



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

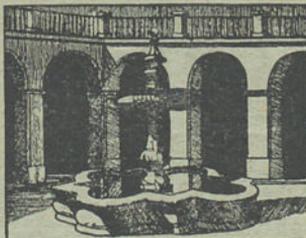
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETARIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, Morais David, Fernando Fonseca,
António de Menezes e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Pede-se litteratura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3. Boulevard St-Martin. Paris — 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 convalescenças

Pedir amostras e litteratura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B

Est. 9

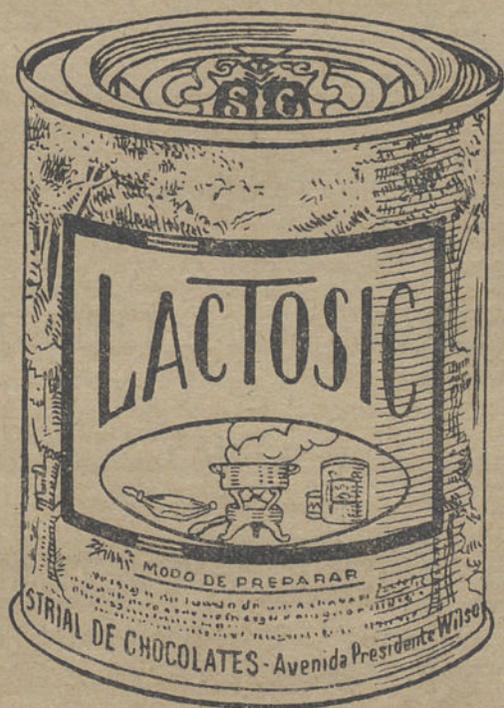
Tab. 1

N.^o 42

LISBOA MÉDICA

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 trans-
parentes.

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 FIGADO 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.^{MOS} CLÍNICOS

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

COLL TAYLOR, L.^{DA} — R. Douradores, 29, 1.^o — LISBOA

Agente no PORTO:

MANUEL P. SILVA, R. das Flores, 114

Agente em COIMBRA:

Centro Comercial de Drogas, R. Ferreira Borges, 34, 1.^o

TERMÓMETROS CLÍNICOS HICKS

OS MAIS APRECIADOS PELOS MÉDICOS

N.^o 2, prismático, Um minuto — N.^o 3, prismático, Meio minuto

Canetas de tinta permanente com termómetro, etc.

Tabelas de preços grátis. Representante geral:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores, 29, 1.^o — LISBOA — Telefone C. 1386



A luta contra

a Pneumonia

Por um lado o doente é obrigado a lutar contra os efeitos da pneumonia, por outro o médico é forçado a lutar para salvar o doente. Na pneumonia o ar respirado deve ser rico em oxigénio e comparativamente fresco; a superfície do corpo e sobretudo o torax, pelo contrário deve manter-se quente, porque um resfriamento poderia entrarav os fagocitos na sua luta contra os pneumococos. O efeito do frio sobre o torax faz dirigir o sangue da circulação superficial para o pulmão, já congestionado e engorgitado.

Antiphlogistine
TRADE MARK

Constitue não só a melhor maneira de aplicar o calor húmido, uniforme e continua, sem contar as vantagens das suas propriedades físicas (higroscopia, endosmose e exosmose), mas, além disso ela oferece ao pneumónico aquilo de que êle tem absoluta necessidade: O CONFORTO e o REPOUSO.

Enviem-se amostras e literatura grátis aos Ex.^{mos} 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.^ª**, L.^{da}, Cais do Sodré, 8, 1.^o — 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.^a — O metabolismo na diabetes. Patogenia dos sintomas essenciais.
- 2.^a e 3.^a — Patologia da acidose diabética.
- 4.^a — Patogenia da diabetes. A insulina.
- 5.^a e 6.^a — Terapêutica da diabetes.

A venda nas livrarias e na redacção da

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

Preço 16\$00

GÍNECINA

Extracto hormonal pluriglandular
à base de ovários, capsulas
suprarrenais, hipofises e tiroideas.



Este preparado de reputado crédito, evidenciado em milhares de casos, é o grande tónico contra o esgotamento nervoso da mulher.

De óptimo resultado em todos os casos de:

Irregularidades menstruais. Perturbações da menopausa. Neurastenia sexual. Histerismo. Acidentes consecutivos à ovariectomia. Nevroses cardíacas. Asma nervosa. Neurastenia geral.

Foi para obviar as perniciosas conseqüências derivadas da insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

que é isenta de princípios excitantes, tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovariana.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados tem merecido os mais rasgados elogios:

Extracto ovárico completo — *Indicações:* histerismo, idade critica accidentes consecutivos à ovariectomia. Vômitos ocasionados pela gravidez. — *Dose:* 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

Extracto ovárico anti-menorreico — *Indicações:* retenção ou desaparecimento da menstruação. Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — *Dose:* 1 comprimido por dia e aumentar sucessivamente até 3.

Extracto ovárico anti-menorreico N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto ovárico anti-menorreico não obtiver o resultado desejado, continue o tratamento com o **Extracto ovárico anti-menorreico n.º 2**. — *Dose:* 2 comprimidos por dia.

Extracto ovárico anticongestivo — *Indicações:* hemorragias uterinas. — *Dose:* 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer à **TIROIDINA Seixas-Palma**, em tubos de 75-80 comprimidos a 08,1.

Vicente Ribeiro & Carvalho da Fonseca, Limitada

RUA DA PRATA, 237, 1.º — LISBOA

CHINOSOL

Antiséptico, solúvel na água, de acção intensa e desinfectante de efeito antiparasitário poderosíssimo.

Este produto é hoje utilizado em toda a Alemanha, Inglaterra, América do Norte e muitos outros países, por toda a classe médica e também usado em todas as casas particulares por não ter os inconvenientes do sublimado corrosivo e de outros desinfectantes. Mereceu a honra de obter uma medalha de ouro na recente exposição de produtos farmacêuticos realizada por ocasião do Centenário das Escolas Médicas de Lisboa e Porto.

Utilizado no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

Depositários exclusivos: **RAÚL VIEIRA, Limitada**

Rua da Prata, 51 - LISBOA

Telefone **3586** Central



Verodigeno

PRINCÍPIO ACTIVO DE DIGITALIS

Administração bucal, rápida absorção

Indicado em todos os estados de:

Afecções cardíacas,
adinamia circulatória

Tubos com 12 e 25 comprimidos de 0,8 mgr. c/u.

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

Depositários gerais para todo o Portugal:

ALFREDO CAST & C.^A, Rua Aurea, 140, LISBOA

O tratamento da DIABETES pela INSULINA

conseguiu-se aperfeiçoar o seu fabrico e facilitar a sua aplicação

Consagrado o uso da Insulina no tratamento da diabetes, restava torná-lo acessível aos médicos em geral e introduzir-lhe os necessários melhoramentos.

Com esse objectivo uniram-se, construindo instalações especiais com os mais modernos requisitos as reputadas casas londrinas Allen & Hanburys, Ltd. e The British Drug Houses, Ltd., as quaes, mercê da sua longa prática industrial e dos imensos recursos de que dispõem tanto no campo das investigações químicas como fisiológicas, conseguiram aperfeiçoar a Insulina A. B. a tão elevado grau de pureza, que esta marca é inteiramente livre de efeitos tóxicos, contendo apenas cada unidade clínica cerca de 0,00006 gr. de hidrocloreto sólido de Insulina e sendo a sua esterilização feita nas mais estritas condições asépticas nos seus modernos laboratórios.

A Insulina A. B. a 1.^a fabricada e posta à disposição da classe médica na Inglaterra, é preparada de harmonia com o tipo fixado pela Comissão de Insulina da Universidade de Toronto e Conselho Britânico de Pesquisas médicas e adoptado pela Conferência Internacional de Padrões Biológicos sob a égide da Sociedade das Nações, sendo as últimas produções feitas segundo as mais recentes descobertas e experiências dos especialistas de todo o mundo durante 1925-1926.

Resolvida portanto, a questão da dificuldade na aplicação da Insulina, qualquer médico pode hoje em dia convenientemente fazer o tratamento da diabetes com a Insulina da marca A. B.

Em virtude da sua enorme venda em todo o mundo e das facilidades que instalações próprias proporcionam, a Insulina A. B. fornece-se aos Ex.^{mos} clínicos a preços especiais.

Para facilitar o uso deste produto, os fabricantes editaram um folheto interessante para os médicos, tratando dos seguintes assuntos:

O que é a Insulina A. B. — Como se emprega — Coma Diabético anúrico — Avaliação do açúcar do sangue — Variações do açúcar do sangue — Diferenciação dos casos — Tratamento de crianças — Esquema de refeições — Modelo de dieta para adultos — Dosagem e registo dietético — Efeitos da Insulina na diabetes — A Insulina em relação ao exercício — A Insulina em relação ao alimento — Na Hiperemesis Gravidarum — Reacção hipoglicémica A Insulina em relação às infecções — Edema após a Insulina — A Insulina na Tuberculose — A Insulina na gravidez — Casos cirúrgicos — Acidose não diabética — Notas terapêuticas — Processo simplificado de avaliar o açúcar das urinas.

Os representantes exclusivos em Portugal, Srs. Coll Taylor, L.^{da}, Rua dos Douradores, 29, 1.^o, Lisboa, Telefone Central **1386**, enviarão gratuitamente um exemplar aos médicos interessados na sua leitura.

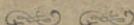
LISBOA MÉDICA

Discurso sobre
“A Arte de curar,,

escrito e recitado por

ANTÓNIO DE ALMEIDA

na Abertura das Aulas de Cirurgia em o ano de 1815



Reimpressão feita por ocasião do 1.º Centenário da

Régia Escola de Cirurgia
de Lisboa

*Tiragem especial de 110 exemplares
numerados e rubricados com capas especiais*

Preço 15\$00

PEDIDOS Á

“Lisboa Médica,,

LISBOA, MÉDICA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo

Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

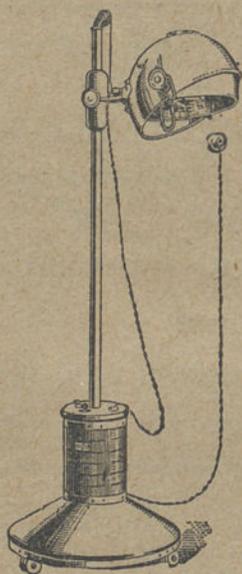
Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

Um novo método de tratamento

RAIOS ULTRAVIOLETAS



São produzidos de um modo ideal pela lâmpada de quartzo «Sol de altitude artificial» Original de Hanau». O seu emprego terapêutico conduziu a resultados tão brilhantes que, na Alemanha, surgiu em 1913 uma ciência inteiramente nova «*A terapêutica ultravioleta*» (Helioterapia artificial) e foram entregues a médicos e clínicos da Alemanha, dos Estados Unidos e de outros países para cima de 54.000 lâmpadas de quartzo «Original de Hanau».

O raquitismo cura-se em todos os períodos, e na sua profilaxia obtêm-se resultados seguros. A escrofulose, e tuberculose cirúrgica são influenciadas de maneira extremamente favorável.

A pressão sanguínea diminue, as trocas orgânicas aceleram-se.

Grandes resultados na dermatologia.

Outro tanto na cirurgia (tratamento de feridas).

Toda a operação, toda a mudança de penso devia ser terminada com uma irradiação com a lâmpada de quartzo «Sol de altitude artificial».

Resultados confirmados em 1200 publicações e numerosos tratados.

Sol de altitude Bach (lâmpada de suspensão simplificada) para corrente continua, 39,25 dolares.

Sol de altitude Bach (lâmpada de suspensão simplificada) para corrente alternativa, 92 dolares.

Sol de altitude Bach (lâmpada de suporte simplificado) para corrente continua, 45,25 dolares.

Sol de altitude Bach (lâmpada de suporte simplificado) para corrente alternativa, 98 dolares.

Peços sem embalagem em Hanau A/M. (Alemanha). — Peçam o nosso novo prospecto e as novas tabelas de peços. — Queiram indicar a qualidade da corrente electrica e a voltagem.

Endereço: **Quartzlampen Gesellschaft N. C. H., Hanau A/Main-Alemanha.** — N.º de correio **461.**

Representante para Portugal: **J. ROMA, L.^{DA}, (Engenheiros)**

Rua dos Fanqueiros, 334 — LISBOA



Arseno-ferratoze

Combinação orgânica de ARSÊNICO-FERRO-ALBUMINA

Elixir de gosto agradável.

Preparação ideal na medicação ferro-arsenical

INDICAÇÕES:

Neurastenia, Histeria, Epilepsia, Corea e outras moléstias nervosas

Anemia, Clorose, Convalescença das doenças inficiosas

Frascos originaes de cêrca 250 gramas

Literatura e amostras grátis aos Srs. Médicos

Representante Geral e depositário para Portugal:

ALFREDO CAST & C.^{IA} — LISBOA, RUA AUREA, 140

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE, L.^{DA}

Sucessora da

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

Única premiada com os maiores prémios 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

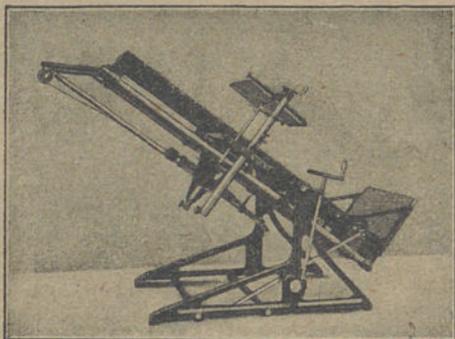
Endereço telegráfico: Higiene-PORTO — Telefone 665

Sucursal em Santarem — Farmácia e Drogeria Santos

Sucursal em Coimbra — Farmácia e Drogeria Rodrigues da Silva & C.^a — 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-Weiss 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.^{DA}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

A OBESIDADE e a esclerodermia
é combatida pela

LIPOSOLVINA

masculina Seixas-Palma

(composição: Extracto funcioaes orchitico, tiroideo, hypofisario).

LIPOSOLVINA

femenina Seixas-Palma

(composição: Extracto funcioaes 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.^{DA}
RUA DA PRATA, 237 — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

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

á dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITÁRIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L. da 45, R. Santa Justa, 2.^o

LISBOA

PHAGOLYSINE

TUBERCULINOTERAPIA POR VIA BUCAL

ENDOTINE em elixir do Prof. Gábrilovitch

Ex-médico director dos Sanatórios Imperiais da Halila (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.^a, L.^{DA} 45, 2.^o R. Santa Justa

LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (Franga)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

C¹⁵ H²⁶ O



Princípio activo da Essência de Sandalo
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Pycelonephrite.
Catarrho vesical.

KOLA ASTIER

GRANULADA

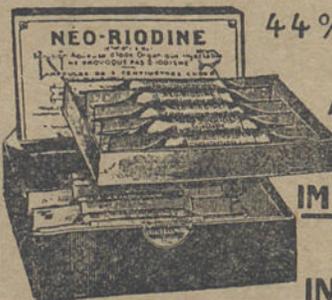


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE

C³ H⁶ O⁴ + I⁵ Na.

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 cm³, 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

(C¹⁸ H³³ O³)³ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C^{ia} Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>O tratamento da tuberculose pulmonar pela Sanocrisina</i> , por Pulido Valente e Fernando Fonseca	pág. 49
<i>Tratamento do côma diabetico</i> , por Ernesto Roma.....	» 59

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 87
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 102

2.^a Clinica Médica da F. M. de Lisboa

O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR PELA SANOCRISINA

POR

PULIDO VALENTE e FERNANDO FONSECA

Antes de abandonarmos a questão do tratamento da tuberculose pulmonar pela sanocrisina, que julgamos já hoje suficientemente esclarecida e definitivamente julgada, desejamos ainda publicar um curto artigo que complete aquele que nesta Revista inserimos no passado mês de Agosto. De facto, não puderam então ser publicadas as observações clínicas ainda não concluídas na sua totalidade, e necessário nos foi deixar suspensa a solução de alguns problemas posteriormente resolvidos conforme a nossa previsão e de forma cabal. Só por estes motivos voltamos hoje ao assunto.

Apresentamos 16 observações. Das longas histórias extraímos um resumo conciso. Maior desenvolvimento seria fastidioso e inútil. De resto a classificação de Bacmeister, que há muito adoptámos, permite esboçar com razoável nitidez a fisionomia clínica de cada caso, marcando em poucas palavras a natureza, o período evolutivo e a topografia das lesões. Não é esta a sua menor virtude.

OBSERVAÇÃO I—A. J. P., 34 anos. Baixa a 27-VI-1925. Alta a 31-VIII-1925. Primeiros sintomas há 11 anos. Teve já uma baixa neste serviço em Novembro de 1924, tendo tido alta em 31 de Março de 1925, apirético, pesando mais 4 quilos do que à entrada, sem expectoração e com menos tosse.

Tuberculose pulmonar progressiva, exsudativa, bilateral, total, aberta
Tuberculose laringea ulcerada. Temperaturas em volta de 38°.

Desde 1-VII a 3-VIII recebe as seguintes doses: 0^{gr},25 — 0^{gr},50 — 1 gr.
 — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} 5 a 7 dias de intervalo entre as injecções.

Como reacção imediata apresenta por vezes febre alta (40°,5), diarreia, albuminúria, cilindrúria granulosa, que cessam nos intervalos. Durante o período de tratamento perde 9 quilos. As temperaturas mantem-se e tem mais tosse, mais expectoração, mais suores e menos apetite. A expectoração é sempre positiva (alguns bacilos). A imagem radiográfica não mostra alterações notáveis.

Morre poucos dias depois da alta.

OBSERVAÇÃO II. — F. L., 17 anos. Baixa a 15-VI-1925. Alta a 17-VIII-1925.

Tuberculose pulmonar progressiva, exsudativa, aberta, bilateral, de todo o campo pulmonar, com caverna no lobo superior esquerdo. Temperaturas a 39°. Muitos bacilos.

De 8 Julho a 11 de Agosto recebe as seguintes doses 0^{gr},20 — 0^{gr},25 — 0^{gr},20 — 0^{gr},30 — 0^{gr},30. Mais tosse, mais expectoração, confluência dos sinais estetoscópicos. Albuminúria e hematuria. Expectoração sempre positiva. A radiografia parece mostrar maior confluência das manchas. Temperaturas a 39°. Ligeiro emmagrecimento.

OBSERVAÇÃO III. — J. M. F. 32 anos. Baixa a 30-IV-1925. Alta a 21-VII-1925.

Primeiros sintomas há 3 anos.

Tuberculose pulmonar progressiva, em «poussée» exsudativa, bilateral, aberta com caverna no lobo superior direito. Tuberculose laringea. Muitos bacilos. Temperaturas em volta de 39°.

De 7 de Maio a 24 de Junho faz as seguintes doses: 0^{gr},5 — 0^{gr},5 — 0^{gr},75 — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr}.

Durante o tratamento apresenta colite tóxica hemorrágica, albuminúria, cilindrúria granulosa, grande emmagrecimento, caquexia rapidamente progressiva. Os mesmos sinais torácicos e a mesma imagem radiológica. Expectoração sempre positiva. Temperatura, 38,5-39. Alta a 21 de Julho.

Morre no dia seguinte.

OBSERVAÇÃO IV. — V. H., 35 anos. Baixa a 14-IV-1925. Alta a 4-VII-1925.

Tuberculose pulmonar progressiva, fibrosa, em «poussée» exsudativa, bilateral, aberta, com cavidade no lobo superior esquerdo. Tuberculose laringea. Raros bacilos. Temperaturas em volta de 39°.

