porque serão êles que, despistando mais cedo os neoplasmas gástricos, devem aconselhar aos doentes o tratamento cirúrgico na devida altura.»

MORAIS DAVID.

---

O uso de drogas nas afecções cardíacas. (*Use of drugs in heart disease*), por P. D. WHITE. Boston, *Med. & Surg. Jour.*, 13 de Agosto de 1925.

No número 8-9 desta Revista (Agosto-Setembro 1925) demos notícia da primeira parte do artigo de W. que tratava do uso da dedaleira.

A 2.<sup>a</sup> e última parte do artigo é dedicada à quinidina e do que nela se diz julgamos de vantagem informar os leitores da *Lisboa Médica*.

---

Ao contrário da *digitalis*, a quinidina é uma droga inteiramente nova na terapêutica cardíaca. Não restem dúvidas de que esta droga tem uma acção de alta utilidade, devendo caber-lhe um lugar imediato ao da dedaleira no tratamento das afecções cardíacas, se bem que a cada uma destas drogas pertençam indicações muito diferentes.

Poucos médicos recorrem à quinidina, principalmente porque ignoram os seus efeitos ou porque tem receio dêles.

Quando o seu uso começou a fazer-se nas clínicas da Europa, por fins da guerra mundial, em 1918, simplesmente se sabia que a quinidina era capaz de refazer o ritmo normal em alguns casos de fibrilação auricular (aritmia completa), com ou sem concomitante melhoria clínica. No comêço de 1921 foi introduzida nos Estados-Unidos e nos dois anos seguintes numerosos investigadores estudaram a sua acção e começaram a acumular-se as estatísticas; no meio delas apareciam alguns casos maus, uns de morte por embolia na mudança do ritmo anormal para o ritmo normal, outros com complicações sérias e algumas vezes fatais, de natureza tóxica.

A análise dêstes casos permitiu a descoberta das contra-indicações precisas para o emprêgo da droga.



Há duas indicações para o uso da quinidina:

1.<sup>a</sup>, a mais importante, a fibrilação auricular paroxística (pelo menos tão freqüente como a fibrilação auricular permanente).

2.<sup>a</sup> a fibrilação auricular permanente.

Nos paroxismos de fibrilação auricular os doentes são por vezes levados à completa incapacidade física e compreende-se assim quanto bem lhes poderemos fazer, facultando-lhes uma terapêutica que pode abolir totalmente ou pelo menos reduzir em freqüência e duração as crises de palpitação e fadiga.

A quinidina administra-se sob a forma de sulfato de quinidina, em comprimidos ou em cápsulas, na dose diária que vai desde 10 a 80 centgr. e em dose maciça ou fraccionada, por vezes com vantagem na altura do dia em que as crises costumam afligir o doente e numa dose média de 40 centgr. Esta dose diária pode ser mantida por meses e anos. Se após um ano de tratamento os paroxismos não diminuem e antes teem tendência a tornar-se mais freqüentes, pode ser conveniente deixar instalar-se uma fibrilação auricular permanente e intervir depois com a dedaleira.

Mesmo com doses pequenas de 40 centgr. por dia, podem aparecer sintomas tóxicos, sem importância, tais como diarreia e zumbido nos ouvidos; na maioria dos casos não se observam estes sintomas. Muito raramente existe para certos doentes uma tal sensibilidade que o medicamento não pode ser dado de maneira alguma (urticária, perturbações respiratórias) e é por isso prudente que ao iniciar o tratamento se ensaie a tolerância do doente com doses pequenas de 10 a 20 centgr. A *digitalis* e a quinidina podem empregar-se simultaneamente e com bons resultados.