De 7 de Maio a 20 de Junho recebe as seguintes doses: 0^{gr},5 — 0^{gr},5 — 0^{gr},75 — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr}.

A temperatura eleva-se desde o início do tratamento e mantem-se à roda de 40°. O estado local agrava-se; há mais sinais estetoscópicos e maior opacidade e confluência das manchas radiográficas. O estado geral cai rapidamente com emmagrecimento, anemia, anorexia invencível, diarreia, vômitos, albuminúria. Expectoração sempre positiva.

Morre poucos dias depois da alta.

OBSERVAÇÃO V. — J. G., 19 anos. Baixa a 25 IV-1925. Alta a 15-VI-1925. Primeiros sintomas há dois anos.

Tuberculose pulmonar progressiva, nodular, aberta, bilateral, total, com cavernas em ambos os lobos superiores. Alguns bacilos. Temperaturas em volta de 39°.

De 6 de Maio a 24 de Junho recebe as seguintes doses: 0^{gr},25 — 0^{gr},20 — 0^{gr},50 — 0^{gr},50 — 0^{gr},50 — 0^{gr},75 — 1 gr.

Durante o tratamento, diarreia e hemoptises. Mantém-se a temperatura, e a expectoração é sempre positiva. Emmagrece e decai profundamente. Confluência dos sinais estetoscópicos. Muito mais dispneico. O exame radiológico confirma o agravamento.

OBSERVAÇÃO VI. — J. D., 29 anos. Baixa a 4-V-1925. Alta a 4-VIII-1925.

Primeiros sintomas há dois anos.

Tuberculose pulmonar estacionária, produtiva, aberta, bilateral, do pulmão direito e da parte média do esquerdo. Alguns bacilos. Temperatura à roda de 37°,5.

De Maio a 21 de Julho fêz as seguintes doses: 0^{gr},25 — 1^{gr},50 — 0^{gr},75 — 1 gr. — 1 gr.

Durante o tratamento elevação térmica, albuminúria, cilindrúria, diarreia. Uma recto-sigmoidoscopia mostra o intestino muito congestionado e em abundante secreção mucosa. Na ocasião da alta verifica-se o mesmo estado pulmonar que oferecia quando da baixa à enfermaria. Perdeu 4 quilos. Expectorção positiva, menos abundante. As mesmas temperaturas.

OBSERVAÇÃO VII. — M. I. B., 24 anos. Baixa a 28-V-1925. Alta a 18-VIII-1925.

Primeiros sintomas há 9 meses.

Tuberculose pulmonar estacionária, nodular, aberta, de todo o pulmão direito. Temperaturas em volta de 37°,5.

Desde 4 de Junho a 4 de Agosto recebe as seguintes doses: 0^{gr},25 — 0^{gr},50 — 0^{gr},75 — 1 gr. — 1 gr.

Durante o tratamento, estomatite, mais tosse. Expectorção sempre positiva. Os mesmos sinais estetoscópicos. A mesma imagem. Temperaturas nos últimos dias abaixo de 37. Aumentou 3 quilos.

OBSERVAÇÃO VIII. — A. R. G., 23 anos. Baixa a 6-VI-1925. Alta a 15-VIII-1925.

Tuberculose pulmonar estacionária, fibrosa, aberta, bilateral, com cavidade no lobo superior direito. Alguns bacilos. Temperaturas em volta de 38°.

De 15 de Julho a 10 de Agosto recebe as seguintes doses: 0^{gr},5 — 0^{gr},5 — 0^{gr},5 — 1 gr. — 1 gr.

Como reacção imediata às injeções, tem por vezes temperaturas a 39°,5, com vômitos. Durante o tratamento, diarreia, albuminúria, cilindrúria granulosa, hematúria. Sai com os mesmos sinais objectivos, a mesma radiografia, as temperaturas da entrada, alguns bacilos na expectoração que é menos abundante, o mesmo pêso.

OBSERVAÇÃO IX. — A. M., 20 anos. Baixa a 21-V-1925. Alta a 11-VIII-1925. Primeiros sintomas há 2 anos.

Tuberculose pulmonar estacionária, nodular, bilateral, aberta, de todo o pulmão direito e lobo inferior esquerdo. Alguns bacilos. Temperaturas a 37°,5. De 26 de Maio a 30 de Julho recebe as doses seguintes: 0,8^{gr},25 — 0,8^{gr},5 — 0,8^{gr},5 — 0,8^{gr},75 — 1 gr. — 1 gr.

Na ocasião das injeções, vômitos e reacções térmicas de 1°. Durante todo o período de tratamento, diarreia, exantema, albuminúria, várias hemoptises. Quando da alta, os mesmos sinais torácicos, a mesma radiografia, a mesma tosse e as mesmas temperaturas. Expectoração menos abundante. Alguns bacilos. Perdeu um quilo. Ligeira albuminúria.

OBSERVAÇÃO X — M. S. G., 39 anos. Baixa a 10-V-1925. Alta a 1-VI-1925. Primeiros sintomas há 8 anos.

Tuberculose pulmonar tendente à latência, fibrosa, aberta, bilateral, total, com grande cavidade no lobo superior direito. Tuberculose laringea. Raros bacilos. Temperatura normal.

De 7 de Maio a 25 de Junho: 0,8^{gr},2 — 0,8^{gr},5 — 0,8^{gr},75 — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr}.

Nenhuma reacção importante. Menos expectoração, menos tosse, menos fervores. Expectoração positiva. Lesões laringeas estacionárias. A mesma chapa. Temperatura normal como à entrada. Perdeu um quilo.

OBSERVAÇÃO XI — M. D. P., 12 anos. Baixa a 26-V-1925. Alta a 22-VIII-1925.

Tuberculose pulmonar estacionária, fibrosa, aberta, bilateral, com caverna no lobo superior esquerdo. Raros bacilos. Temperaturas a 38°.

De 27 de Junho a 11 de Agosto: 0,8^{gr},25 — 0,8^{gr},25 — 0,8^{gr},50 — 0,8^{gr},50 — 0,8^{gr},50 — 0,8^{gr},50 — 0,8^{gr},50 — 0,8^{gr},50.

Não há reacções. Saiu ligeiramente emmagrecido, apirético havia já um mês, com muito menos tosse e expectoração e os mesmos sinais estetoscópicos. Expectoração positiva (raros bacilos). Vem à consulta 6 meses mais tarde (Fevereiro do corrente ano) muito piorado. Emmagrecido, febril, mais tosse e expectoração.

OBSERVAÇÃO XII — R. R. S., 40 anos. Baixa a 13 de Julho de 1925. Alta a 23 de Novembro de 1925.

Tuberculose pulmonar estacionária fibrosa, bilateral, aberta, do lobo superior direito e vértice esquerdo. Poucos bacilos. Temperaturas a 37,4 (máximo).

De 18 de Julho a 15 de Setembro recebe as seguintes doses: 0,8^{gr},5 — 0,8^{gr},5 — 0,8^{gr},75 — 1^{gr} — 0,8^{gr},5.

Ligeiras reacções térmicas às injeções. Tem alta pesando mais 6 1/2 quilos do que à entrada, com os mesmos sinais estetoscópicos e radiográficos. Poucos bacilos, as mesmas temperaturas e bastante menos expectoração, que está reduzida a 5 cc. diários, tendo sido à entrada de 25 cc. a 30 cc.

Schering

INSULINA

INSULINA-SCHERING:

é apresentada num frasco e em estado sólido para CÔMODA preparação das soluções na ocasião.

INSULINA-SCHERING:

é conservável indefinidamente antes da sua dissolução e depois de dissolvida conserva-se activa e eficaz durante cerca de três meses.

INSULINA-SCHERING:

vende-se ao melhor preço do país nas principais farmácias.

Chemische Fabrik auf Actien

(VORM. E. SCHERING.)

BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

J. BURMEISTER, LISBOA, Rua Almeida Brandão, 11

TRÉPOSAN

(Sucinato de BISMUTO em SUSPENSÃO OLEOSA)

.... Empolas de 3 centímetros cúbicos doseadas à razão de 10
.... centigramas de produto activo por centímetro cúbico

.... **SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA**

Sífilis nervosa. — Heredo sífilis. — Tabes. — Paralisia geral

.... Comunicação ao Congresso de Dermatologia de Paris (8 de Junho de 1922)

.... Tese do Dr. BERTHET (Faculdade de Medicina de Paris) 8 de Julho de 1922

TRÉPOSITOIRES (Supositórios com
base de TRÉPOSAN)

.... Amostras gratuitas à disposição dos Ex.^{mos} Médicos

.... LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN de PARIS

A. VINCENT, L.^{DA} — R. Ivens, 56 — Lisboa

.... Concessionários para Portugal e Colónias

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60⁰⁰⁰

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80⁰⁰⁰

NÚMERO AVULSO : 8⁰⁰⁰ 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.

OBSERVAÇÃO XIII — J. P. A. A., 19 anos. Baixa a 20-VI-1925. Alta a 2-IX-1925. Primeiros sintomas há 2 anos.

Tuberculose pulmonar com tendência à latência, nodular, aberta, bilateral, com cavidade no lobo superior direito. Muitos bacilos. Temperaturas em volta de 37°.

De 1 de Junho a 31 de Agosto: 0,8^{gr}25 — 0,8^{gr}5 — 0,8^{gr}75 — 0,8^{gr}75 — 0,8^{gr}75
1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr} — 1^{gr}.

Não fêz reacções dignas de nota. Á saída tem menos fervores, menos expectoração, não tem febre. Aumentou 2 quilos. *Expectoração negativa.* Não há modificação notável da chapa.

OBSERVAÇÃO XIV — A. C. C., 40 anos. Baixa a 15-V-1925. Alta a 6-VI-1925. Primeiros sintomas há 4 anos.

Tuberculose pulmonar estacionária, cirrótica, aberta, bilateral, com predominio das lesões nos dois terços superiores do pulmão direito. Alguns bacilos. Temperaturas em volta de 38°.

De 19 de Maio a 1 de Julho: 0,8^{gr}25 — 0,8^{gr}50 — 0,8^{gr}50 — 0,8^{gr}75 — 1^{gr} — 1^{gr}.

Alta a seu pedido. Perdeu 1 quilo. A mesma temperatura. A mesma chapa. *Expectoração negativa.*

OBSERVAÇÃO XV — C. de J., de 20 anos. Baixa a 3-IV-1925. Alta a 8-VIII-1925.

Tuberculose pulmonar tendente à latência produtiva, aberta, do terço superior do pulmão direito. Muitos bacilos. Temperaturas em volta de 37°,5.

7/V — 0,8^{gr}25 (sem reacção); 12/V — 0,8^{gr}5 (sem reacção); 19/V — 0,8^{gr}75 (cefaleias, dôres lombares); 26/V — 1 gr. (cefaleias). No dia seguinte aparece exantema generalizado, edema da pele, prurido, icterícia. Não houve reacção térmica. Albuminúria. Passa os últimos dias de Maio e todo o mês de Julho em tratamento da intoxicação metálica. No princípio de Julho, curado, recomeça o tratamento pela sanocrisina. 1/VII — 1 gr. (reacção térmica a 39°, que é a primeira reacção febril, arrepios, cefaleia, nova *poussée* de exantema menos intensa); 7/VII — 1 gr. (nova *poussée* de exantema, temperatura a 38°); 13/VII; 1 gr. (Exantema. Reacção térmica a 39°); 24/VII — 1 gr. — (38°,5. Lígeiro prurido e exantema).

Os sinais estetoscópicos não sofreram grandes modificações. Não tosse, nem expectora. *Expectoração negativa durante o último mês de hospitalização.* A imagem radiográfica é mais limpa do que as da entrada. Houve reabsorção de exsudados. Perdeu 6 quilos.

OBSERVAÇÃO XVI — E. G. B., 27 anos. Baixa em 5-IV-1925. Alta a 16-VI-1925.

Tuberculose pulmonar, progressiva, nodular, aberta, do lobo superior direito. Icterícia catarral. Temperaturas a 39°. Alguns bacilos.

As temperaturas vão caindo desde a entrada, os fervores diminuem, e uma radiografia feita um mês depois mostra já considerável diferença para melhor em relação à imagem obtida na ocasião da baixa. As temperaturas mantem-se durante a primeira semana de Maio pouco acima de 38°. Curada da icterícia. Começa-se então o tratamento pela sanocrisina, que é aplicada

nas seguintes doses, de 5 de Maio a 10 de Junho: 0,8^{gr}25—0,8^{gr}50—0,8^{gr}75—1 gr.—1 gr. Os sinais estetoscópicos vão sempre melhorando. Apirética durante o ultimo mês de hospitalização. *Expectoração negativa*. A radiografia mostra os progressos do processo de reabsorção e cicatrização, que evolucionava já antes de se iniciar o tratamento pela sanocrisina. Aumentou 6 quilos. Tem alta a seu pedido para continuar o tratamento no sanatório onde está internado o marido.

As observações de doentes tuberculosos faremos seguir esta outra.

OBSERVAÇÃO XVII — A. R. P., 30 anos. Baixa a 10-III-1925. Alta a 31-VIII-1925.

Paralisia geral. As observações clínica e radiológica não revelam lesões tuberculosas.

Nos dias 18, 21, 26 e 31 de Julho recebe 0,8^{gr}25 — 0,8^{gr},50 — 1 gr. — 1,8^{gr}25 de sanocrisina.

As primeiras três injeções não despertam reacção. A seguir à quarta, com febre alta e cefaleias, instala-se o quadro da intoxicação sanocrisínica. Exantema, grande estomatite, diarreia (benzidina positiva a 3 0/0), cilindrúria hialina e granulosa, albuminúria (0,5 0/0, a mais intensa que observámos nos doentes injectados com o medicamento). Perdeu 2 quilos. Na ocasião da alta todos os sintomas tóxicos tinham desaparecido.

Resumindo: Morte dos doentes das obs. I, III e IV. Agravamento nos doentes das obs. II e V. Estacionamento nos doentes das obs. VI, VII, VIII, IX e X.

Melhoraram os doentes das obs. XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI. Dêstes, o doente da obs. XI apareceu na consulta seis meses depois piorado.

A expectoração, que era positiva no começo do tratamento em todos os doentes, tornou-se negativa nos doentes das obs. XIII, XIV, XV, XVI.

A doente da obs. XVI começara já a melhorar e a radiografia a modificar-se quando se iniciou o tratamento. Se excluirmos este caso da série, diremos que no decurso do tratamento melhoraram 5 dos 16 doentes tratados incluindo aquele em que sobreveio agravamento passados poucos meses.

A percentagem dos melhorados é, pois, aproximadamente 30 p. 100, e está à altura das percentagens vulgares de melhoras nos tuberculosos pulmonares hospitalizados e tratados por qualquer processo. Notemos que os casos em que as melhoras foram obser-

vadas são justamente aqueles que estamos habituados a ver melhorar: tuberculosos produtivos de tipo fibroso que arrastam uma longa vida na evolução espontânea e alternante de *poussées* progressivas e de largos períodos de latência. Durante as experiências terapêuticas com a sanocrisina, tivemos muitas vezes entre mãos tuberculosos pulmonares do mesmo tipo que, tratadas pelos métodos correntes, melhoraram tanto e tão de-prêssa como os doentes em que experimentávamos o tratamento novo. Os resultados radiográficos que observámos em alguns dos nossos tratados pela sanocrisina não foram também mais impressionantes do que os dos outros doentes. Diremos mais: desde que a atenção nos foi particularmente chamada para êste ponto, temos colleccionado chapas de tuberculosos tratados pela velha terapêutica em que a reabsorpção de exsudados e a limitação das lesões atingem um grau que ainda não verificámos nas imagens atribuídas a efeitos de medicamento. Puro acaso, de-certo, visto que nada se opõe a que o processo de reparação, que é o mesmo, atinja igual desenvolvimento nos doentes da sanocrisina.

Assim, das nossas observações não podemos concluir um único argumento sério que sugira (e já não dizemos prove) uma acção benéfica da droga. Em compensação a demonstração dos seus efeitos tóxicos é perfeita. Albuminúria, cilindrúria, hematuria, vômito, diarreia e hemorragia intestinal, estomatite, exantema, febre, cefaleia, anorexia, anemia, perda de pêso, etc. — o quadro é completo. Na maioria dos casos a intoxicação foi curável, e rapidamente curável. Mas noutros pudemos segui-la até ao final. Alguns dos doentes, durante as últimas semanas de vida, exhibiram no quadro clássico da consumpção tuberculosa uma nota original e inequívoca de *caquexia metálica*.

A nossa série não é, todavia, das piores. A estatística da clínica pediátrica da Universidade de Berlim por exemplo, publicada em Janeiro último pelo seu director o professor Czerny é como segue: Crianças tratadas, doze. Melhoradas, nenhuma. Mortas, onze. Em cinco destas mortes Czerny julga estabelecida a responsabilidade da sanocrisina.

Sabe-se que a terapêutica da tuberculose humana pela sanocrisina foi lançada como corolário de uma série de experiências dizendo respeito à acção do medicamento sobre a bactéria e o

desenvolvimento cultural e aos seus efeitos na tuberculose experimental. No artigo de Agosto notámos que as experiências *in vitro*, dado que fôsem correctas, não permitiriam conclusões sobre a acção terapêutica; mas afirmámos também que os resultados experimentais deviam ser corrigidos. De facto, conforme pudemos verificar, contrariamente às afirmações de Mollgaard, a sanocrisina, mesmo nas concentrações de 1,30/00 e 0,60/00 apontadas como óptimas, não destrói a ácido-resistência; e no caldo glicerinado a bactéria desenvolve-se perfeitamente a 1. p. 1000. A membrana cultural ennegrece em alguns tubos, mas o desenvolvimento prossegue e, como observámos repetidas vezes, mesmo nestas membranas culturais ennegrecidas pelo Au. reduzido, a bactéria não está impregnada.

Antes e depois do nosso artigo vários observadores chegaram a resultados semelhantes. O bacilo em algumas experiências desenvolve-se bem a 1. p. 100 e mesmo a 1. p. 40. e ainda ultimamente Calmette e os seus colaboradores concluíam que a sanocrisina é pouco tóxica *in vitro*.

Perante estas experiências contraditórias das suas próprias, Mollgaard parece ter feito de bom grado o sacrifício da opinião expressa no seu livro. Escreve hoje que as experiências *in vitro* nenhuma importância tem para a previsão da acção terapêutica, que a droga pode ser pouco activa nas culturas e activíssima no tuberculoso e esta é, sem dúvida, a boa doutrina.

Fica então unicamente de pé a parte das experiências referente à acção sobre o animal infectado. Nesta acção, independentemente do efeito terapêutico, há já, para o autor, um elemento de prova da eficácia medicamentosa nos fenómenos reaccionais que interpreta como choque tuberculínico e cura com um soro pretensamente específico. Sobre este ponto nada temos a acrescentar ao que escrevemos em Agosto. As observações posteriores, clínicas e laboratoriais, de carácter verdadeiramente científico (basta-nos citar entre as primeiras as do prof. Klemperer e entre as segundas as do prof. Neufeld) são terminantes. Os efeitos reaccionais são puramente de intoxicação pelo metal pesado e o soro não tem especificidade.

Resta-nos considerar a parte das experiências *in vivo* que se refere à acção curativa. Tínhamos escrito em Agosto:

«Na verdade penso que estes factos, a confirmarem-se, pode-

riam ter interêsse teórico e possivelmente futuro prático. Mas não nos iludamos sôbre a extensão das conclusões que dêles poderiam tirar-se em relação à tuberculose da nossa espécie. V. bem vê que o caso de um animal inoculado por via endo-venosa e tratado nove dias depois pela mesma via realiza um modelo patológico e terapêutico inadapável à tuberculose terciária do adulto humano. Porém estes factos experimentais têm sido impugnados, impugnado o método, impugnadas as conclusões, e eu creio que saberemos de-certo o que deve pensar-se a êste respeito quando podermos lêr os relatórios das comissões oficiais que na Europa e na América estão há meses repetindo as experiências.»

Já então os resultados da comissão americana contradiziam formalmente os de Mollgaard, mas quisemos esperar a conclusão das experiências da comissão oficial alemã entregues, na parte laboratorial, à alta competência do prof. Neufeld, director do *Instituto Robert Koch* o qual, em Março de 1925, nos dizia que não pronunciaria a sentença emquanto as experiências não estivessem concluídas. As experiências concluíram. Contradizem, como as da comissão americana, os protocolos de Mollgaard.

Há, em primeiro lugar, um grave êrro de método. As culturas de Mollgaard têm uma virulência mínima. Neufeld escreve textualmente: «O que choca logo qualquer conhecedor da tuberculose experimental é a virulência *extraordinariamente fraca* das culturas de bacilo bovino usadas por Mollgaard.»

Para que os leitores da *Lisboa Médica* que têm seguido a questão possam fazer uma idea da importância dêste êrro, julgamos suficiente dizer-lhes que as culturas empregadas no *Instituto Koch* para trabalhos de tuberculose experimental matam o animal em 3 semanas na dose de 0,^{gr}0005, e que igual resultado se não obtém seguramente com as culturas empregadas por Mollgaard mesmo inoculadas na dose de 0,^{gr}1, *duzentas vezes maior*.

Empregando nas experiências outras culturas, se bem que de moderada virulência, Neufeld, Lange e Feldt não puderam confirmar os resultados de Mollgaard. Neufeld conclui dizendo-se convencido de que, se a cultura empregada fôr bastante virulenta, a sanocrisina não só não curará os animais, mas intoxicá-los há. De resto, isto mesmo se verifica numa das séries de experiências.

Emquanto as testemunhas tuberculizadas e não tratadas se curaram, as 3 vitelas tratadas com sanocrisina morreram tôdas.

Não terminaremos êste artigo sem fazer uma ligeira referênciã a algumas experiênciãs do dinamarquês Oluf Bang. O Coelho tolera bem altas doses de sanocrisina. Bang injecta primeiro o medicamento e, quando êle impregna já o organismo, faz a inoculação, submetendo a seguir o animal a um tratamento intensivo. Pois bem, a-pesar-de inocular doses mínimas, a-pesar-de as condições serem as óptimas para actuação da droga — todos os animais submetidos à experiênciã morreram de tuberculose.

¿ Que responde Mollgaard a estes factos? Citamos da *Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung* o final da sua resposta a Bang: «A real eficácia do medicamento na medicina humana só pode ser estabelecida pela clínica.»

Nunca um tratamento nascido sob os auspícios da terapêutica experimental descambou tão rapidamente no mais trivial empirismo.

Março, 1926.

TRATAMENTO DO CÔMA DIABÉTICO

POR

ERNESTO ROMA

(Chefe de clínica)

A forma simplista desta conferência furtando-se aos moldes didáticos usuais e às citações eruditas, foi assim escolhida para tornar impressiva aos colegas que de todos os pontos do país acorreram a Lisboa, a quando das festas do Centenário da Régia Escola de Cirurgia, esta ideia que o caso clínico escolhido firmava duma maneira clara: a Insulina é o tratamento heróico do côma diabético, devemos empregá-la confiantemente, sem receio das doses elevadas e sem desesperar do successo do seu emprego oportuno, perseverante e rápido.

No dia 22 de Dezembro p. p., fui chamado com a maior urgência para acudir a um doente que me diziam estar muito mal e já não dar acôrdo de si. Logo que entréi em sua casa, impressionou-me o fortíssimo cheiro a acetona e, introduzido apressadamente no seu quarto, reconheci que o doente estava em côma. Hálito acetónico, pele sêca, lábios crestados, extremidades frias e ligeiramente cianosadas, hipotensão dos globos oculares, pulso a 100 delgado e hipotenso; tons cardíacos ensurdecidos, inspirações profundas e ruidosas características da dispneia de Kussmal. Então dois colegas amigos do doente informaram-me que êste ainda no dia anterior tinha falado em mim, mostrando-se resolvido a consultar-me logo que estivesse melhor da gripe, que nos últimos dias não o deixava sair de casa. Dizia que tinha quási a

certeza de que não poderia passar sem a Insulina e só em último recurso desejava sujeitar-se a tal tratamento. Naquele dia, pela uma hora da tarde, como se sentisse muito apouquetado com dores nos membros inferiores, de que já há tempo se vinha queixando, fêz uma injeção de Sedol (1) e, passado algum tempo, talvez pouco mais de uma hora, caiu em cômá.

Os colegas presentes tinham-me já procurado e quando regresavam aflitos sem me ter encontrado, viram perto o automóvel do nosso colega Aníbal Castro, a quem pediram auxílio, o que fêz prontamente, tendo-se retirado ainda não havia um quarto de hora depois de lhe ter injectado 20 Unidades de Insulina. Que nenhum colega o tinha visto nestes últimos dias, que não queria consultas. Vivia isolado, fez-se um misantropo, sempre irritado com todos e com tudo, e tendo sido afável e comunicativo, fugia agora do convívio dos amigos, não aceitava conselhos e evitava que lhe falassem da doença. A criada informava que nos últimos dias quasi se não tinha alimentado porque o pouco leite bebido tinha sido quasi sempre vomitado.

Tem 42 anos. Tinha-lhe eu sido apresentado por um amigo comum, havia já alguns anos; ultimamente não o tinha encontrado e ignorava que fôsse diabético. Acheio-o extraordinariamente emmagrecido; estava há 6 horas mergulhado em cômá profundo e a-pesar da injeção de 20 Unidades de Insulina, o estado mantinha-se o mesmo. Quarenta minutos depois da primeira injeção, fiz-lhe outra, também sub-cutânea de mais 20 Unidades, e como não tinha à mão nem laranjas nem glicose, comecei a dar-lhe, às colhéres de sopa, água açucarada, o que só se conseguiu com enorme dificuldade. Uma hora depois da segunda injeção já o doente tinha ingerido 60 gr. de sacarose. Não havia alteração dos sintomas que traduzisse qualquer melhora e fiz-lhe então terceira injeção, mas intravenosa e de 30 Unidades. Pelas 8 horas e meia da noite, isto é, 2 horas e meia depois da primeira injeção

(1) Sedol: especialidade da casa Buisson (Paris)

Brometo de escopolamina.....	0gr,0002 por c. c.
Cloreto de morfina	0gr,006 »
Sulfato de esparteína.....	0gr,02 »

LISBOA MÉDICA

DRYCO

(LEITE EM PÓ)

Um leite de superior qualidade para a amamentação artificial



O DRYCO foi o único leite que o jury da Exposição Internacional do Centenário de Pasteur considerou digno de receber o Grand Prix e a Medalha de Ouro.

Preparado por

THE DRY MILK COMPANY, 15 PARK ROW, NEW YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Produção de Produtos de Leite Puro)

Para amostras e literaturas dirigir-se aos

Depositários para Portugal e Colónias: **Gimenez-Salinas & C.^{ia}**

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o—LISBOA

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrroses, 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°)

“
eregumil
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 afecções intestinais.— Especial para
 crianças, velhos, convalescentes e doentes
 do estomago
 Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo
 FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^o— MÁLAGA
 Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.^o
 Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
 LISBOA
 ”

Medizinische Uebersetzungen.

Wir suchen zur garantiert fachgerechten Uebersetzung medizinischer Literatur vom Deutschen ins Portugiesische Verbindung mit port. Aerzten. Anzugeben ist medicin. Spezial Fach, Honoraranspruch per 1000 Worte.

Internationales Uebersetzungs Institut G. m. b. H.
 München/Alemania

e 6 horas e meia depois do doente ter caído em cômá, começou a despertar. Tinha-lhe feito ingerir perto de um litro de água e estava já aquecido devido a botijas de que o fiz rodear e às compressas aplicadas sôbre a região precordial. O pulso estava mais cheio a 118 e a modificação verdadeiramente notável era na respiração, que parecia já normal.

É muito notável a acção da Insulina sôbre a dispneia diabética e o prof. Joslin considera-a miraculosa e julga-a até independente das modificações químicas do sangue.

Concordante é a opinião do prof. Macleod quando afirma que a actividade da Insulina se exerce mais nos tecidos que no sangue. Nas condições em que se trabalha na clínica domiciliária não me foi possível colhêr dados laboratoriais para a tal respeito dizer como as coisas se passaram no nosso doente. Quando, pelas 9 horas e 30 minutos da noite, lhe fiz nova visita, o doente já tinha falado com os amigos que o cercavam.

Dizia que nada sentia e fixava-os muito demoradamente, trazendo na sua expressão o maior espanto. O pulso estava então a 120 e tinha já melhorado em tôdas as suas características. O seu aspecto contrastava completamente com o da primeira observação.

Facies vultuoso, a pele e as mucosas húmidas e estava a 38,05. O pulso não me agradava, inconstante na freqüência e na tensão, e por isso injectei 40 centigramas de cafeína. Pela meia noite voltou a estar um pouco sonolento, indiferente ao que o rodeava. Já tinha conseguido fazer-lhe ingerir 200 gr. de sumo de laranja e 40 gr. de sacarose. Fiz-lhe então quarta injeccção de Insulina, intravenosa como a anterior, mas só de 20 Unidades, tendo-lhe injectado a seguir, também na veia, 12 gr. de glicose num soluto hipertónico.

Pelas 2 horas e meia da madrugada o doente teve a primeira micção 635 c.c. 1020, ac, com vestígios muito acentuados de serina, acetona e ácido diacético e o doseamento da glicose deu 17 gr. e meio por litro. Segundo me informaram, o doente tinha urinado pouco antes de cair em cômá. No sedimento desta urina havia hematias e grande quantidade de cilindros hialinos e granulados, como acontece sempre nestes estados, atestando a irritação renal provocada pela eliminação dos corpos cetónicos.

Pela noite adiante continuámos a fazer-lhe ingerir sumo de

laranja e alguma água. Um dos sintomas mais importantes a combater nestes doentes é a grande desidratação que apresentam. Esgotam todos os seus líquidos para se defenderem eliminando pela urina os corpos cetónicos e a glicose. Próximo do côma o doente já nem sequer sente sede, não bebe, e os vômitos que quasi sempre o precedem ainda ajudam o esgotamento dos seus líquidos. A polipneia também actua no mesmo sentido. A falta de terapêutica apropriada que se oponha a esta desidratação é muitas vezes, afirma Foster, responsável pelo insucesso do caso.

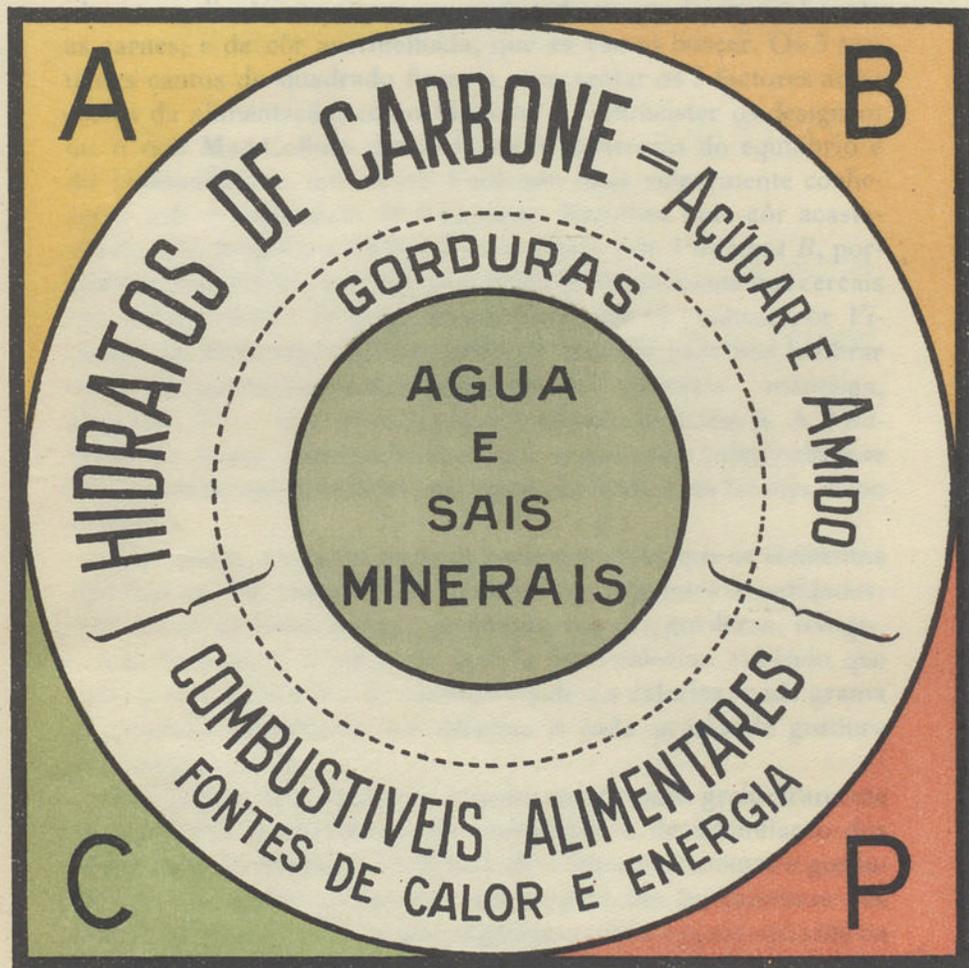
Este clínico obriga os seus doentes a beber abundantemente e, quando não seja possível, injecta-lhes sôro fisiológico pela via hipodérmica, intravenosa ou mesmo intraperitonial. O clister gota-a-gota não o considera muito prático. Sem água para assegurar uma boa diurese não é possível remover os corpos cetónicos e realizar tôdas as trocas tissulares que se vão passar com a aplicação da Insulina.

Aqui mais do que em qualquer outra situação é lícito falar de lavagem dos tecidos, principalmente depois que Magnus-Lévy observou que a concentração na urina dos ácidos do grupo β oxibutírico raras vezes é superior a 0,6 %.

Logo a seguir, como medida importante a preencher, vem a alimentação. A Insulina só, não basta para fazer desaparecer os corpos cetónicos: é necessário que ela encontre glicose que tornará capaz de ser utilizada pelo organismo e da sua combustão resultará a perfeita oxidação das gorduras e das proteínas que tinha ficado incompleta, originando os corpos cetónicos tóxicos. Poderíamos logo começar a dar gorduras aos doentes, já não havendo que reçar, as largas quantidades de glicose que se estão queimando dão chama que chegue para a sua completa oxidação, mas quasi todos os clínicos as omitem nos primeiros dias, limitando-se alguns, quando muito, ao emprêgo do leite.

Para melhor compreensão da exposição, recordemos agora sumáriamente alguns dados, muito elementares, da química da nutrição. No quadro I o prof. Plimmer consegue esquematizar o assunto duma forma muito engenhosa. O círculo que está a branco é dividido por outro concêntrico, ponteadado, cuja área menor representa, em pêso, as gorduras, servindo o exterior, muito maior, para dar ideia, também em pêso, dos hidratos de carbone. Am-

ESQUEMA ALIMENTAR



Plimmer

Prof. de Quimica da Universidade de Londres

ESQUEMA ALIMENTAR



Am. anobis de carbone. Am. presentibus. Am. anobis de carbone. Am. presentibus.

Primmer

Prof. de Quimica da Universidade de Londres

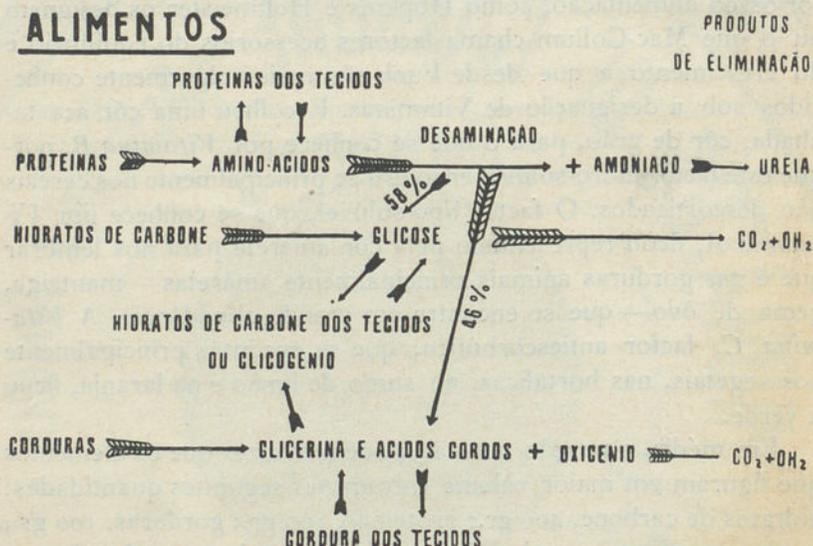
bos são abraçados por uma chave e sob o nome de combustíveis alimentares — fontes de calor e energia. Ao centro os sais minerais e a água, elementos indispensáveis à vida. Os cantos do quadrado, de côres diferentes, representam:

O que se designa pela letra P as proteínas e escolheu-lhe uma côr avermelhada como que a querer indicar que é principalmente as carnes, e de côr avermelhada, que as vamos buscar. Os 3 restantes cantos do quadrado ficam a representar os 3 factores acessórios da alimentação, como Hopkins e Hoffmeister os designam ou o que Mac-Collum chama factores acessórios do equilíbrio e do crescimento a que desde Funk são mais vulgarmente conhecidos sob a designação de Vitaminas. Escolheu uma côr acastanhada, côr de grão, para o que se conhece por *Vitamina B*, porque este factor hidro-solúvel encontra-se principalmente nos cereais não descorticados. O factor lipo-solúvel, que se conhece por *Vitamina A*, ficou representado pela côr amarela para nos lembrar que é nas gorduras animais principalmente amarelas — manteiga, gema de ôvo — que se encontra em grande abundância. A *Vitamina C*, factor antiescorbútico, que se encontra principalmente nos vegetais, nas hortaliças, no sumo de limão e na laranja, ficou a verde.

Em média, na ração normal, podemos dizer que os elementos que figuram em maior volume entram nas seguintes quantidades: hidratos de carbone, 400 gr.; proteínas, 100 gr.; gorduras, 100 gr., o que representa o valor de 2900 a 3000 calorias, sabendo que cada grama de hidrato de carbone rende 4,1 calorias; cada grama de proteína igualmente 4,1 calorias e cada grama de gordura 9,3 calorias.

No quadro II pretende-se esquematizar muito grosseiramente as operações bio-químicas de assimilação e desassimilação dos três principais elementos: hidratos de carbone, proteínas e gorduras. As variadas e complicadíssimas operações bio-químicas que sofrem as proteínas no nosso organismo estão esquematizadas na primeira linha do quadro. A molécula de albumina, considerada como um complexo de amino-ácidos, sofre grande simplificação até chegar aos produtos de eliminação amoníaco e ureia. Postos em liberdade os amino-ácidos pelos trabalhos de digestão e assim absorvidos, circulariam no sangue e sob essa forma seriam aproveitados na reparação do organismo, servindo de núcleo

para a síntese da albumina própria a cada órgão ou tecido. Na operação de desaminação perdem o grupo $Az H_2$ e este azote eliminar-se há sob a forma de amoníaco ou de ureia. As setas que se dirigem para a glicose e para os ácidos gordos indicam que parte dos proteicos pode dar lugar à formação da glicose na proporção de 58 % representando a parte da molécula privada do azote e, à formação de ácidos gordos, até 46 % do seu peso.