Como foi dito, a 2.<sup>a</sup> indicação para o emprêgo do sulfato de quinidina, de menor freqüência, é um tipo especial de fibrilação auricular permanente, cêrca de  $\frac{1}{3}$  ou  $\frac{1}{4}$  da totalidade dos casos de fibrilação definitiva. Este tipo de fibrilação corresponde aos casos com menos de um ano de doença e preferentemente dentro dos seis primeiros meses de evolução, sem insuficiência cardíaca, passada ou presente e sem vícios orificiais sérios, tais como acentuada estenose mitral ou insuficiência aórtica. Nos casos de fibrilação auricular crónica, com insuficiência cardíaca e lesões valvulares marcadas, o regresso ao ritmo normal é mais difícil, as recaídas nas crises de fibrilação mais freqüentes e também mais prováveis a embolia e outros acidentes.

Nos casos adequados de fibrilação auricular permanente a droga deve ser dada da maneira seguinte:

Primeiro, dose de ensaio de 15 a 20 centgr.; no dia imediato começam-se doses mais fortes, de 40 centgr. cada, repetida cinco vezes a intervalos de horas (2 gr. por dia). A medicação prossegue-se durante uma semana a menos que o ritmo normal se estabeleça antes disto. Como regra, nos casos felizes, o ritmo normal aparece no 1.<sup>o</sup> ou 2.<sup>o</sup> dia. Se a primeira etapa de medicação falha, pode às vezes a uma 2.<sup>a</sup> ou 3.<sup>a</sup> tentativa obter-se o resultado em vista. Pode ser conveniente digitalizar o doente préviamente, se há uma taquicardia grande.

Assim como acontece para a *digitalis* no período de doses fortes, até alcançar a saturação do organismo, também com a quinidina é necessária uma particular vigilância sobre o doente, antes de fazer uma nova adminis-



tração do medicamento, não só para saber se o ritmo normal já se iniciou, mas também para excluir todo e qualquer sintoma tóxico (vômito, prostração ou taquicardia regular extrema). Existe muitas vezes, se não geralmente, um aumento de frequência nas contrações ventriculares nos casos de fibrilação submetido ao tratamento pela quinidina e precedendo a vinda do ritmo normal.

É prudente conservar os doentes na cama ou pelo menos em minuciosa observação enquanto duram as grandes doses de quinidina. Depois de restaurado o ritmo normal é conveniente continuar o tratamento, durante algumas semanas pelo menos, com doses diárias de 40 centigr., após o que pode ainda passar-se a um período de medicação intermitente.

O sulfato de quinidina tem também sido usado e recomendado no tratamento da *auricular flutter*, nas crises de taquicardia paroxística e nas extra-sístoles, com muito menos sucesso do que na fibrilação auricular.

MORAIS DAVID.

---

**Tratamento da sífilis pelo bismuto.** (*Bismuth therapy in syphilis*) — *Lancet*, 7 de Março de 1925.

Segundo Levaditi, o arsénio, o bismuto e o antimónio equivalem-se na sua acção farmacológica, acção esterilizante sobre certos protozoários. O bismuto, que sob a forma metálica e sob a forma de sal é inactivo *in vitro*, combinado a certos extractos orgânicos mostra-se nitidamente activo.

Os compostos de bismuto parece que passam no organismo ao estado elementar para depois se combinarem com a substância orgânica designada por bismugéneo e se tornarem activos, isto é, passarem ao que se chama bismoxil.

Entre os preparados solúveis, insolúveis e em suspensão do bismuto, são estes os de mais fácil manejo e que dão melhores resultados terapêuticos. Segundo Burke, o mercúrio no tratamento da sífilis torna-se dispensável. Êste mesmo autor compara os coeficientes de acção terapêutica do arsénio, do bismuto e do mercúrio respectivamente como 10, 8 e 3.

MORAIS DAVID.

---

**Sobre uma nevrose vegetativa na primeira infância.** (*Ueber eine vegetative Neurose im frühen Kindesalter*), por ELISABETH WEITBRECHT (Karlsruhe). — *Deutsche Mediz. Wochens.*, N.º 49, pág. 2027-2029. 1925.

As revistas estrangeiras continuam publicando séries de casos dêste síndrome a que nos referimos num dos últimos números do ano findo, sob o nome de acrodinia, de doença de Feer ou de Swift-Feer ou ainda de Pink-disease, e também de Erithroedema e Dermatopolinevrite. Convém sistemati-



zar quanto possível o quadro clínico e divulgá-lo. É o que a A. fez, apresentando um detalhe da observação clínica e fazendo uma revista dos casos descritos.