Na 2.^a linha temos grosseiramente esquematizado o que se passa com os hidratos de carbone, que transformados em glicose são utilizados como fontes de calor e de energia, dando como produtos terminais da sua oxidação anidrido carbónico e água; ou então serão armazenados, principalmente no fígado e nos músculos, sob a forma de glicogénio.

Na 3.^a linha temos as gorduras a darem glicerina e ácidos gordos e as setas a indicarem que parte dessa gordura (a que é representada pela glicerina) irá armazenar-se sob a forma de glicogénio e que outra parte ficará também de reserva entrando na formação do tecido adiposo do organismo e ainda outra, passando na sua demolição pela série dos corpos cetónicos, terá como termo final da sua oxidação anidrido carbónico e água, mas, para que

ISTITUTO NAZIONALE
MEDICO
FARMACOLÓGICO
DE ROMA
(PROF. SERONO)



Produtos
SERONO e ERGON

- BIOPLASTINA SERONO** — Lecitina e luteína para uso hipodérmico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1 1/2.
- METRANODINA SERONO** — Antidismenorréico e anti-hemorragico, a gotas.
- IPOPENINA SERONO** — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.
- CARDIOLO SERONO** — Cardiocinético nas formas crônicas e miocardites, a gotas.
- VIOSAN 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.

Opoterápicos SERONO

EXTRATOS GLICÉRICOS 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; anti-diabético — frascos.
- OVARASI SERONO** — Estimulante e regulador da função ovarica — frascos e caixas.
- ORCHITASI SERONO** para cicatrização — caixas.
- SURRENASI SERONO** — Adinamia. Tosse convulsa. Asma — f^s e c^s.
- TIROIDASI SERONO** — Antimixedematoso. Antigotoso, acelera o metabolismo. Não tóxico — frascos e caixas.
- RENASI SERONO** — Contra a insuficiência renal, nefrite etc. — f^s e c^s
- IPOFISASI SERONO** — Na insuficiência ipofisária, diabetes insipida, 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, suprarrenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.
- EUGOZIMASE MASCULINA SERONO** — Pluriglandular: testículos, suprarrenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterápicos, 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.

INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI — Suprarenopituitaria. Asma bronquial, acesso.

Amostras á disposição dos Srs. Medicos.

ITALO-PORTUGUEZA, L.ª

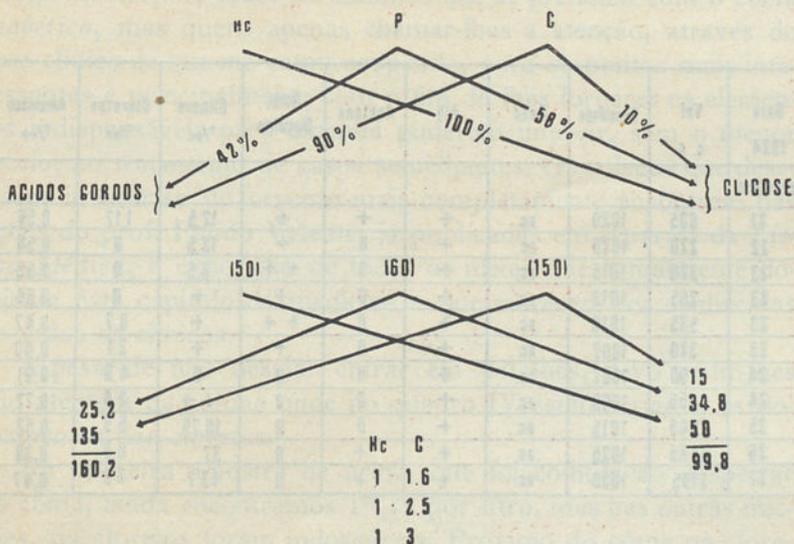
APARTADO 214 — LISBOA

Telefone C. 3096

FERREGIAL BAIXO 33, 1.º

Telegr.: ITALPORTUGUEZA

assim aconteça, necessário é que concomitantemente se dê a combustão de certa quantidade de glicose porque, se assim não fôr, o termo final não será obtido para tôdas e parte delas permanecendo no estado de corpos cetônicos virão criar uma situação grave de acetonemia quando o organismo já não consiga desembaraçar-se delas pela diurese e outras vias de eliminação. Há portanto uma relação a manter nas dietas entre os hidratos de carbone, proteínas e gorduras, relação cetogénea-anticetogénea.



No quadro III esquematiza-se a proporção em que os três elementos dão origem a glicose e a ácidos gordos e a que já fizemos referência e, se tomarmos para exemplo uma dieta de tipo diabético, 50 gr. de hidratos de carbone; 60 gr. de proteínas e 150 gr. de gorduras, vemos que a relação entre a glicose e os ácidos gordos, isto é, a relação cetogénea-anticetogénea da dieta é igual: 1 : 1,6. Esta relação nunca deve exceder 1 : 3 porque abaixo raras vezes aparecem, segundo Palmer-Ladd, corpos cetônicos e temos que atender a esta relação muito cuidadosamente porque na dietética dos diabéticos somos forçados a limitar os hidratos de carbone e para compensação do valor energético que assim se perde essas calorias serão obtidas à custa de um excesso de gorduras, excesso que, como vêem, fica limitado por

esta relação cetogénea-anticetogénea, que é fácil de determinar para qualquer dieta logo que tenham à mão uma tabela de alimentos como a que costumo distribuir aos meus clientes e de que posso oferecer-lhes um exemplar.

E agora já os Ex.^{mos} colegas compreendem porque nos primeiros dias a alimentação destes doentes se reduz quasi exclusivamente aos alimentos ricos em hidratos de carbone, sendo por quasi todos preferido o sumo de laranja e a seguir a farinha de aveia.

Data 1924	Vol. c. c.	Densidade	Reac	Alb	Acetona	Acido Diacético	Glicose ‰	Cloratos ‰	Amoniaco ‰
Dezembro									
21	635	1020	ac.	+	+	+	17,5	1,17	0,56
22	220	1020	ac.	+	0	+	12,5	0	0,54
23	320	1015	ac.	+	0	++	6,5	0	0,98
23	265	1013	ac.	+	0	+	+	0	0,84
23	535	1010	ac.	+	0	++	+	0,7	0,47
23	320	1007	ac.	+	0	+	+	2,1	0,40
24	190	1007	ac.	+	0	0	0	4,0	0,91
24	255	1009	ac.	+	0	0	++	2,9	0,77
25	2545	1015	ac.	+	0	0	18,75	5,9	0,52
26	3485	1025	ac.	+	+	0	37	0,8	0,38
27	2195	1030	ac.	+	+	0	43,7	2,2	0,47

Voltemos ao nosso doente, que passou a noite muito regularmente, sempre sob constante vigilância, e que pelas 6 horas da manhã recebeu a 5.^a injeção subcutânea de mais 20 Unidades de Insulina. O pulso estava então a 100 e tinha 38^o,3. A hipótensão dos globos oculares tinha desaparecido. Eram passadas 24 horas depois que o doente tinha recebido a 1.^a injeção de Insulina e já tínhamos injectado 130 Unidades, e obrigado a ingerir dois litros e meio de água e 300 a 330 gr. de hidratos de carbone.

Chamo agora a atenção de V. Ex.^{as} para o quadro IV em que seriei as primeiras análises de urina que, como vemos, no dia 24 estavam já livres de corpos cetónicos e de glicose, informações muito simples de obter na clínica com o emprêgo do licor de Fehling ou de Benedict para a glicose e com o soluto de

percloroeto de ferro para o ácido diacético e para a acetona dissolvendo um cristal de nitroprussiato de sódio em 5 c. c. de urina, alcalinizada com soda cáustica, agitar e lançar 20 gotas de ácido acético.

As 130 Unidades tinham tornado aproveitáveis as 300 e tal gramas de hidratos de carbono administradas e tinha sido possível ultimar a oxidação incompleta de todos os corpos cetónicos.

Não me é possível expor-lhes, no curto espaço de tempo de que posso dispor, todos os assuntos que se prendem com o *côma diabético*, mas quero apenas chamar-lhes a atenção, através do caso clínico de que me estou ocupando, para os pontos mais interessantes e principalmente com o fim de lhes fornecer os elementos indispensáveis para amanhã poderem intervir, sem o menor receio, no tratamento de casos semelhantes. Os colegas que desejarem inteirar-se do assunto mais completamente encontram nas lições do prof. Pulido Valente, já publicadas em separata da *Lisboa Médica*, a exposição de tôdas as ideias que actualmente dominam êste capítulo da medicina e que merecem ser conhecidas de todos os clínicos.

A-pesar-de não desejar entrar em detalhes, devo pedir-lhes que atentem na coluna onde no quadro IV estão seriados os do-seamentos dos cloretos.

Na primeira amostra de urina, que foi colhida ao despertar do côma, ainda encontrámos 1^{gr},17 por litro, mas nas outras micções, os cloretos foram indoseáveis. Próximo do côma os cloretos baixam extraordinariamente porque os doentes os perdem pela urina e pelos vômitos e não podem readquiri-los pela alimentação e quando saem do côma, para se hidratarem, têm que reter grande quantidade de cloreto de sódio. Chamo a atenção de V. Ex.^{as} para êste ponto, porque já vi mais de um doente privado do cloreto de sódio na dieta, fundando-se tal determinação na baixa dos cloretos da urina tomada como retenção, para o que também contribue a albuminúria e a cilindrúria que, já disse, estão sempre presentes nestes estados comatosos.

No quadro V podem ver como no fim de 11 dias o nosso doente atingia uma dieta de 3.320 C., que devia representar mais de 75 C. por kg., ração que se aproximava da que é necessária para uma criança em pleno desenvolvimento. Não havia comida que o fartasse; o apetite era devorador; só pensava em comer e

dia-a-dia exigia que lhe aumentasse a dieta. Era a necessidade que o seu organismo tinha de compensar as perdas que vinha sofrendo havia já alguns meses. Os colegas que tenham lidado com estes doentes sabem como é arriscado, na clínica domiciliária, o emprêgo de grandes doses de Insulina quando estes doentes não estejam entregues à vigilância de enfermeiros especializados, porque nêles são muito mais freqüentes as reacções hipoglicemicas. Foi por esta razão que resolvi baixar muito as doses de Insulina até ganhar confiança no enfermeiro de que me

Data	Vel C. C.	Densidade	Reac	Alb	Acetona	Acido Diacético	Amoníaco Total	Assucar na urina		Dieta em grammas				Sangue Assucar o/o	Au aveolar CO ² mm Hg.	INSULINA
								Rota- cao %	Total G	Hydratos de Carbono Miligramos	Proteinas	Gorduras	Calorias			
Dez. 22																
23										220	30	12	1135	17.5	38.61	5 x 10 = 50
24		1009	ac. +	0	0	0	0	220	30	12	1135	18.5	31.46	4 x 10 = 40		
25	2545	1015	ac. +	0	0	1.8	45.8	250	30	12	1260	14.5	39.32	3 x 10 = 30		
26	3485	1025	ac. +	+	0	3.7	12.9	260	40	16	1380	16.5	37.18	4 x 6 = 24		
27	2195	1030	ac. +	+	0	4.3	94.5	260	40	16	1380	16.5	45.04	3 x 9 = 27		
28	2050	1030	ac. +	0	0	6.0	123.0	260	40	16	1380			3 x 9 = 27		
29	1330	1030	ac. +	0	0	6.2	82.4	200	65	85	1875	17.0	40.75	3 x 9 = 27		
30	1550	1031	ac. +	0	0	6.2	96.1	150	59	94	1685			2 x 10 = 20		
31	1755	1035	ac. +	+	+	6.5	114.0	133	93	135	2120			2 x 10 = 20		
Jan. 1	1915	1035	ac. +	+	0	3.7	70.8	133	93	135	2120			13 + 14 = 27		
2	2175	1031	ac. +	+	0	1.30	3.7	80.4	150	170	243	3575		15 + 16 = 31		
3	3095	1032	ac. 0	++++	0	2.4	3.1	95.9	150	162	280	3320		15 + 16 = 31		
4	2660	1033	ac. 0	+++	0	2.6	3.7	98.4	150	162	280	3320		17 + 16 = 33		
5	2525	1035	ac. 0	+++	0	2.8	3.5	88.3	133	84	145	2175				

pude auxiliar e que, pela primeira vez, se ocupava de doentes diabéticos. O aumento da glicosúria e da acetona não influíram na melhoria progressiva do doente, que muito mais tarde, a 24 de Janeiro, caiu bruscamente em cõma hipoglicemico quando a sua dieta era de 1.700 calorias com 133 gr. de Hc., 88 de P. e 90,5 de G., mas em que se empregavam já 120 Unidades nas 24 horas sem que se tivesse conseguido torná-lo aglicosúrico.

Minutos antes de cair em cõma o doente tinha podido ainda fazer a análise da urina da última micção, que lhe tinha dado positiva. E não julguem V. Ex.^{as} que foi um acidente hipoglicemico ligeiro. Não. Falhei-lhes de cõma e foi assim mesmo que o

encontrei e em tal situação estive perto de 2 horas. Antes de fazer a análise das suas urinas tinha vomitado e, segundo me informaram, o vômito trazia grande quantidade de matérias alimentares. Foi então necessário empregar tôda a terapêutica indicada para debelar êste acidente, devido, como V. Ex.^{as} sabem, à diminuição da percentagem do açúcar do sangue, que sendo normalmente de 0,9 a 1 gr. por litro, atinge neste síndrome percentagens muito menores. A injeção endovenosa de sôro glicosado actua imediatamente, modificando o síndrome hipoglicémico devido ao excesso de Insulina; a injeção subcutânea de pituitrina e adrenalina (1 c.c. da sol. $\frac{0}{100}$) que mobiliza rapidamente os depósitos de glicogénio do organismo, presta grande auxílio, ajudando a enriquecer rapidamente o sangue em glicose. Quando cheguei a casa do doente já tinham passado perto de três quartos de hora e já não consegui despertá-lo nem fazer-lhe ingerir qualquer alimento. Graças à medicação empregada, a situação venceu-se e à meia-noite o doente estava salvo.

Foi para fugir a estes acidentes que nos primeiros dias me afastei das doses que seriam necessárias, e a-pesar-de todos os cuidados e de tôdas as precauções que tomei, ainda tive que lhes fazer frente quando julguei ter o doente preparado e protegido por um enfermeiro já conhecedor dos perigos possíveis e da forma fácil de os evitar, o que nesta ocasião não foi pôsto em prática. Só porque não temos instalações apropriadas para a hospitalização dêstes doentes é licito tratá-los em suas casas, em que ficam arriscados a tantos perigos que muito se atenuariam quando devidamente hospitalizados.

Pela segunda vez o nosso doente tinha caído em côma, ainda que por dois mecanismos bem diferentes, mas felizmente salvou-se e assim poderemos ter agora o prazer de ouvir o seu depoimento, que terá para V. Ex.^{as} um interêsse muito especial porque o nosso doente é também nosso colega.

Há 4 anos, tinha então 38, comecei a sentir sêde exagerada e as pessoas das minhas relações mais do que eu próprio começaram a impressionar-se com o meu emmagrecimento progressivo. Alguns tempos depois a análise da urina revelava uma glicosúria de 20 gr. por litro numa diurese que não seria inferior a litro e meio. Com uma restrição nos alimentos mais ricos em hidratos de carbone a glicosúria chegou a 8 gr. por litro num volume quási normal e a polidipsia desapareceu, sendo-me até penoso beber a água que

necessitava para ingerir o bicarbonato de sódio que tomava diariamente. Fiz tratamento em Melgaço e sentia-me bem, apresentando apenas, como sintoma da minha doença, uma glicosúria que não excedia 15 a 30 gr. por litro num volume médio de 2 litros. Desde o princípio da minha doença as urinas apresentavam em quasi tôdas as análizes acetona e algumas vezes conjuntamente aparecia também ácido diacético. Para combater a glicosúria fiz curas de Guelpa e de legumes herbáceos e lembra-me que no fim de três dias em que apenas ingeria 30 gr. de hidratos de carbone por dia ainda as minhas urinas apresentavam vestígios de glicose. Até Maio de 1924 fiz tôda a minha vida sem fadiga e o pêso oscilava entre 60 e 65 kg.

Nesta data uma forte gripe, complicada de bronquite e de uma otite média, agravou todos os sintomas diabéticos e nunca mais consegui recuperar o pêso perdido. Comecei então a sofrer de grandes perturbações digestivas, lingua saburosa, amargos de bôca, grandes securas; digestões muito lentas; dores gástricas tardias que me obrigavam a recorrer aos alcalinos e alternativas de diarreia e prisão de ventre. Fadiga geral, preguiça intelectual e física; grande irritabilidade e considerável tristeza que nada fazia dissipar; tendência para o isolamento. Voltei a Melgaço e melhorei um pouco e, na volta, fui passar umas semanas à minha aldeia, onde fui acometido de violentas cólicas abdominais com falsas diarreias. Desta crise saí muito abatido e quando cheguei a Lisboa sentia-me muito pior. Melhorei um pouco, mas passadas algumas semanas piorei. Sentia uma extraordinária fadiga e, pela primeira vez, apareceram-me edemas maleolares. Uma extraordinária e invencível abulia fazia-me adiar de dia para dia um tratamento que reputava já indispensável e como não tinha ninguém que a isso me obrigasse, fui arrastando uma existência triste e miserável até que uma crise parecida com a de Maio, e que julgo ter sido ainda hoje uma nova gripe, me fêz recolher à cama em 13 de Dez.º p. p. Temperaturas altas, tosse e expectoração a breve trecho seguidas de uma intolerância gástrica absoluta forçaram-me ao jejum e creio foram as causas de um súbito agravamento da minha doença. Comecei então a sofrer de intensíssimas nevralgias; as faculdades mentais foram-se-me velando cada vez mais e a ponto de ficar indiferente às solicitações dos meus colegas e amigos que se esforçavam por me fazer compreender o perigo que me ameaçava.

Revestido assim de um *falso estoicismo* perante a morte próxima, que o meu estado psíquico de modo algum podia aperceber, fui piorando sempre até que no dia 21, atormentado pelas fortíssimas nevralgias dos membros inferiores, que costumava combater com Veramon, mas sempre à custa do agravamento das perturbações gástricas, fui forçado, para poupar o estômago, a injectar Sedol.

Fraco e intoxicado como estava, esta injeccão foi sem dúvida a gota de água que fêz trambordar o copo já cheio, pois precipitava-me, passada meia hora, no côma diabético. Soube depois que assim estive perto de 8 horas e recordo-me que ao despertar fiquei muito admirado das fisionomias das pessoas que me rodeavam, em que percebia que qualquer coisa de grave se tinha passado, mas de que só muito mais tarde me convenci.

Dá-me licença, colega? É interessante fazer notar a teimosia com que os diabéticos explicam sempre os seus sofrimentos, fugindo a atribuí-los à doença. Tôdas as perturbações que na proximidade dêsse perigo lhes poderiam servir de aviso seguro da iminência do côma são tomadas como causa do agravamento da doença e não já como uma consequência da intoxicação cetónica. Nas minhas consultas farto-me de chamar a atenção dos doentes para a obnubilação das suas faculdades mentais nos estados de acetonemia e que lhes não deixa perceber a gravidade do momento que se aproxima e por isso peço a todos que expliquem às pessoas de sua família quais são os primeiros sinais do côma e quais são as providências que devem tomar na iminência de tal perigo.