O começo da doença dá-se, quasi sem excepção, no inverno, em Dezembro ou Janeiro, quando aparecem os primeiros sintomas, muitas vezes seguidos a um resfriamento vulgar complicado por cistite, catarro da faringe, gripe ou tosse convulsa (como no caso da A.). Vários autores teem-na por uma sequela da gripe, outros por produzida por um agente especial. Os americanos ralacionaram-na com uma avitaminose, pela semelhança com a pelagra, mas tem sido observada em crianças bem alimentadas e em crianças de peito. Curioso é que só as crianças muito pequenas ainda parecem ser sensíveis à doença. A criança de mais idade que figura na lista dos casos tinha 7 anos. Os lactantes são também atingidos, como afirmou Feer, e como foi freqüente na Austrália e na América. O caso da A. era um lactante de 8 meses.

Sintomas prodrómicos: as crianças entram numa má disposição, tornam-se rabujentas com alternativas de apatia e de desassossêgo, dormem mal, acordando constantemente, o apetite quasi desaparece, o pêso estaciona, chegando às vezes a baixar consideravelmente. Os vômitos que podem sobrevir, não são típicos da doença, e a A. attribuiu os do seu caso à tosse convulsa.

O mais importante sintoma e que mais dá na vista é o aspecto de fadiga, a quietude e a sonolência das crianças. Não querem andar, nem estar sentadas, querem ficar na cama. Se as forçamos, dobram a cabeça sobre as pernas e assim se deixam ficar, encolhidas e quietas. Não há parestia muscular, os membros têm os seus movimentos activos, fogem quando tocados com um alfinete, mas são vagarosos e hesitantes. Foi observado um tremor fino, especialmente nos movimentos intencionais. Esta grave hipotonia permanece durante tôda a doença e pode aumentar tanto que leve à confusão com a miotonia congénita ou com uma distrofia muscular.

Muito precocemente instala-se uma ligeira constipação de nariz, e muito freqüentemente salivação e fotofobia.

Notáveis e característicos são os sintomas cutâneos. Forte sudação, que dura meses, sem ser dependente da temperatura exterior, da roupa ou da actividade da criança.

As alterações nas extremidades que deram nomes à doença (acrodinia, etc.) são muito acentuadas: estão vultuosas, as mãos húmidas e frias, de côr azul avermelhada, bem como os pés e a ponta do nariz. Feer insurge-se contra o nome de acrodinia, porque se não trata de dor, mas dum prurido muito forte. Como conseqüências da forte sudação, vêm alterações cutâneas, como uma espécie de exantema escarlatiniforme ou semelhante ao sarampo nas mãos e pés com maceração e descamação em lamelas. Podem aparecer uma furunculose e abcessos das glândulas sudoríparas (Feer) como também gangrena dos dedos das mãos e pés (Weber), queda do cabelo e das unhas e paroníquia.

O aparelho digestivo entra pouco no quadro, a maior parte das vezes apenas concorre com prisão de ventre, raramente com diarreia. A urina, fora a diminuição na quantidade, nada de notável apresenta.

Um tanto comprometido está o aparelho circulatório: taquicardia de



120-170 pulsações por minuto, que permanece durante o sono. Aumento de tensão. Coração normal. No sangue encontra-se freqüentemente leucocitose com relativa polinucleose, sem alteração na série rubra. Os órgãos respiratórios são atingidos secundariamente por bronquite ou broncopneumonia. O sistema nervoso está pouco alterado, o liquor normal, a inteligência íntegra, as reflexas são tidas por Feer como normais, embora os americanos afirmem um enfraquecimento até à desapareição da reflexa patelar.