Na primeira parte do Memorandum que costumo distribuir aos meus doentes grubei os primeiros sinais de côma e V. Ex.^{as} podem ver como entre êles se encontram apontados quasi todos os que são dados na história do nosso colega. Qualquer dos meus doentes os repete de cor.

Por ex.: V. Ex.^a, Sr.^a D.... Pode fazer o favor de nos dizer quais são os primeiros sinais do côma diabético?

Perda de apetite.

Náuseas — vômitos.

Diarreia.

Canseira — Fadiga — Sonolência.

Mau humor — Mudança de carácter — Nervosismo.

Tonturas — Vertigens.

Constrição torácica — Dores torácicas — Falta de ar.

Hálito a maçã reineta.

E V. Ex.^a, Sr. Dr.... Que precauções devem ser tomadas na iminência de tal perigo?

O doente deve ficar de cama e bem aquecido.

Deve ter a seu lado uma pessoa que o vigie constantemente.

Deve beber, de hora a hora, um decilitro de qualquer dos seguintes líquidos; água, café fraco, laranjada, água chalada, água de arroz ou caldo de carne sem gordura.

Deve abster-se de bebidas frias.

Deve alimentar-se de caldos de farinha de aveia, em água, sumo de laranja e frutas.

Deve fazer um clister abundante morno, de água salgada (uma colher de sopa de sal para cada litro).

Deve guardar as urinas.

Deve chamar o médico para que lhe aplique Insulina.

Meu caro colega: desculpe a interrupção.

— Passadas algumas horas de despertar do cõma, quando já me sentia no uso das minhas faculdades mentais, reconheci que estava paraplégico e com perturbações dos esfínteres e zonas de anestesia cutânea. Uma polinevrite dos membros inferiores veio assim complicar a minha convalescença e reteve-me na cama perto de dois meses, tendo-me dado sofrimentos horríveis nos primeiros dias. Entretanto, logo no dia seguinte, os restantes sofrimentos gastro-intestinais a que me referi desapareceram como por encanto e o meu estado geral melhorava dia a dia com o tratamento pela Insulina. Dias depois comecei a sentir uma fome desesperadora: não havia comida que me fartasse, insistia com o meu colega para que me aumentasse a dieta. Para satisfazer os meus desejos a dieta foi aumentando e com ela a dose de Insulina e comecei então a experimentar sintomas de hipoglicemia, até que no dia 24 de Janeiro caí em cõma. Ligeiramente inclinado na cama tinha conseguido fazer a pesquisa da glicose na urina da última micção e quando tinha colocado o tubo no suporte deitei-me e súbitamente fiquei em cõma.

Dá-me licença, colega? Queria aproveitar a ocasião para lhes falar dos sintomas hipoglicémicos, que também devem ser muito familiares aos doentes que fazem uso da Insulina. Por ex.: V. Ex.^a que faz uso da Insulina, pode dizer-nos os principais?

— Os primeiros sinais de hipoglicemia e que desaparecem rapidamente comendo uma laranja, duas pedras de açúcar ou qualquer alimento rico em hidratos de carbone, são:

Fome súbita e devoradora.

Debilidade, fadiga e quebreira.

Nervosismo e um mal-estar difícil de descrever e que nos dá muitas vezes a impressão de um tremor interior.

Palidez ou afogamento da face; dilatação das pupilas.

Aumento do número de pulsações (taquicardia).

Sudação rápida e abundante.

Os sinais mais graves e que só aparecem nos indisciplinados que cometam erros ou nos que há pouco tempo tenham sido salvos do cõma diabético:

Tremor, incoordenação dos movimentos.

Ansiedade e excitação.

Vertigens.

Visão dupla dos objectos (Diplopia).

E se o tratamento se demora o doente perde a fala (Afasia), desorienta-se, delira e entra em côma hipoglicêmico: fica inconsciente, perde o pulso, arrefecem-lhe as extremidades, fica álgido e morre.

No pequeno Memorandum (1) que, como disse, costumo distribuir aos meus doentes e de que posso oferecer a V. Ex.^{as} um exemplar, encontram-se também resumidas as instruções para a aplicação da Insulina.

Meu caro colega: tenha a bondade de desculpar a interrupção.

— Sempre melhorando do meu estado geral, comecei então a sentir uma *euforia* que contrastava completamente com o meu estado psíquico anterior.

Ao fim de um mês comecei a levantar-me, mas não podia andar: as pernas pareciam-me de cauchu e os pés pareciam-me almofadas.

Só um mês mais tarde consegui sair do meu quarto amparado a uma bengala. Se não tivesse sido esta polinevrite, muito depressa poderia ter retomado a minha vida habitual. O pêso aumentou rápida e progressivamente, chegando a ganhar por semana 3 kilos e assim nos princípios de Maio já tinha atingido o meu pêso habitual de 60 a 61 kilos, tendo pesado no dia 17, isto é, 5 dias depois de ter caído em côma, 44^½,900. O máximo pêso de que me lembro antes de ser diabético era de 68 kgr. Actualmente peso 67 e o meu estado geral é, como V. Ex.^{as} vêem, magnífico, tendo ganho 20 e um kilos. Faço tôda a minha vida oficial de médico do Hospital Colonial e exerço a clínica particular sem a menor fadiga.

E — coisa notável! — pequenas perturbações dispépticas de que sofria ainda antes de saber que era diabético, desapareceram completamente e hoje passo admiravelmente do aparelho digestivo. O tratamento pela Insulina não só me salvou a vida, mas também me deu uma saúde como eu talvez nunca tivesse gozado; enfim foi para mim uma verdadeira ressurreição.

Actualmente injecto 24 unidades antes do almoço e 12 antes do jantar, no que faço uma despesa de 7 a 8 escudos diários. A dieta compõe-se de 100 gr. de hidratos de carbone, 100 de proteínas e 200 gr. de gorduras, o que representa 2600 calorias.

Foi com muito prazer que satisfiz o seu pedido, meu caro colega, para vir aqui depor a favor do tratamento pela Insulina no côma diabético, porque da sua ignorância resulta todos os dias a morte de muitos doentes que como eu poderiam ser salvos. A-pesar da Insulina ter dado já as suas provas e poder ser considerada como uma das maiores descobertas dos tempos modernos, muitos continuam a tratar-se pelos antigos processos, tal é nesta terra a força da rotina. Ainda há dias encontrando-me com um colega, nosso antigo condiscípulo, foi com a maior surpresa que ouviu descrever o meu caso e dis-

(1) Vide final do artigo.

se-me então que tinha do medicamento as piores impressões, corroboradas por um dos clínicos de maior reputação de Lisboa, que lhe afirmara que nunca a empregara nem empregaria porque considerava a Insulina uma droga raras vezes útil e sempre nociva!

Quando colegas assim pensam, ¿ que admira que os doentes continuem a tratar-se com o cozimento de fôlhas de eucalipto?

Ex.^{mos} colegas: No combate a uma situação desta gravidade, em que a cura é quasi sempre certa, quando fora de outra complicação, não é lícito perder um instante, nunca mais poderemos abandonar o nosso doente: temos que vigiá-lo a todos os momentos.

A dose de Insulina empregada pode mostrar-se insuficiente e é preciso aumentá-la, ou sendo, pelo contrário, excessiva, na injeção seguinte teremos que diminuir o número de unidades. Ora é para os fenómenos circulatórios que é chamada a nossa atenção reclamando uma intensa tonificação cardíaca. Por vezes surpreendem-nos sinais súbitos de hipoglicemia porque a dose de Insulina foi demasiada acidente que se dá muito mais facilmente nestes doentes que chegam ao côma tendo esgotadas tôdas as suas reservas de hidratos de carbone.

A dose de Insulina a empregar no tratamento do côma diabético depende da gravidade do caso, que se ajuíza principalmente pelo tempo que o doente tem de côma, pelos dados que é possível colhêr da sua rápida história e pela observação do aparelho circulatório. Num dos seus últimos artigos o prof. Joslin informa que em 31 casos de côma diabético que se conseguiram salvar as doses empregadas oscilaram entre 20 e 300 Unidades nas primeiras 24 horas.

Nos casos mais felizes encontramos o doente sonolento, mas não ainda tão completamente que não seja possível acordá-lo e ouvir-lhe algumas respostas. As respirações são profundas, do tipo Kussmal, há hipotensão do globo ocular, hálito característico, a pele está sêca, mas o pulso ainda se pode contar, apesar de delgado, hipotenso e de fraquíssima recorrência. Tenta-se, e ainda se consegue fazê-lo ingerir alguns líquidos e assim fica logo assegurada a sua alimentação e a administração dos hidratos de carbone necessários para que a Insulina possa ser manejada. É o caso de melhor prognóstico e uma dose de 20 unidades repetida 2 horas depois e seguida da injeção de 10 unidades de 4 em 4 horas bastará muitas vezes.

Os hidratos de carbone serão dados pela bôca, sob a forma de sumo de laranja, ou de uva, água-de-aveia e papa de maçã ou de pêra. Mesmo nestes casos mais benignos não devemos esquecer a tonificação cardíaca, para o que muitas vezes bastará a cafeína. Nos casos em que já não é possível despertar o doente, mas em que ainda estamos dentro das primeiras 2 a 4 horas de côma, será mais seguro começar logo por uma injeccção de 40 unidades que se repetirá na mesma dose ou ainda aumentada se no fim de uma hora não colhermos na observação do doente sinais de melhoria. Se êles aparecerem, seguiremos injectando doses de 20 unidades de 4 em 4 horas.

Nestes casos já muitas vezes teremos que recorrer à sonda gástrica para administrarmos os hidratos de carbone se não quisermos lançar mão das injeccções subcutâneas de sôro glicosado isotónico, que também pode ser dado em clister. Se a tensão arterial é muito baixa, podemos-nos mesmo encontrar em situação de ser útil empregar o sôro glicosado em injeccção intravenosa em soluto isotónico ou hipertónico como tonicardiaco e ao mesmo tempo servindo para a administração dos hidratos de carbone.

Em situações mais graves só a injeccção inter-venosa nos pode satisfazer. E êsses são aqueles casos em que o prognóstico se agrava com o estado miserável do aparelho circulatório, tons abafados, não diferenciados, desaparecimento do pulso, arritmia, estase circulatória, algidez e desidratação completa. Regularemos então a dose de Insulina com o sôro glicosado isotónico ou hipertónico (1) dado em injeccção também endovenosa e de forma a que cada unidade seja acompanhada de 2 gr. de glicose. Harrop é de opinião que raras vezes uma unidade de Insulina metabolizará mais que um grama de glicose e assim ficaremos bem a coberto dos accidentes hipoglicémicos que são fáceis de tratar,

(1) As fórmulas que temos empregado são as do Formulário do Hospital:

1004 — Sôro glucosado, hipertónico:

Glucose quimicamente pura, vinte e cinco gramas; água distilada, cem gramas. Dis. filtre e esterilize a 105° em balão apropriado.

1005 — Sôro glucosado, isotónico:

Glucose quimicamente pura, quarenta e cinco gramas; água distilada, mil grama. Dis. filtre e esterilize a 105° em balão apropriado.

mas já é mais difícil fazer muitas vezes o diagnóstico da situação que se criou dada a escassa nitidez dos sinais porque se nos manifesta a hipoglicemia. Se esta não fôr a tempo percebida pode a continuação da administração da Insulina ter as mais desastrosas conseqüências. As doses de Insulina que se empregam nestas aflictivas situações são muito grandes e há observações registadas de doentes que as venceram tendo recebido perto de 300 unidades nas primeiras 24 horas.

O prof. Joslin quando prognostica que o doente, se não fôsse empregada a Insulina, não teria mais de 3 a 4 horas de vida, aconselha a injeção de 40 unidades de quarto em quarto de hora e informa que lhe não morre um doente, que pelo menos tenha demorado 2 horas no Hospital, sem que tenha recebido, na última hora de vida, 150 unidades de Insulina. Neste último grupo de doentes de que estamos tratando e quando não estão ainda criadas situações de tão grande desespero, poderemos, como norma, aconselhar a injeção pela via endovenosa de doses de 30 a 40 unidades que, com sôro glicosado, se repetirão de hora-a-hora ou ainda antes reforçadas por uma intensa medicação cardio-tonica.

Foster lembra a ouabaína, de que não tem prática e de que nós também ainda não pudemos ajuizar do valor. A pituitrina, a cafeína e a digitalina não devem ser esquecidas. Modificadas as condições circulatórias pela tonificação cardio-tónica e pelas melhoras obtidas com as primeiras injeções de Insulina, já poderemos passar à via hipodérmica seguindo como nos casos anteriores.

Em todos estes casos há outras providências a tomar e a que já me referi através do caso clínico que lhes apresentei, mas quero agora mais uma vez recordá-las. O aquecimento do doente, a aplicação de clisteres abundantes de sôro fisiológico, repetidos de 12 em 12 horas, que removendo a estase fecal, desintoxicando o doente o ajuda também a lutar contra a desidratação; a ingestão forçada de líquidos de hora-a-hora que actuará no mesmo sentido e para o que poderemos administrar-lhe um decilitro de água chalada, café fraco, caldos de carne sem ôlha-de-gordura, infusões aromáticas e estimulantes, tendo o cuidado de dar estas bebidas sempre quentes e, quando sejam vomitadas, substituí-las pelo sôro glicosado e fisiológico, injectando-os sub-

cutâneamente e tendo em conta que não convém ultrapassar 20 gr. de cloreto de sódio em cada 24 horas.

Como V. Ex.^{as} vêem, qualquer colega afastado dos grandes centros, desde que tenha à mão Insulina e disponha dos reagentes a que já me referi para a pesquisa na urina da glicose e dos corpos cetônicos, pode com segurança acudir aos diabéticos que tenham a infelicidade de cair em cômá, valendo-lhes e arrancando-os à morte. E um conselho me permito ainda dar-lhes: o de que tenham sempre entre os seus medicamentos de urgência uma ou mais empolas de Insulina; não é grande a despesa e não se deteriora tão rapidamente que não tenham tempo de a utilizar com grande proveito (1). E, meus caros colegas, nunca tenham nestas situações qualquer receio, qualquer hesitação no emprêgo da Insulina. Desde que alarguem a ração dos hidratos de carbone e mantenham os seus doentes sem corpos cetônicos na urina eles vão restabecer-se, a-pesar da glicosúria. Mais tarde, passada a hora de perigo, fixar-lhes-hão uma dieta do seu agrado e de valor energético suficiente e então, aumentando progressivamente as doses de Insulina, conseguirão torná-los aglicosúricos. Com estas precauções e empregando a Insulina sem medo e sem hesitações, modifica-se completamente hoje o prognóstico do cômá diabético. A última estatística de serviço do prof. Joslin dá apenas 2 mortes em 33 casos e tantos foram os que deram entrada no seu Hospital desde 1 de Janeiro de 1923 a 1 de Abril de 1925.

E logo nas primeiras linhas do seu artigo em que o mesmo professor dá-conhecimento da sua estatística pode ler-se: «A morte por cômá diabético é, como se vê, tão pouco vulgar que é necessário apurar muito bem porque razão ela se dá.» Um dos casos morreu de septicemia e outro deu entrada 3 horas e meia antes de falecer.

Convidado a falar sôbre a diabetes, escolhi entre os vários capítulos o que me pareceu mais útil tornar bem conhecido. Dentro da terapêutica médica não vejo outro que nos últimos anos tenha sofrido tão grande modificação. Nos livros clássicos não se encontra uma palavra sôbre o tratamento do cômá diabético,

(1) Vêr no final do artigo o quadro sôbre prêços e principais marcas de Insulinas.

que para todos nós era considerado, até ainda há bem pouco tempo, como uma situação absolutamente irremediável. Já desde 1914, a seguir aos trabalhos do prof. Allen, começou a ser possível, só pelas precauções dietéticas, evitá-lo e muitas vezes removê-lo ainda. Mas desde fins de 1922, depois do emprêgo da Insulina, pôde falar-se sem receio do seu seguro tratamento e da sua cura.

Banting, tendo conseguido isolar o produto da secreção interna dos ilhéus de Langerhans, arrumava definitivamente a diabetes no grupo das Doenças da Secreção Interna e entregava-nos um poderoso medicamento capaz de tornar possível a cura do côma diabético. Foi esta situação, até então julgada irremediável, escolhida logo para pedra-de-toque da eficácia do poderoso extracto que saíra da Universidade de Toronto, no Canadá, com o aval do prof. Macleod.

Eu tive o prazer de assistir, em Boston, aos seus primeiros estudos e tão maravilhosos foram os seus resultados que os mais experimentados clínicos, os mais scépticos professores, os especialistas mais conhecedores da doença, todos à uma se levantaram a tecer-lhe logo os maiores elogios. Era vê-los admirados perante os resultados que obtinham chorar os doentes que até então tinham perdido, entre os quais se contavam pessoas de família e amigos dos mais queridos! E Simão Flexner, passados alguns meses, quando já no seu espírito não havia sombra de dúvida, sintetizando o espanto e a admiração de todos afirmava que a Insulina era uma das mais maravilhosas descobertas da Humanidade. Tão rápidas modificações num quadro mórbido que para todos até aí era sinónimo de agonia tinha alguma coisa de maravilhoso, de estranho e de sobrenatural. Podia mesmo falar-se de ressurreição, como há pouco se exprimiu o nosso colega. Como recorde essa noite em que êle, despertando do sono, que para os seus amigos era de morte, pôde assegurar-lhes que estava bom e que nada tinha sentido! O espanto, a comoção e a alegria não seriam diferentes dos que poderiam ver-se nas irmãs de Lázaro, quando Cristo, arredando a pedra do sepulcro, clamou: «Lázaro, levanta-te!» E logo o morto saía do sepulcro cheio de vida. Era a ressurreição! Era o milagre!

Mas desta vez foi Banting quem arredou a pedra tumular!

MEMORÁNDUM

- 1.º — Quanto mais cedo fôr diagnosticada a doença e iniciado o tratamento dietético maiores serão as probabilidades de uma cura rápida e completa.
- 2.º — O único medicamento para a diabetes é a Insulina, que só deve ser empregado quando o tratamento dietético, só por si, não consiga a cura.
- 3.º — Diagnosticada a diabetes, o doente nunca mais deve comer senão por conta, pêso e medida.
- 4.º — Nunca se esqueça de que a cura depende principalmente da disciplina.
- 5.º — Nunca se esqueça de seguir à risca a dieta indicada.
- 6.º — Faça todos os dias a análise das urinas.
- 7.º — Ande sempre bem agasalhado.
- 8.º — Não faça uso de bebidas geladas.
- 9.º — Observe sempre a mais rigorosa higiene (banhos diários, lavagens freqüentes da bôca, etc.).
- 10.º — Nunca tome laxantes, purgantes ou qualquer medicamento sem indicação médica.
- 11.º — Desinfecte com alcool a 75º qualquer ferida ou furúnculo que lhe apareça.
- 12.º — Nunca se esqueça de que qualquer febre ou infecção pode provocar o côma diabético.

PRIMEIROS SINAIS DO CÔMA DIABÉTICO

Perda do apetite.

Náuseas — Vômitos.

Diarreia.

Canseira — Fadiga — Sonolência.
 Mau humor — Mudança de carácter — Nervosismo.
 Tonturas — Vertigens.
 Constrição torácica — Dores torácicas — Falta de ar.
 Hálito a maçã reineta.

PRECAUÇÕES A TOMAR NA IMINÊNCIA DO CÔMA DIABÉTICO

- 1.º — Deve ficar de cama e bem aquecido.
- 2.º — Deve ter a seu lado uma pessoa que o vigie constantemente.
- 3.º — Deve beber, de hora a hora, um decilitro de qualquer dos seguintes líquidos: água, café fraco, laranjada, água chalada, água de arroz ou caldo de carne sem gordura.
- 4.º — Deve abster-se de bebidas frias.
- 5.º — Deve alimentar-se de caldos de farinha de aveia, em água, sumo de laranja e frutas.
- 6.º — Deve fazer um clister abundante morno, de água salgada (uma colher de sopa de sal para cada litro).
- 7.º — Deve guardar as urinas.
- 8.º — Deve chamar o médico para que lhe aplique Insulina.

TRATAMENTO PELA INSULINA

A Insulina só pode ser administrada em injeção subcutânea (debaixo da pele) e é o próprio doente que deve fazê-la porque, só assim, haverá a certeza de que serão respeitadas as horas e os intervalos que lhe foram indicados.

O doente nunca deve alterar a dose de Insulina receitada, nem a dieta que lhe foi indicada, sem determinação do seu médico, salvo no caso abaixo indicado.

Deve ter sempre de reserva duas empolas de Insulina e uma seringa com duas agulhas.

Deve trazer sempre consigo duas pedras de açúcar (10 grs.) para contra-veneno da Insulina.

Se por qualquer razão não poder fazer a injeção de Insulina, só deve comer $\frac{2}{3}$ da dieta que lhe foi indicada e reduzir ainda as gorduras à quantidade indispensável para cozinhar e temperar os alimentos.

Deve saber que o perigo do tratamento pela Insulina é devido à diminuição do açúcar do sangue — Hipoglicemia — o que pode acontecer:

- 1.º — Sempre que a dose injectada seja superior à que foi indicada.
- 2.º — Quando os alimentos, a-pesar-de ingeridos, não tenham podido ser utilizados pelo doente — Vômitos; Diarreia.
- 3.º — Quando a injeção seja feita muito tempo antes da refeição.
- 4.º — Quando pelo tratamento o doente tenha obtido melhoras, tornando-se portanto inúteis algumas unidades de Insulina que devem ser suprimidas.

Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIÓ

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 (ESPAÑA)

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, fibrinofermento) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

Em qualquer hemorragia a hemostase definitiva não se obtém senão com um só meio: a formação do coágulo do sangue. É coisa sabida que a coagulação é obtida por meio da reacção do fermento coagulante do sangue (fibroenzima) com o fibrínogeno, 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 ooperapia 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 déficit 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 azoadá 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

5.º — Quando o doente seja obrigado a um exercício físico violento que, aumentando os seus gastos, torna a dieta temporariamente insuficiente.

Primeiros sinais de hipoglicemia e que desaparecem rapidamente comendo o doente uma laranja, duas pedras de açúcar ou qualquer alimento rico em hidratos de carbone.

1.º — Fome súbita e devoradora.

2.º — Debilidade, fadiga e quebreira.

3.º — Nervosismo e um mal-estar difficil de descrever e que os doentes muitas vezes comparam a um tremor interior.

4.º — Palidez ou afogamento da face; dilatação das pupilas.

5.º — Aumento do número de pulsações (taquicardia).

6.º — Sudação rápida e abundante.

Sinais mais graves da hipoglicemia que só apparecem nos doentes indisciplinados que cometam graves erros ou nos que há pouco tempo tenham sido salvos do côma diabético :

Tremor, incoordenação dos movimentos.

Ansiedade e excitação.

Vertigens.

Visão dupla dos objectos (Diplopia).

E se o tratamento se demora :

Perda da fala (Afasia), delírio, desorientação e côma hipoglicémico: o doente fica inconsciente, perde o pulso, arrefecem-lhe as extremidades, fica algido e morre.

INSTRUÇÕES PARA A INJECCÃO DA INSULINA

1.ª — Adquirir uma seringa de vidro ou metal tendo cada centímetro cúbico dividido em 20 divisões e duas agulhas próprias para injeccção subcutânea.

2.ª — Manter a seringa e as agulhas mergulhadas em alcool a 90º num frasco de bôca larga convenientemente rolhado.

3.ª — Antes de cada injeccção lavar muito bem as mãos e passá-las depois por alcool, desinfectar a seguir a rôlha de borracha da empola de Insulina, esfregando-a muito bem com algodão embebido em alcool.

4.ª — Com uma pinça tirar para fora do alcool a seringa, adaptar-lhe a agulha e secá-las muito bem ao calor da chama duma pequena lâmpada de alcool.

5.ª — Furar com a agulha a rôlha de borracha da empola de Insulina, tendo primeiro deixado na seringa uma quantidade de ar igual à quantidade de Insulina que se deseja tirar da empola. Inverter a posição, ficando a empola de Insulina para cima, e introduzir então para dentro dela o ar que ficou na seringa, substituindo-o a seguir pela Insulina. Se a seringa não estiver bem sêca, como acima se aconselhou, entrará para dentro da empola uma porção de alcool que inutilizará a Insulina. Tirar a agulha e novamente desinfectar com alcool a rôlha da empola. Colocar a seringa em local seguro e de forma a que a agulha não toque em qualquer ponto para a não infectar.

6.^a — Desinfectar a pele no local onde vai ser feita a injeção, friccionando-o com algodão embebido em alcool a 75° durante 5 minutos.

7.^a — Variar o local escolhido para a injeção de forma que a picada se não faça, no mesmo sitio, senão com o maior intervalo de tempo possível.

8.^a — Nunca fazer a injeção sem ter assegurada a refeição de forma a respeitar o intervalo que lhe foi indicado.

INSTRUCOES PARA A INJECCAO DA QUINA

1.^a — Adquirir uma seringa de vidro ou metal tendo cada centimetro cubico dividido em 20 divisoes e duas agulhas apropriadas para injeccao subcutanea.

2.^a — Manter a seringa e as agulhas esterilizadas em alcool a 75° e, depois de lavar com agua corrente, lavar com alcool a 75°.

3.^a — Antes de cada injeccao lavar muito bem as mãos e a seringa e agulha por alcool dezinfectante e guardar a tampa de protecção da agulha de forma que a seringa não se toque com o dedo.

4.^a — A seringa e a agulha devem ser lavadas com agua corrente e depois com alcool a 75° e a tampa de protecção da agulha deve ser lavada com alcool a 75°.

5.^a — A seringa e a agulha devem ser lavadas com agua corrente e depois com alcool a 75° e a tampa de protecção da agulha deve ser lavada com alcool a 75°.

6.^a — A seringa e a agulha devem ser lavadas com agua corrente e depois com alcool a 75° e a tampa de protecção da agulha deve ser lavada com alcool a 75°.

7.^a — A seringa e a agulha devem ser lavadas com agua corrente e depois com alcool a 75° e a tampa de protecção da agulha deve ser lavada com alcool a 75°.

TABELA DAS PERCENTAGENS EM HIDRATOS
DE CARBONE, PROTEÍNAS
E GORDURAS DOS PRINCIPAIS ALIMENTOS

VEGETAIS

Percentagens médias em hidratos de carbone

3 %	}	Espargos frescos ou em lata.	Pepino.	Espinafres.
		Tomates frescos ou em lata.	Chicória.	Rama de nabo.
		Couve de Bruxelas.	Alface.	Ruibarbo.
		Acelgas.	Rabanetes.	Agriões.
6 %	}	Couve-flor.	Azêdas.	
		Feijão verde.	Abóbora carneira.	Grelos de couve.
10 %		Couves.	Pimentos.	Brócolos.
		Cebolas.	Nabos.	Abóbora-menina.
15 %		Ervilhas.		
20 %		Batatas.	Favas.	Feijões.
30 %		Feijão manteiga.		Grão-de-bico.

FRUTAS

Percentagens médias em hidratos de carbone

5 %		Morangos.	Melancias (com casca).	
10 %	}	Amora da silva.	Melões (com casca).	Ananases.
		Laranjas.	Pêssegos.	Tangerinas.

15 %	{ Damascos.		Medronhos.		Framboesas.
	{ Cerejas.		Maças.		Peras.
20 %	Ameixas.	Bananas.	Romãs.	Figos.	Nêspersas. Uvas.

As frutas sêcas — passas — têm aproximadamente 70 % de hidratos de carbone.

ALIMENTOS DIVERSOS

Cada 100 gr. contém :	Hc.	P.	G.	C.
—	—	—	—	—
Açúcar	100	—	—	400
Arroz sêco	80	8	—	355
Farinha de milho	76	8,5	2	355
Farinha de trigo	75	11,5	1	355
Farinha de aveia	65,5	15	6,5	380
Flocos de aveia	64	15,5	6,5	380
Pão branco	55	8	1	255
Castanhas, cruas.	30,5	4	2,5	195
Arroz cozido	24,5	3	—	110
Batatas.	20	2	—	90
Leite.	5	3,3	4	68
Carne de vaca, crua, sem gordura.	—	22,5	3	120
Fígado de porco	1,5	21,5	4,5	130
Peixe magro; bacalhau demolido	—	20	—	90
Fígado de vaca	2,5	20	3	120
Rim de porco	0,5	15,5	5	110
Queijo flamengo.	—	37	17,5	305
Queijo Gruyère.	2,5	30,5	27	400
Presunto	—	19	34	380
Azeitonas	5	1,5	26	255
Queijo da Serra.	1	19	40,5	445
Pinhões.	7	34	50	625
Amêndoas.	15	20	55	640
Nozes.	3,5	28	60	675
Toucinho.	—	10,5	65	625
Castanhas de Maranhão	7	17	67	697
Manteiga	—	1,5	85	765
Azeite, banha	—	—	100	900
<hr/>				
Cada ôvo contém	—	6	6	78
Cada gema de ôvo contém	—	3	6	66
Cada clara de ôvo contém	—	3	—	12

NOTAS

Os vegetais, pela cozedura, perdem parte dos Hc. e, se forem cozidos em 3 águas, podemos baixar a 3 % a percentagem do grupo 6 % e a 5 % a do grupo 10 %.

CÁLCULO DO VALOR CARORÍFICO DOS ALIMENTOS :

1 grama de Hc.	4	calorias
1 grama de P.	4	»
1 grama de G.	9	»
1 cent. cúb. de alcohol	5,6	»

CALORIAS NECESSÁRIAS PARA UM ADULTO DE 70 KGR. DURANTE UM DIA :

Em descanso: 25 a 30 C. por Kgr.	= 1.750 a 2.100
Em pequeno trabalho: 35 a 40 C. por Kgr.	= 2.450 a 2.800
Em trabalho moderado: 40 a 45 C. por Kgr.	= 2.800 a 3.150
Em trabalho pesado: 45 a 60 C. por Kgr.	= 3.150 a 4.200

BEBIDAS ALCOÓLICAS :

Dizer que um vinho tem 12^o quiere dizer que em cada decilitro — 100 c. c. — há 12 c. c. de alcohol, e, como a cada c. c. de alcohol correspondem 5,6 calorias, ficamos sabendo que cada decilitro de tal vinho rende 12×5,6 = 66,2 calorias.

Vinho de mesa tinto ou branco — calcular 12 % de alcohol.

Vinho da Madeira — calcular 20 % de alcohol e 2 % de Hc.

Vinho do Pôrto — calcular 20 % de alcohol e 5 % de Hc.

Aguardente — calcular 40 % de alcohol.

Conhaque — calcular 50 % de alcohol.

Cerveja — calcular 5 % de alcohol e 5 % Hc.

INSULINAS

Marcas	U.	c. c.	U. per c. c.	Agentes	Moradas	Telef.	Preços
Toronto	100	10	10	Raul Vieira, Ld. ^a	R. Prata, 51, 3. ^o	C. 3586	29,700
»	200	10	20	»	»	»	50,700
Lilly	50	5	10	Instituto Pasteur	R. N. do Almada, 71	C. 363	18,700
»	100	5	20	»	»	»	25,700
»	200	5	40	»	»	»	48,700
Wellcome	100	5	20				18,700
A. B.	100	5	20	Coll Taylor, Ld. ^a	R. Douradores, 29, 1. ^o	C. 1386	18,700
Allen & Han- bury, L. ^{da}							
»	200	10	20	»	»	»	36,700
»	500	25	20	»	»	»	90,700
Merck	100	5	20	J. Wimmer & C. ^a	R. 24 de Julho, 34		20,700
Schering	100	5	20	J. Burmeister	R. Alm. Brandão, 11		17,700
Boots	100	5	20	J. W. Chaster, L. ^{da}	R. Conceição, 35, 2. ^o	C. 1945	

Insulina «Leo» (Farmacia Freire de Andrade — Rua do Alecrim, 123 — Telef. Trindade 857). — Tubos com 20 Lenticulas de 5 U. cada — 100 U., preço, 30,700.

Insulina «Byla» (Gimenez, Salinas & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — Telef. T. 508). Em pó. — Caixas com 5 ampolas de 15 U. cada — 75 U., preço, 35,700. — Caixas com 10 ampolas de 15 U. cada — 150 U. — Caixas com 5 ampolas de 5 U. cada — 25 U. — Caixas com 10 ampolas de 5 U. cada — 50 U.

Revista dos Jornais de Medicina

Injecção de oxigénio na cavidade peritoneal na peritonite tuberculosa exsudativa. (*Oxygen inflaiton of the peritoneal cavity in exudative tuberculous peritonitis*), por A. L. GABBAT. — *The Jour. of the Am. Med. Ass.* N.º 9, 1926.

O tratamento da forma ascítica de peritonite tuberculosa por evacuação do líquido seguida de injecção de oxigénio (pela mesma cânula) é muito mais simples do que o tratamento cirúrgico (laparotomia e arejamento). O autor relata um caso em que seguiu essa terapêutica com bom resultado.

F. FONSECA.

Valor terapêutico da sonda duodenal. (*Über die therapeutische Bedeutung der Duodenalsonde*), prof. Dr. MAX EINHORN — *Ther. d. Gegenwart.* N.º 3, 1926.

A sonda duodenal pode ser usada com os seguintes fins:

- 1 — para alimentação duodenal;
- 2 — introdução de medicamentos;
- 3 — lavagem do duodeno;
- 4 — instilação de líquidos e gases.

Alimentação duodenal — Pode ser feita durante algumas semanas sem prejuízo para o doente. A mesma sonda permanecerá por duas a três semanas, mudando-a por outra, decorrido êste prazo. Como material alimentar, usar-se há: leite, ovos, lactose, caldo de carne, creme e suco de frutos, que previamente serão coados por um crivo fino e aquecidos à temperatura do corpo. O autor diz que a alimentação duodenal se usa com grandes benefícios nos seguintes estados:

- a) úlceras do estômago e duodeno;
 - b) nas fistulas gástricas e duodenais que podem aparecer ocasionalmente depois de operações;
 - c) em certos estados dispépticos que se manifestam depois de operações gástricas;
 - d) estados de inanição em que não é possível alimentar suficientemente os doentes;
 - e) depois de operações no pescoço e esófago e nas paralisias diftéricas da faringe;
 - f) nas doenças graves do coração;
 - g) nas grandes tumefacções hepáticas com alteração da circulação porta.
- Introdução de medicamentos* — a) tendo em vista uma acção local: Argirol, ictiol e substâncias semelhantes em solução como cicatrizantes de processos ulcerosos, etc., etc.
- b) medicamentos mal tolerados pelo estômago.

Lavagem do duodeno — Método usado com vantagem nas duodenites e colecistites crônicas.

Instilação de líquidos e gases — a) — Líquidos: Meyer usa com resultado a introdução diária de 8 a 10 litros de soluto de Ringer nos casos graves de *trombo-angiitis obliterans*. Einhorn emprega um método semelhante no tratamento da *Arthritis chronica deformans* (5-6 litros diários). Yutte, em casos de obstipação, instila 1000-1500 cc. duma solução a 0,1 % de Sapo medicatus. Aaron trata casos semelhantes com instilação de 1 litro de água, contendo 30^{gr} de sulfato de magnésio e 40^{gr} de sulfato de sódio. O autor tem obtido resultados idênticos apenas com 1/2 litro de água e 8-10^{gr} de sulfato de sódio.

b) — *Gases* — Diz ter obtido bons resultados com a injeção duodenal de oxigênio em algumas doenças intestinais. O éter instilado em forma de gás provoca sonolência e talvez seja possível determinar assim anestesia para certas operações.

F. FONSECA.

Tratamento da tuberculose pulmonar com sanocrisina. (*Sanocrysinbehandlung der Lungen tuberkulose*), pelo Dr. H. JESSEN DO WALDSANATORIUM DE DAVOS. — *Münch. Med. Woeh.* N.º 11, 1926.

20 casos dos quais 11 tratados com grandes doses (mais de 0^{gr},5) e 9 com pequenas doses. Diz que a reacção nem sempre está em relação com a quantidade de medicamento injectado e assim observou exantemas após a injeção de 0^{gr},05 de sanocrisina e um caso de grave colapso depois de 0,8^{gr}!!

Em dois doentes com tuberculose ganglionar o tratamento não deu resultado algum e num dêles a sua acção foi tão maléfica que, a-pesar das pequenas doses empregadas (0,8^{gr}1), foi necessário interrompê-lo.

Dos 20 doentes:

Melhoraram	4
Foram favoravelmente influenciados	7
Não apresentaram modificações..	5
Pioraram	2
Morreram	2

Um dêstes últimos com grave tuberculose pulmonar bilateral cavitária faleceu em colapso depois da injeção de 1^{gr} de sanocrisina. O soro de Mölgaard não tem valor algum. Conclui dizendo que a sanocrisina não é um meio curativo da tuberculose e é um perigoso veneno impróprio para tratamento ambulatorio. Entretanto pode fazer melhorar alguns casos não febris de tuberculose predominantemente exsudativa, desde que o tratamento seja feito com tôdas as precauções e pequenas doses até ao total de 3^{gr}.

F. FONSECA.

Estudo resumido duma primeira série de casos de tuberculose pulmonar tratados pelo hiposulfito de ouro e sódio. (*Étude résumée d'une première série de cas de tuberculose pulmonaire traités par le thiosulfate d'or et de sodium*), pelo Prof. LÉON BERNARD. — *Presse Méd.* N.º 31, 1926.

Nesta curta memória dá o A. conta dos resultados obtidos com a sanocrisina no tratamento de vinte e seis doentes. Num pequeno número de casos serviu-se do produto preparado pela casa Poulenc, sob o nome de *Crisalbine*. Quanto aos seus efeitos sobre o organismo humano, o autor não notou diferenças entre o produto dinamarquês e o francês.

Classifica os resultados obtidos do seguinte modo:

1.º Resultados favoráveis ou sejam aqueles em que julga poder atribuir uma acção feliz ao medicamento — nove dos vinte e seis casos (6 homens e 3 mulheres);

2.º Resultados discutíveis, nos quais uma boa evolução se manifestou sem que com segurança a possa atribuir ao medicamento — 8 casos (todos homens).

3.º Resultados nulos, continuando a doença a sua marcha, como se se não tivesse usado qualquer terapêutica — 7 casos (4 homens e 3 mulheres).

4.º Resultados maus, em número de dois (homens), em que teve a impressão que o medicamento exerceu uma acção prejudicial e sem dúvida mortal num dêles.

Num certo número de casos a cutireacção à tuberculina, de positiva que era, tornou-se negativa após o tratamento. A êste propósito mostra o autor desconhecer a acção dos compostos de ouro sobre a alergia à tuberculina.