Dificuldades de diagnóstico podem apenas dá-las certos sintomas: o exantema e a descamação, com a escarlatina; a quietude e o prurido com a polinevrite e a distrofia muscular lembrando paresias e parestesias; a pelagra pode ser excluída pela anamnese, a forte sudação pode lembrar a tuberculose, bem como a fadiga e a diminuição do pêso. O prognóstico é quasi sempre bom, mesmo quando a doença se prolonga por meses. Os casos mortais observados foram conseqüências de pneumonia ou de septicemia intercorrentes.

O tratamento ainda não exige nada de especial: alimentação reconfortante, legumes frescos, calmantes quando há grande desasossêgo ou grande prurido.

Feer observou bons resultados com a Atropina em altas doses (2 mg) e a A. notou no seu caso a desapareição da sudação. Aconselha a experiência com a Antitiroidina Möbius e com o sangue de mixedematoso pelo parentesco sintomático com a doença que descrevemos encontrado por Kellier num doente com hipertiroidismo.

MENEZES.

---

## Biblioteca da "Lisboa Médica,"

### *Obras recebidas:*

**Arquivo de Patologia**, publicado por F. GENTIL, ed. da 1.ª Clínica Cirúrgica — Hospital Escolar — Dezembro de 1925, Lisboa.

Destinado a arquivar e divulgar o material anátomo-patológico da 1.ª Clínica Cirúrgica, que o edita, sob a direcção do Prof. F. Gentil, não é um jornal médico de publicação periódica, não sai em data determinada e é colaborado pelos vinte clínicos que ali trabalham ou estão ligados a essa clínica pela sua orientação no estudo dos problemas da patologia.

Este 1.º número, saído em Dezembro de 1925, é de uma magnífica apresentação, abundante de gravuras elucidativas e de texto subscrito pelos melhores nomes científicos.

A longa lista de trabalhos anunciados em *hors-texte* garante já alguns números do novo «Arquivo». Que sucessivas séries de trabalhos permitam o conhecimento público do enorme material e recursos da 1.ª Clínica Cirúrgica é o desejo sincero da *Lisboa Médica*. — A. de M.



**Les médicaments cardiaques**, por L. CHEINISSE. — Masson et Cie, Editeurs. Paris, 1925 (14 fr.)

Poucos serão certamente os médicos portugueses que não tenham lido os trabalhos de Cheinisse em matéria de terapêutica.

Eram bem conhecidas e apreciadas as resenhas terapêuticas que habitualmente fazia na «Presse Médicale» e os seus volumes sobre «Nouveaux Remèdes».

Falecido há alguns meses, deixou reünidos e prontos a publicar os elementos do presente volume.

As drogas modernamente usadas nas doenças cardíacas, como por exemplo a quinidina e a ouabaína, são detalhadamente estudadas.

As velhas drogas estudam-se aproveitando os elementos que os mais modernos meios de exame funcional do coração permitem obter.

Dá preciosos ensinamentos sobre indicações e contra-indicações de cada droga, sua posologia, etc.

Os capítulos finais do livro consagra-os à opoterapia cardíaca e às injeções intra-cardíacas.

É um volume da maior utilidade para o prático.

**La Haute Fréquence en Oto-Rhino-Laringologie**, por LEROUX-ROBERT. Masson et Cie, Editeurs. Paris, 1915 (15 fr.)

Manual de 168 páginas em que o A. resumidamente expõe as aplicações médicas e cirúrgicas da alta frequência na oto-rino-laringologia. É um livro cuja leitura poderá aproveitar ao prático.

**Les variations du corps humain**, pelo Dr. L. DUBREUIL. — CHAMBARDEL. — Ernest Flammarion, Editeur — Paris, 1925 (10 fr.)

O ilustre anatómico de Tours dedica êste trabalho ao prof. Pires de Lima, da Faculdade de Medicina do Pôrto, a quem consagra na introdução as seguintes palavras, muito honrosas para nós, portugueses :

«Nous avons fait une large place aux recherches entreprises à la Faculté de Médecine de Porto, par le Pr. Pires de Lima. Ce distingué anatomiste a recueilli avec ses élèves un nombre considérable de faits curieux, tous observés dans les milieux portugais, et a apporté ainsi une contribution très importante à nos connaissances sur les variations. Il nous a paru nécessaire de signaler au public français ce grand effort scientifique accompli dans la jeune Université lusitanienne.»

No seu trabalho o A. procura marcar bem o interêsse prático que pode resultar do estudo das variações morfológicas do corpo humano. Indica as principais irregularidades morfológicas do corpo, que mais vulgarmente o médico encontra e faz ressaltar para algumas delas a sua importância em clínica.

O trabalho é documentado com 104 figuras e de uma leitura cheia de interêsse.

Damos a seguir os títulos dos 7 capítulos do presente livro :

- I. As variações gerais do corpo.
- II. As variações do tronco.



- III. As variações da cabeça.
- IV. As variações das mãos e dos pés.
- V. As variações dos membros.
- VI. As variações genitais.
- VII. As variações dos tegumentos.

**Alguns Aspectos da Higiene e da Assistência nos Países-Baixos**, por NICOLAU DE BETTENCOURT. (Separata do *Jornal da Soc. das Sc. Médicas de Lisboa*, tomo LXXXIX). Lisboa, Tip. da Empresa do Anuário Commercial, 1925.

Incumbido pela Direcção Geral de Saúde de representar o nosso país na missão que em Abril de 1924 visitou as instituições de higiene e assistência dos Países-Baixos, o A. dá-nos neste trabalho as impressões colhidas. Estas visitas de estudo promovidas pela Comissão de Higiene da Sociedade das Nações têm um triplíce objectivo, como o A. nos refere: «Tornar conhecidos em todos os seus pormenores os métodos e organizações supostas mais perfeitas; sujeitá-las à apreciação e à critica de profissionais educados em diversos meios universitários; criar enfim entre esses médicos relações de ordem scientifica dentro da especialidade a que se dedicam.»

Trabalho elaborado com uma clara intelligência, visando a fins práticos, escrito com desprezenciosa elegância.

Depois de nos referir a obra de higiene e de assistência nos Países-Baixos, obra que o A. classifica de monumental, estabelece um confronto com o que se passa entre nós. Êsse balanço do que entre nós existe, e o confronto com o que se passa lá fora, feito com tóda a verdade, é vergonhoso para nós. É necessário melhorar êsses serviços urgentemente. Aproveitando os sábios ensinamentos que o A. fornece na sua conferência, bem mais e melhor poderíamos ter dentro de algum tempo em matéria de higiene e assistência em Portugal.

**Contribuição para o estudo da patologia ocular de Moçambique** (1.º ano de consulta externa no Hospital de Lourenço Marques, 1921-22), por MANUEL MÁXIMO PRATES. (Sep. do *South African Journal of Science*, vol. XIX, p. 308-315, Dez. de 1922.

**Sistematização no tratamento do sesonismo**, por MANUEL MÁXIMO PRATES e ANTÓNIO BARRADAS. — (Sep. do n.º 4, fasc. III, da *Revista Médica de Angola*). — Lisboa, Centro Tipográfico Colonial. S. d.

**Um curioso caso de Helmintíase**, por MANUEL MÁXIMO PRATES e FRANCISCO DA SILVA PINTO. — (Separata do n.º 4, fasc. IV, da *Revista Médica de Angola*). — Lisboa, Tip. Adolfo de Mendonça, 1924.

Referem um caso de Helmintíase num cachorro de pouco mais de 1 mês. Apontam a sintomatologia clínica que na opinião dos AA. é susceptível de se reproduzir em crianças. Depois de apresentarem o diagnóstico parasitológico que os levou à conclusão de que se tratava de um *Dipilidium caninum*, fa-



zem considerações várias sôbre o tratamento e evolução da doença sob a influência de uma infecção inter-corrente.

**Febre de carraças não recorrente endêmica em Lourenço Marques,**  
por MANUEL MÁXIMO PRATES. — (Sep. do n.º 4, fasc. IV, da *Revista Médica de Angola*). — Lisboa, Tip. Adolfo de Mendonça, 1924.