Em alguns dos doentes que melhoraram verificou uma diminuição da velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros.

Os acidentes tóxicos que aparecem no decurso do tratamento traduzem os efeitos duma intoxicação metálica.

Julga impossível, presentemente, tirar conclusões sobre o valor terapêutico da droga; entretanto (para o autor) duas conclusões são legítimas: a primeira é que não estamos em presença dum produto cuja constância de efeito o permita qualificar de específico e a segunda que em alguns casos a sanocrisina parece exercer uma acção benéfica sobre as lesões de tuberculose pulmonar.

F. FONSECA.

Tratado das doenças do coração e dos vasos. (*Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße*), pelo Dr. ERNEST ROMBERG, IV e V edições. — *Stuttgart, verlag von Ferdinand Enke*, 1925. 884 pág., 123 figs.

Aparece agora a nova edição do tratado do notável professor da 1.ª clínica médica de Munich, com a colaboração de Straub, W. H. Veils e Bohnen-Kamps. Estando esgotada há mais de dois anos a 3.ª edição, era esta

ansiosamente esperada por todos os que costumam ler os trabalhos do grande cardiologista. Com Hering, Krehl, Nicolai e Kraus forma Romberg a ala avançada dos que, nos últimos vinte anos, e na Alemanha, mais têm contribuído para o estudo da fisiopatologia cardíovoascular.

Escrito com muita clareza, com didactismo — o que raras vezes acontece nas obras científicas dos professores alemães — êste tratado das doenças do coração não incorre no defeito dos que são excessivamente pessoais e incompletos como os de Mackenzie e de Douglas Hirschfelder; nem dos que primam pela falta de método na distribuição dos assuntos e pela extensão demasiada que dão a capítulos de somenos importância, como o de Kraus e seus colaboradores.

Trabalhado com *espírito crítico*, feito com o devido sentido das proporções, êste tratado condensa nas suas 884 pág. o que o prático precisa de conhecer nesta matéria.

Romberg põe-nos a-par das mais recentes aquisições da patologia e da terapêutica da circulação, tendo o cuidado de joeirar o que merece aproveitar-se da avalanche de investigações que enche as revistas, juntando à sua crítica o produto da experiência pessoal.

Êste tratado constitui, além do mais, um vasto repositório das observações da 1.^a clínica médica de Munich, que Romberg trás à colação com o auxílio dos seus assistentes.

De entre todos os capítulos, destacamos aquele que trata da fisiologia do coração, baseado nos preciosos estudos de Walter Koch, os quais destroem alguns erros que correm em livros ainda folheados entre nós, e o capítulo da terapêutica como merecedores de maior atenção.

Sendo dos melhores tratados de cardiologia escritos em língua alemã — se não o melhor — bem merece ser lido pelos práticos portugueses. Por isso anunciamos o seu aparecimento aos leitores da *Lisboa Médica*.

E. GOELHO.

Discussão sobre o uso e abuso da endocrinoterapia. (*Discussion on the uses and abuses of endocrine therapy*), por LANGDON BROWN e SWALE VINCENT. — *The British Medical Journal*, 5 de Dezembro de 1925.

Podemos empregar uma substância endocrínica, o extracto tiroideu ou a insulina, por ex., para substituir uma secreção interna deficiente, ou usá-la sòmente pela sua acção farmacológica, por qualquer dos seus efeitos sobre o sistema nervoso simpático, como a adrenalina. Mas, para que a terapêutica endocrínica tenha uma base racional é preciso que a glândula em questão possua uma secreção interna; que os princípios activos desta secreção possam ser extraídos; e, finalmente, que o método de administração escolhido implique a utilização do extracto pelo organismo.

Confessa o autor que nem sempre se têm observado estes princípios e que, muitas vezes, domina o empirismo.

Há alguns anos que se empregam dois métodos bioquímicos para confirmar os efeitos de um extracto — o estudo do metabolismo basal e a curva da glicemia. De mais limitada aplicação é a determinação da quantidade de cálcio existente no sangue.

Os autores passam em revista os principais extractos empregados — tiroideu, paratiroideu, hipofisário, extracto das cápsulas supra-renais, pancreático, ovárico, orquítico, pineal, mantendo um completo scepticismo para os restantes extractos não mencionados.

Brown tem empregado o extracto tiroideu com êxito nas crianças que apresentam estigmas de hipotiroidismo. Na criança, a tiroide é um precioso estimulante do crescimento; quando êste é completo, a sua principal função consiste no aumento do catabolismo. A melhor indicação do tratamento tiroideu está em tôdas as condições em que existe diminuição do metabolismo basal.

O extracto paratiroideu aumenta a quantidade de cálcio do sangue, e por isso se emprega na tetania com alguns resultados.

Observações recentes de Gardiner-Hill mostraram que o extracto do lóbulo anterior da hipófise aumenta o crescimento e que a sua administração pode ser combinada com a do extracto tiroideu.

Brown apresenta um interessante caso clínico no qual se salientam as relações que existem entre o ovário e a hipófise. A secreção interna do ovário excita a secreção de pituitrina; e a excitação da hipófise pode aumentar a actividade da glândula mamária.

Supõem os autores que a atonia intestinal pode muitas vezes ser tratada pela administração oral do lobo posterior da hipófise.

Brown e Vincent descrevem ainda o emprêgo dos extractos em outras doenças bem conhecidas dos clínicos.

Relativamente aos abusos da endocrinoterapia, os autores concluem: que sòmente com a tiroide e com o pâncreas é que podemos obter uma verdadeira terapêutica de substituição; que existem apenas duas substâncias obtidas de órgãos usualmente considerados como fornecedores de secreções internas e que são duas drogas valiosas — a adrenalina e a hipofisina — não exercendo, todavia, nenhum dos seus efeitos quando administradas oralmente; que só a tiroide pode ser administrada *per os*.

E. COELHO.

A quinidina no tratamento da fibrilação auricular. (*Quinidin in the treatment of auricular fibrillation*), por MORRIS J. DUFFY. — *The Medical Clinics of North America*. N.º 4, vol. 9, 1926.

Foi Frey quem, instigado por Wenckebach, primeiro estudou os efeitos de vários derivados da chinchona no mecanismo cardíaco, concluindo que, de entre todos, é a quinidina que exerce uma acção mais eficaz na restauração do ritmo.

Tem-se aventado várias teorias para explicar o modo de acção da quinidina na fibrilação auricular. A que encontrou melhor acolhimento foi a de Lewis e seus colaboradores. Segundo estes, a quinidina alonga o período refractário da aurícula; diminui a condução do ritmo na aurícula; tem uma acção paralisante sobre o vago e uma acção directa sobre o tecido diferenciado excito-condutor.

Até hoje, nenhum trabalho experimental ou clínico conseguiu invalidar estas conclusões.

Mostrou Korns que as indicações do uso da quinidina e da dedaleira são inteiramente separadas e claramente definidas.

Dos casos tratados por Levy somente em 50 % foi possível tornar o ritmo normal.

Para Frazer observar-se hiam, com o emprêgo da quinidina, sintomas «desagradáveis e perigosos».

O desacôrdo dos diferentes clínicos resulta de não terem seleccionado os casos antes de os submeterem ao tratamento da quinidina. Esta tem as suas indicações e contra-indicações.

Segundo as melhores autoridades no assunto, os casos de fibrilação auricular para o tratamento dos quais está indicada a quinidina são:

1.º Os que não têm hipertrofia, ou apenas uma ligeira hipertrofia do coração.

2.º Os que apresentam poucos sinais de insuficiência cardíaca, ou os que apresentam sintomas de insuficiência que cedem logo que o tratamento é instituído.

3.º Os que possuem a fibrilação de data recente.

4.º Os que não têm graves lesões valvulares.

Mostraram vários clínicos que a quinidina é de pouco valor nos casos de fibrilação auricular de origem tioróxica (hipertiroidismo) antes que o factor tiorotóxico seja previamente tratado e eliminado.

O emprêgo da quinidina deve ser cuidadosamente vigiado. É que a quinidina não é um *tonicardíaco*, mas, antes, um veneno cardíaco, a aplicação do qual pode trazer graves conseqüências. Por isso só a devem usar «os clínicos experimentados».

E. COELHO.

O significado das extrasístoles na infância. (*The significance of cardiac extrasístoles in childhood*), de MURRAY H. BASS. — *The Journ. of the Am. Med. Ass.* N.º 6, 1926.

O autor divide as extrasístoles em três tipos: tóxicas, nervosas e idiopáticas. As primeiras são devidas a várias doenças infecciosas, como o reumatismo, amigdalite e difteria, e a drogas tóxicas, como a dedaleira ou os salicilatos. As crianças podem ter qualquer destas três variedades.

As extrasístoles de origem tóxica e as idiopáticas são as mais importantes. Em regra, as primeiras são transitórias; as idiopáticas têm tendência a

permanecer. As extrasístoles nervosas são, na maior parte das vezes, de origem emotiva.

Bass publica alguns casos com estas três variedades de extrasístoles e ilustrados com electrocardiogramas. E conclui que, na infância, as extrasístoles não têm grande importância prognóstica.

A quinina ou a quinidina e a dedaleira podem, no adulto, diminuir o número das extrasístoles, e, até, em alguns casos, produzir o seu desaparecimento. Contudo, o efeito das drogas é temporário, e estas arritmias reaparecem, a despeito do uso continuado da droga.

Nas crianças, se as extrasístoles são de origem idiopática, não é necessário nenhum tratamento. Quando se acompanham de doenças agudas, como o reumatismo ou a difteria, o tratamento apropriado a estas doenças deve ser continuado por longo período de tempo.

E. GOELHO.

O tratamento do «ileus» paralítico pela colina. (*The treatment of ileus by choline*), por L. WOLF e CANNEY. — *Lancet*, 3 de Abril de 1926.

Os trabalhos de patologia experimental feitos nos laboratórios de Magnus, de Utrecht, e de Bickel, de Berlim, mostraram que a colina actua como hormona do peristaltismo intestinal. A sua acção específica sobre o intestino é evidenciada pelo facto de não afectar a ritmicidade do coração nem do útero.

Várias experiências realizadas em animais vieram mostrar-nos que o cloridrato de colina em injeção intravenosa produzia o peristaltismo de intestinos paralisados.

A administração de colina em caso de *ileus* paralítico foi iniciada por Klee e Gossmann, assistentes da clínica de Romberg, de Munich, que ao congresso de medicina interna de Viena, de 1923, apresentaram um relatório. Foi empregada em casos de peritonite, de atonia crónica do estômago e do intestino e na obstipação por atonia, e sempre com proveito.

Os autores apresentam os primeiros casos tratados na Inglaterra com a colina:

1.º CASO — Paralisia intestinal devida a distensão e fixação parcial do intestino delgado, posteriormente à extirpação dum tumor pélvico. Tendo-se verificado pela exploração que não existia obstrução intestinal, empregou-se a colina sem resultado.

2.º CASO — *Ileus* post-operatório. A colina restaurou imediatamente o tonus muscular e a contracção da parede.

3.º CASO — *Ileus* puro, após a extirpação dum grande tumor abdominal. Supôs-se que se tratava de uma obstrução intestinal aguda. A colina restabeleceu imediatamente a função intestinal, depois de terem falhado outros medicamentos aplicados durante três dias.

4.º CASO — *Ileus* agudo resultante da extirpação de um enorme tumor abdominal. A colina restabeleceu a função intestinal.

O cloridrato de colina aparece no mercado em empôlas, contendo 600 mgr. em 6 cc. Esta solução é diluída em 180 cc. de sôro fisiológico e dada em injeção intravenosa. A injeção deve ser muito lenta, durando aproximadamente 17 minutos.

E. COELHO.

Frenicotomia radical na tuberculose pulmonar. (*Radical phrenicotomy for pulmonary tuberculosis*), por W. THEARLE. — *The Jour. of the Am. Med. Assoc.* N.º 12, 1926.

Por frenicotomia se entende a laqueação do nervo frénico na região cervical.

O autor aconselha êste método de tratamento nas seguintes condições :

1.ª Na tuberculose inicial que não beneficiou com o tratamento do sanatório moderno.

2.ª Nos casos agudos, febris, predominantemente caseosos, quando é impossível praticar-se o pneumotorax artificial por causa das aderências.

3.ª Nos casos crônicos, nos quais está contra-indicado o emprêgo do pneumotorax artificial, ou quando as lesões são principalmente unilaterais, mais pronunciadas na base, e que caminham para a cavitação.

4.ª Após o emprêgo do pneumotorax artificial.

A colectânea do autor limita-se a 62 casos de tuberculose pulmonar.

Consistiam em lesões adiantadas, crônicas e unilaterais, com predomínio na base. A frenicotomia radical foi especialmente vantajosa quando associado do pneumotorax artificial e da toracoplastia extrapleural.

O resultado da operação consiste numa paralisia completa da metade do diafragma, tornando-o imóvel e mais elevado. Para os clínicos alemães o desaparecimento da actividade diafragmática produz um certo grau de repouso pulmonar.

E. COELHO.

Sobre o Arcanol. (*Ueber Arcanol*), por LANGE (Altona) — *Munch. mediz. Wochensh.* N.º 1, pág. 45, 1926.

No tratamento do reumatismo articular com o Atophanyl notou o autor, antes de qualquer outra, a acção antifebril dêsse preparado, que explicou facilmente pelo radical salicilado que entra na sua fórmula. Essa observação levou-o à idea de combinar a acção anti-inflamatória do Atophan com a antipirética da Aspirina, e assim combater os catarros das vias aéreas superiores, a gripe, as anginas, etc. Essa combinação foi apresentada no preparado Arcanol (Schering). As suas experiências clínicas numa grande série de casos mostraram excelentes resultados. As dores dos membros e da cabeça, a febre alta, desapareciam completamente em um, dois ou três dias, e os

doentes 2-5 dias depois entravam em convalescença. Igualmente rápidos resultados obteve na angina e nas amigdalites. A dose foi de uma tableta quatro vezes ao dia, e sempre bem suportada.

MENEZES.

Sobre a otite dos lactantes. (*Über Säuglingsotitis*), por R. IMHOFER — *Mediz. Klinik*, gg. 21-N.º 26, 1925, pág. 951.

A otite das crianças de mama é uma otite vulgar modificada pela anatomia especial da região nesse período da vida. É muito mais freqüente que a dos adultos. As causas devem ser o pouco desenvolvimento dos elementos de defesa contra os agentes patogénios comuns, muitas vezes agravado por perturbações da nutrição e sem especial aumento da virulência daqueles, a situação mais profunda dos orifícios das trompas, encurtamento e a largura destas, o apêrto dos choanes, etc. Além disso a constituição anormal da criança, a diátese exsudativa, por exemplo.

Apresenta sempre febre, perturbações intestinais de origem tóxica, etc., e não existe otite sem sintomas apreciáveis.

A infecção segue em geral a trompa.

O decurso é, como nas otites dos adultos, freqüentemente com eczema da região, adenites, e fetidez do hálito resultante da estagnação nos condutos apertados, e do desenvolvimento de bactérias anaeróbias. O diagnóstico é possível só com otoscopia e por especialistas habituados, pois que a observação é mais difícil que nos adultos (falta do ôsso timpânico). Tratamento geral: irradiações de luz gerais, vacinoterapia, proteínoterapia. Paracênthese raras vezes recomendável. Lavagens ou tratamento a sêco.

MENEZES.

Considerações clinicas sobre 450 casos de peritonite tuberculosa. (*Considerazioni cliniche su 450 casi di peritonite tubercolare*), por C. GIAUME (Nápoles). — *La Pediatria*, 1 de Janeiro de 1926. N.º 1.

De um longo e bem dirigido estudo sobre 450 casos de peritonite tuberculosa observados e seguidos na clínica pediátrica de Nápoles, o A. tira as seguintes conclusões de grande interesse, dado o número dos casos e a meticulosidade com que o trabalho foi feito:

1.ª — A perit. tub. é mais freqüente entre os 4 e os 6 anos (3,25 %); vai decrescendo nos anos seguintes; relativamente rara na primeira infância (0,19 %).

2.ª — Mostra uma predilecção discreta pelo sexo masculino (60 %).

3.ª — Aparece a maior parte das vezes nos meses de inverno, raramente no verão.

4.ª — É um episódio da tuberculose que presumivelmente tem a origem,

por via hemática, em primitivas localizações nos gânglios tráqueo-brônquicos, como demonstram vários relatórios de exames microscópicos e várias observações clínicas.

5.^a — Encontrou-se a origem do contágio, para a primeira infância, em 47 % dos casos; em 16 % para a segunda.

6.^a — O sarampo e a tosse convulsa favorecem a aparição e a evolução da perit. tub. Outros factores coadjuvantes são as afecções das vias respiratórias e em seguida as do aparelho digestivo, o raquitismo, a sífilis, etc.

7.^a — A cutireacção foi negativa em 32 % dos casos da primeira infância; em 25 % da segunda; em 14 % da terceira; a intradermo-reacção de Mantoux reduziu estes algarismos respectivamente a 24 %, 15 % e 9 %.

8.^a — Na primeira infância a sintomatologia é obscura, o decurso mais rápido, o prognóstico mais grave; na segunda e terceira o decurso é mais crónico, a evolução mais benigna; em muitos casos a ascite representa todo o quadro da doença.

9.^a — A forma ascítica é bastante mais freqüente (70 %) que a fibrocaseosa na segunda e terceira infância; na primeira são igualmente freqüentes. A fibro-adesiva é rara.

10.^a — Em quasi um têtço dos casos existemo utras localizações tuberculosas clinicamente demonstráveis.

11.^a — A mortalidade na forma fibrocaseosa atinge aproximadamente 75 %.

12.^a — A terapêutica baseia-se principalmente no tratamento higiênico-dietético-físico (aero e helioterapia).

A tuberculinoterapia dá bons resultados.

MENEZES

Contribuição para o estudo das artropatias tabéticas. (*Contributo allo studio delle artropatie tabetiche*), por RAFFAELE PALMA (Nápoles) — *Annali Italiani di Chirurgia*, Ano IV, fasc. 12, 30-Dez.-1925, pág. 1193-1209.

A propósito de um doente, affecto de artropatias simétricas bilaterais e múltiplas dos membros inferiores, o A. fêz um demorado estudo clínico e radiológico.

Enquanto os caracteres clínicos das artropatias da tabes continuam sendo os apontados por Charcot, a interpretação patogénica sofreu uma série de variações, como testemunham as numerosas teorias e hipóteses emitidas.

O A. é favorável à teoria vascular de Barré, como a de melhor fundamento orgânico para explicar os sintomas clínicos e as lesões que se observam nestes doentes.

Esta teoria vascular funda-se nas referências a alterações a cargo da artéria nutritiva do ósso doente, na sua origem e no seu trajecto, assim como na obliteração das veias profundas da região.

Em consequência de tais lesões tem-se uma diminuição permanente do calibre da artéria, de onde deriva um estado de anemia do osso, pois que as artérias ósseas têm poucas anastomoses entre si, ou são do tipo terminal, pelo menos nos ossos dos adultos. Como efeito desta deficiência de irrigação, vem uma acentuada desmineralização do osso e um estado gorduroso da medula óssea e daí uma fragilidade dos ossos (epífises e diafises) e a possibilidade de destruição e de fracturas ósseas.

A dificuldade da circulação refluxente, por efeito das lesões a cargo das veias profundas da região, permitem interpretar a origem dos edemas que têm quasi sempre um carácter crónico e que trazem um estado pseudo-elefantiasico.

Mas o A. reconhece que esta teoria vascular de Barré não é sufficiente, e que justamente com o factor vascular se deve admitir o factor nervoso, isto é, que as perturbações vasomotoras do osso estejam em relação com alterações dos nervos vasomotores e dos nervos sensitivos.

Noutros termos, alterada profundamente a sensibilidade superficial e profunda, como sucede nos tabéticos, viria a ser perturbada automaticamente a função dos nervos vaso-reguladores, determinando as perturbações de circulação e da nutrição dos ossos que constituem o fundamento da teoria vascular de Barré.

MENEZES.

Sobre a boa suportabilidade do Veramon. (*Ueber die gute Verträglichkeit des Veramons*), por V. NAGEL (Halle). — *Deutsch. Mediz. Wochens.* 1926. N.º 8.

O Veramon é, como se sabe, uma combinação de duas moléculas de piramidona com uma molécula de veronal. Estão já estudadas as qualidades terapêuticas do Veramon em relação às dos seus componentes. Verificou-se que são maiores, enquanto os efeitos tóxicos estão diminuídos. É o que se vê num caso do A. em que o doente tomou durante 36 horas um total de 28 pastilhas de 0^{gr},4 de Veramon, para acalmar as dores de uma periodontite. Tomou de cada vez 2-3 pastilhas e obtinha por algumas horas as melhoras que desejava.

Em 0^{gr},4 de Veramon estão 0^{gr},28 de piramidon e 0^{gr},12 de veronal, isto é, nas 28 pastilhas 7^{gr},84 de piramidon e 3^{gr},36 de veronal.

O doente não teve mais nada no dia seguinte que uma sensação de vertigem, mas foi consultar o A., que o encontrou normal, reflexos normais, sem diarreia, urina normal, estômago sem perturbações.

Por isso recomenda o Veramon como analgésico inofensivo, útil para um longo uso, como nas dores dos tabéticos, na pediatria, nos doentes do aparelho circulatório, etc.

MENEZES.

O decurso clínico da diabetes. (*The clinical course of diabetes*), por H. F. ROOT e S. WARREN. — *Bost. Med. Surg. Jour.*, Janeiro de 1926.

É possível operar-se uma regeneração da função pancreática, comprometida nos casos de diabetes e deve, segundo o A., tomar-se esta possibilidade em consideração, no decurso da doença.

Em 26 casos de diabetes, uns de forma crónica, outros de forma aguda, houve 22 mortes como consequência de complicações da diabetes. Em 10 casos a terminação fatal poderia talvez ter-se evitado. Como complicações contam-se 10 casos com atero-esclerose e 11 casos com coronarite crónica.

Em 32 % dos casos havia uma história de colecistite com coleditiase. O exame anátomo-patológico do pâncreas revelou em 13 casos hialinização dos ilhéus, em 5 esclerose mais ou menos intensa dos mesmos ilhéus e em 3 a sua invasão linfocitária, ligeira. Num ou noutro caso não se puderam verificar lesões macro ou microscópicas e em alguns apenas havia uma certa diminuição no número dos ilhéus do parênquima pancreático. Em todos os pâncreas observados, e isto sem uma única excepção, existiam alguns ilhéus perfeitamente normais e a sua maior percentagem pareceu incidir nos casos tratados pela insulina. As perturbações metabólicas dos hidratos de carbone e a consequente alteração do metabolismo das proteínas e das gorduras, devem ser uma explicação da frequência com que a diabetes se acompanha de alterações vasculares.

MORAIS DAVID.

A anemia esplénica infantil tratada pela esplenectomia. (*Splenic anaemia of young children treated by splenectomy*), por H. ASHBY e H. SOUTHAM. — *Brit. Med. Jour.*, 6 de Março de 1926.

No tratamento da anemia esplénica infantil avançada, a esplenectomia deve ser particularmente considerada, desde que o tratamento médico se tenha demonstrado ineficaz.

A esplenectomia traz consigo uma cura aparente rápida. O seu valor final, como método curativo, só se poderá apreciar em confronto dos resultados de novos casos submetidos a este tratamento. 3 casos referidos pelo A. beneficiaram altamente com a esplenectomia. Os riscos ligados à intervenção cirúrgica não são grandes desde que se faça uma apropriada preparação dos doentes.

MORAIS DAVID.

A roentgenterapia da tuberculose. (*Die Roentgenbehandlung der Tuberkulose*), por WALTER ALTSCHUL, da clínica cirúrgica de Praga. — *Strahlentherapie*, Bd, XIX, H. 3, 1925.

A tuberculose, especialmente a denominada tuberculose cirúrgica, constituiu um campo dos mais favoráveis para a roentgenterapia, tanto mais que



as doses nela utilizadas são tão pequenas, que só um êro grosseiro pode prejudicar. Na tuberculose não temos que destruir focos, como no caso dos tumores, mas simplesmente contribuir para a regeneração do tecido doente e auxiliar a luta do organismo contra a acção dos bacilos.

A *helioterapia* surgiu em primeiro lugar como um excelente factor terapêutico, mas muito lento; o *sol artificial das altitudes* veio melhorar e tornar mais rápido o tratamento, mas é economicamente defeituoso, porque exige sessões muito aproximadas e repetidas. Com o fim de tornar mais económico o tratamento da tuberculose cirúrgica, o A. passou a empregar a *roentgentherapie*, e os resultados que obteve foram de tal ordem que pôde a bster-se, na maior parte das vezes, de instituir um tratamento geral; todavia, sempre que os meios económicos e as facilidades profissionais do doente lho permitiram, acrescentou ao tratamento a actinoterapia geral, cobrindo as partes irradiadas com os raios X.

A roentgentherapie tem a grande vantagem social, contra os outros métodos, de prender o doente apenas alguns minutos de três em três semanas ao princípio, e, mais tarde, de seis em seis semanas, não o impedindo, assim, de entregar-se às suas ocupações.

O maior número de lesões tuberculosas que o A. teve de tratar foram as *adenites*, sobretudo cervicais. Obteve sempre bons resultados, mesmo nos casos fistulizados.

Segue-se, em ordem de freqüência, a *tuberculose óssea e articular*. Aponta também resultados favoráveis, tanto melhores quanto mais delgada a articulação doente; nas grandes articulações, se nem sempre conseguiu a cura, as melhoras foram tais que permitiram a volta à ocupação habitual. Em geral associou à roentgentherapie os métodos ortopédicos (imobilização e repouso) e, quanto possível, a helioterapia geral.

As *formas verrucosas da tuberculose cutânea* reagem bem aos raios X. As indicações para o tratamento do *lupus* devem ser limitadas: as formas planas, sêcas, com nódulos disseminados, são pouco favoráveis a esta terapêutica e o A. prefere para elas a *finsenterapia*; as formas ulceradas, ao contrário, pertencem à roentgentherapie. Convém associar por vezes vários métodos, mesmo o cirúrgico.

Na *tuberculose peritoneal e genital* os resultados foram dignos de nota.

A *tuberculose laringea* oferece um campo em geral desfavorável; se é certo que podem obter-se bons resultados iniciais, o processo pulmonar, a que está na maior parte das vezes associada esta lesão, provoca uma recidiva quási constante.

O A. tem na sua estatística três casos de *tuberculose da língua*, em que nada conseguiu com o emprêgo destas radiações.

Ao lado da tuberculose cirúrgica, também nos últimos tempos se tentou a roentgentherapie da *tuberculose pulmonar*. Obtiveram-se os melhores resultados nos casos de adenite tràqueo-brônquica, principalmente no desaparecimento rápido dos sintomas de compressão (tosse, dores); nos casos sem complicação, ficou-se na dúvida se as melhoras foram devidas à roentgentherapie, se aos restantes métodos habituais empregados conjuntamente. Os raios X favorecem a transformação do tecido de granulação tuberculoso

em tecido cicatricial; a sua acção sobre os bacilos é nula ou pelo menos muito discutida. Sendo assim, estão contra-indicados nas formas em que a virulência dos bacilos é superior á tendência natural para a cura, isto é, nas formas exsudativas caseosas, cujo processo de fusão pode mesmo agravar-se. Não há contra-indicação nos casos de cavernas, quando um processo cirrótico as circunda e tende a aumentar. Resulta destas considerações a necessidade de uma estreita união entre o clínico e o roentgenologista. A escolha dos casos apropriados é extraordinariamente difícil, visto que, de um modo geral, não há tipos produtivos ou exsudativos puros.

No que respeita à *técnica da irradiação*, não há fórmulas; o A. não admite a noção de «tuberkulosedosis» estabelecida por Wintz: 50 % da dose de eritema é demasiado para a tuberculose, que, de resto, reage diferentemente segundo os indivíduos. Além disso, há que atender à qualidade das radiações: não há necessidade de filtros pesados, nem de irradiações muito penetrantes, para que a pele circunjacente possa absorver radiações que favoreçam os meios de defesa. O A. nunca empregou filtros superiores a 3 mil. de alumínio.

Em *Conclusão*, o A. afirma:

1.º Para o tratamento da tuberculose, não são necessários os grandes aparelhos de roentgenerapia profunda. A dose é regulada para cada caso e em geral bastam doses pequenas e filtros delgados.

2.º Obtêm-se os melhores resultados na adenite tuberculosa, particularmente na cervical.

3.º A combinação da roentgenerapia e dos métodos ortopédicos dá excelentes resultados no tratamento da tuberculose óssea e articular.

4.º As restantes tuberculosas cirúrgicas, em especial a peritoneal e a aneal, constituem também um campo favorável para a roentgenerapia; só a tuberculose da língua não reage aos raios X.

5.º A tuberculose tráqueo-brônquica (o complexo primário) é influenciada favoravelmente pela roentgenerapia: os sintomas de compressão desaparecem logo depois da primeira irradiação.

6.º As esperanças de conseguir obter na tuberculose pulmonar resultados idênticos aos obtidos na tuberculose cirúrgica são, provisoriamente, muito limitados.

BÉNARD GUEDES.

Roentgenerapia das doenças inflamatórias em ginecologia. (*Roentgenbehandlung entzündlicher Beckenerkrankungen in der Gynäkologie*), por C. FRIED. — *Strahlentherapie*, Bd. XIX, H. 4.

O Prof. Heidenhain já demonstrou, desde 1915, que os raios X tem uma influência favorável sobre as infecções purulentas, como furúnculos, fleimões, pneumonia, parametrites, etc., o que foi comunicado pelo A. ao Congresso Cirúrgico em 1924; em 243 casos de infecções cirúrgicas diversas, os resultados foram classificados de bons em 71,6 %. Desde então os efeitos do tra-

tamento tornaram-se ainda mais eficazes, pelo simples facto de terem deixado de irradiar como *ultima ratio* e passado a empregar precocemente esta terapêutica em todos os casos em que estava indicada.

A irradiação dos processos inflamatórios tem agora indicações e uma técnica bem determinadas, muito especialmente nas doenças ginecológicas agudas ou sub-agudas.

A temperatura desce à normal dentro de 48 horas; os sinais subjectivos, a dor, a falta de apetite, a insónia, desaparecem rapidamente; o estado geral melhora; muitas vezes não se observam sinais da inflamação à palpação 8 a 10 dias depois.

O A. irradiou 9 casos de *endometrite grave*, puerperais em geral, com temperaturas muito elevadas, estado geral péssimo, corrimento sanioso abundante; 8 casos (88,8 %) curaram-se.

A *parametrite aguda* reage diversamente, conforme a fase e a extensão da infiltração. Os exsudados moles cedem rapidamente à acção dos raios de Roentgen; as infiltrações duras, que ocupam toda a metade da pelve, evoluem em geral para a fusão e necessitam meios cirúrgicos de drenagem auxiliares. Em 17 casos obteve 14 resultados bons (82,3 %). Só observou dois casos de *parametrite crónica*: em um houve regresso total da tumefacção, no outro não conseguiu influir sobre o empastamento duro, mas as dores e a dismenorrea desapareceram e a doente regressou ao trabalho.

As *salpingites simples e tumores inflamatórios dos anexos* cedem em geral facilmente, sem deixarem resíduos. Em 19 casos teve 15 curas (78,9 %).

Os 7 casos de *piosalpingite* tratados pelo A. reagiram todos favoravelmente à irradiação.

Os resultados, muito interessantes, obtidos também irradiando *complicações agudas post-abortivas*, logo em seguida à intervenção ou passado algum tempo, levaram o A. às seguintes conclusões: quanto mais precocemente se irradia, maiores são as probabilidades de cura e mais curta a duração do tratamento.

Os períodos menstruais não foram prejudicados em nenhuma das doentes irradiadas; pelo contrário, os fenómenos de dismenorrea desapareceram naquelas que dêles sofriam.

O A. empregou como filtros 0,5 mil. de Zn, mais 1 mil. de Al. e tensões de 140 KV. As doses foram calculadas em 15 %, o máximo 20 % da dose de eritema, repetidas com 8 dias de intervalo, sempre que foi necessário; mas nunca irradiou mais que duas vezes.

BÉNARD GUEDES.

Biblioteca da "Lisboa Médica,"

Obras recebidas:

Acromacrie, por EGAS MONIZ (Separata da *Revue Neurologique*. N.º 6, 925).

O A. refere um novo caso de uma rara distrofia óssea congénita dos membros.

Conhecem-se apenas três casos. Um apresentado em 1896 à Soc. Méd. des Hôp. de Paris por Marfan. Êste caso foi de novo apresentado por Méry e Babonneix em 1902.

Outro apresentado por Achard à mesma Sociedade. E agora êste do A.

Várias designações têm sido propostas para esta rara distrofia. Marfan chamou-lhe *dolicostenomélia*. Mery e Babonneix, *hipercondroplasia*; e Achard, *aracnodactília*.

A qualquer destas designações prefere o A. a de *acromacria*, que lembra o termo *acromegalia*, com a qual lhe parece a distrofia óssea que descreve tem alguns pontos de contacto pelo que respeita à etiologia; além de que as outras designações não dão ideia geral de tãda a sintomatologia da doença.

A afecção é caracterizada por uma deformação congénita dos quatro membros, mais pronunciada nas extremidades do que na raiz e marcada pelo alongamento simétrico dos ossos com um certo grau de adelgaçamento.

Pelo interêsse e raridade do caso e para melhor elucidação dos leitores da *Lisboa Médica*, reproduzimos, com a devida vénia, algumas das gravuras publicadas pelo A. e respeitantes ao seu caso.

Tratava-se de uma rapariga de 11 anos e meio de idade.

Nos outros dois casos um, o de Mery e Babonneix, tinha tambem 11 anos e meio e o de Achard 18 anos.

Os três casos diziam respeito a indivíduos do sexo feminino.

Faz um minucioso estudo pelo que respeita ao diagnóstico diferencial com a *acromegalia* e o gigantismo.

A *acromacria* é bem diferente da *acromegalia* e do gigantismo.

As deformações na *acromacria* são congénitas; são principalmente ósseas e só no sentido do comprimento, enquanto que na *acromegalia*



Fig. 1

Aspecto da doente. (Notar o comprimento das mãos e dos pés)

são quasi sempre adquiridas, atingem todos os tecidos e em todos os sentidos.

Também na acromacria, ao contrário do que se passa no gigantismo, o crescimento anormal dá-se só num sentido com predominância do sistema ósseo e principalmente nas extremidades.

A propósito da etiologia, pensa o A. que esta dystrofia seja devida a alterações hipofisárias.



Fig. 2

Radiografia do crânio da doente. Sela turca alongada e profunda

A radiografia do crânio mostra alargamento da sela turca. A localização e a natureza das lesões serão diferentes das da acromegalia, mas, em todo o caso, pensa que a lesão deverá ser hipofisária.

Marchoux-Paludisme, por GILBERT ET CARNOT. Fasc. V do *Nouveau Traité de Médecine*, 1 vol. 336 p. e 135 figs. a negro e a côres. J. Baillière fils édit., 1926. 45 francos.

O tratado que acaba de aparecer vem preencher uma lacuna que há muito se fazia sentir na literatura médica.

Poucos capítulos da patologia fizeram no último quarto de século tantos

progressos como o do sezonismo e raras doenças interessam tanto, especialmente os países colonizadores, como esta. Todavia não havia uma obra moderna em que se achassem arquivados os nossos actuais conhecimentos sôbre o paludismo. Pois essa obra que tanta falta fazia foi admiravelmente realizada pelo Professor E. Marchoux, do Instituto Pasteur de Paris. O seu tratado abrange o estudo completo do sezonismo desde a história tão interessante da descoberta do agente e seu ciclo evolutivo até ao aspecto clínico, terapêutica e profilaxia da doença.

Padecem freqüentemente os livros científicos duma acanhada xenofobia dos seus autores de forma a não representarem a totalidade dos conhecimentos adquiridos sôbre determinado assunto. O livro de Marchoux, aproveitando tôdas as contribuições para elucidar o magno problema do paludismo, é realmente uma obra completa. O autor juntou-lhe, e é uma feliz inovação, uma chave dicotômica ilustrada permitindo a diagnose da espécie e a determinação da idade do Plasmodio. Finalmente o capítulo do tratamento é completíssimo e nêle se encontra a última palavra sôbre o assunto.

Evidentemente não há trabalhos perfeitos e êste tem umas certas incorrecções, especialmente no que diz respeito aos Plasmodios não humanos, mas isto não tira o valor a esta obra que será lida com o maior interêsse por clínicos e homens de laboratório.

C. F.

Donativo aos Hospitais

Por intermédio dos Ex.^{mos} Srs. A. Vincent, L.^{da} (Rua Ivens, 56) receberam os Hospitais de Lisboa um importante donativo de produtos dos ETABLISSEMENTS CHATELAIN, de Paris

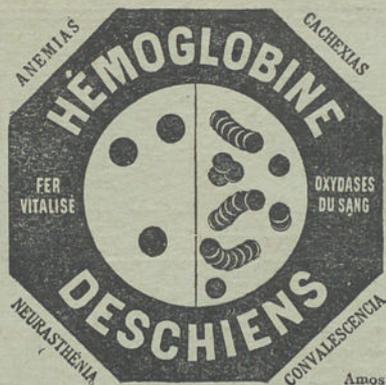
Hospital Escolar (Santa Marta)	1.454 frs.
Hospitais Civis	5.445 frs.

Estes donativos consistem nas seguintes especialidades farmacêuticas :
 Argent Colloidal Electrique, Cachets Manget, Fandorine, Feminoglandol, Filudine, Globeol, Glycerophosphate de Chaux, Gyraldose, Jubol, Jubolitoires, Kola, Masglandol, Noctyl, Pageol, Romanyl, Spiranyl, Vamianine, Dosarter, Gamostyl, Plasmocol, Pyran, Tréposan, Argent, Arsenic, Cuivre, Colloidaux, Bilexabol, Embrocaton, Trepositoires, Thymocalcine, Antimoustique, Methyarsinate de Soude, de Gayacol, de Fer, Cacodylate de Soude.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA





Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineracs do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{la}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amstras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA INSULINA BYLA

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^A

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

Tratamento completo das doenças do figado e dos syndromas derivativos

Litiase biliar, insuficiéncia hepática, coleemia 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 colheres de sobremeza 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 colheres em 160 gr.
d'agua fervida
quente.
Crianças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amstras e Literatura: LABORATÓRIO do PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^A, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

INSULINA

(ELI LILLY & COMPANY)
INDIANAPOLIS, E. U. A.

TRATAMENTO DA DIABETES

DEPOSITÁRIO

INSTITUTO PASTEUR
DE
LISBOA

RUA NOVA DO ALMADA, 69

LISBOA

RUA DOS CLÉRIGOS, 36

PORTO

Sala

Bst.

Tab.

N.º