O A. apresenta as seguintes conclusões: «Na parte sul da costa oriental da África é endêmica uma entidade mórbida bem individualizada, com a qual os novos colonos têm de contar: a febre remittente de carraças ou febre pústulo ganglionar de carraças, doença febril, aguda, cíclica, com lesões locais típicas e sintomas da infecção geral, produzida por um vírus possivelmente de natureza espirilar, transmitido por *Ixodinius* do género *Amblioma* e talvez do *Repicefalus* e do *Boofilus*, e clinicamente bastante diferente da febre recorrente e muito semelhante à febre fluvial do Japão».

**Contribuição para o estudo da parasitologia intestinal humana de Moçambique,** por MANUEL MÁXIMO PRATES. — (Sep. do n.º 4, fasc. IV, da *Revista Médica de Angola*) — Lisboa, Tip. de Adolfo de Mendonça, 1924.

**Ensaio sôbre a etiologia de abscessos quentes consecutivos às injeções de quinina,** por MANUEL MÁXIMO PRATES (Sep. do n.º 4, fasc. III, da *Revista Médica de Angola*). — Lisboa, Centro Tipográfico Colonial. S. d.

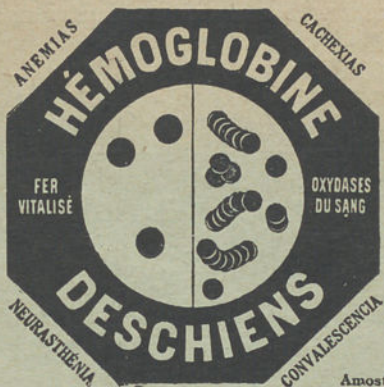
O A. conclui afirmando que grande parte dos abscessos consecutivos às injeções de quinina são devidos à insuficiente desinfecção na prática das injeções.

**Sur la mortalité par le Cancer en Espagne pendant les vingt premières années du siècle présent,** pelo Prof. Dr. J. GOYANES (trabalho do Instituto do Cancro Príncipe de Asturias), Madrid, Joseph Molina, 1925.

Interessante e desenvolvido trabalho estatístico sôbre a mortalidade pelo cancro em Espanha.

A autoridade do A., que dirige o Instituto Príncipe de Asturias, é sobejamente conhecida, e dá o maior valor ao trabalho.





## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræ do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

**Syndromas Anemicos e das Perdas Orgânicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>h</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

# ADRENALINA BYLA

SOLUÇÃO A 1/1.000

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

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

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



## Tratamento completo das doenças do fígado e dos syndromas derivativos

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia familiar, doenças dos paizes quentes, prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar  
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia  
ou 1 a 6 colhières de sobrezeza de SOLUÇÃO

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colhières em 160 gr.  
d'agua fervida  
quente.  
Creações: 1/4 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA

Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>, Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup> — LISBOA



# HIGIENE

## VIDRO PIREX

SUPOUTA A TRANSIÇÃO BRUSCA  
DO CALOR PARA O FRIO

Biberons.

Vidraria para culinária.

Seringas hipodérmicas.

Artigos de higiene (ventosas e cânulas).

Vidraria para laboratório.

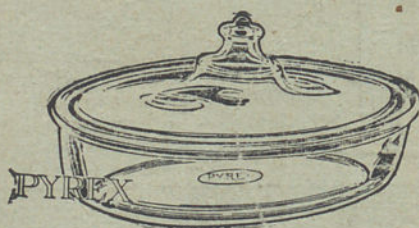
Com o biberon PIREX podeis:



Deitar o leite a ferver  
no biberon. Arrefecê-lo  
rápidamente, mergulhan-  
do-o em água fria sem re-  
ceio de o partir.

Esterilizar e lavar perfeitamente  
utilizando água a ferver

O biberon PIREX é prático e económico



Pedir catálogo e informações aos representantes:

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA  
RUA NOVA DO ALMADA — LISBOA

Sala

Est

Tab.

N.º