



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

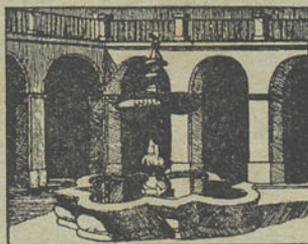
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALGIFICANTE

Depositarios 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 — R PHARMACTAS.

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 convalescências —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B

Est. 9

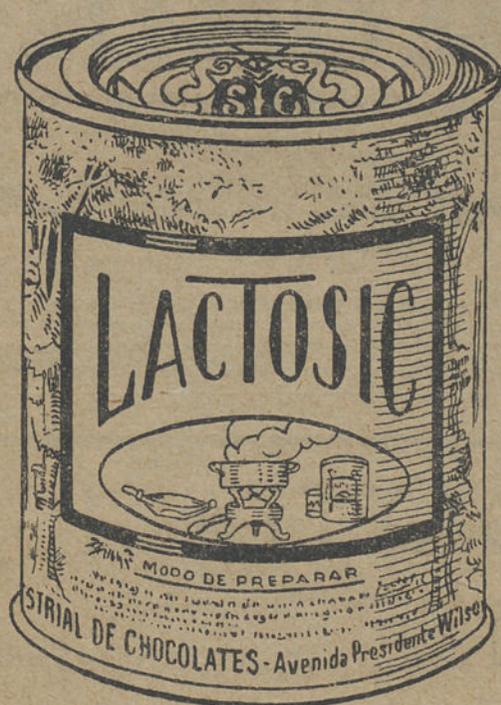
Tab. 1

N.^o 46

LISBOA MÉDICA

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 4748
3 Julho 1933

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 : :

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

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 Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITÁRIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C. a, L. da 46, R. Santa Justa, 2.º

LISBOA

PHAGOLYSINE

TUBERCULINOTERAPIA POR VIA BUCAL

ENDOTINE em elixir do Prof. Gábrilovitch

Ex-médico director aos 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

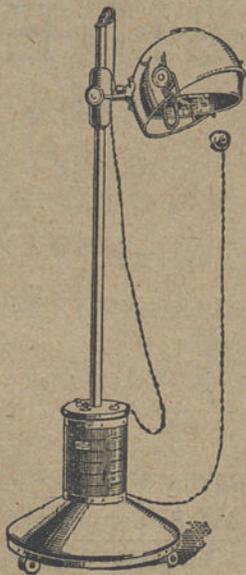
LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliares, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**
AFFECCÕES DO FIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratórios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).



RAIOS ULTRAVIOLETAS

Lampadas Bach, Jesioneck, Sollux
e acessórios

Da Quartzlampen Gesellschaft m. b. H.,
de Hanau

Para entrega imediata

J. ROMA, L.^{DA} (Engenheiros)

Rua dos Fanqueiros, 334, 1.º

LISBOA



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 entravar os fagócitos 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 elle 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

MESUROL

Emulsão oleosa a 20% de sal básico do bismuto
do eter monometílico do ácido dioxibenzóico
1 c. c. = 0,11 gr. de Bi

Tratamento pelo bismuto
em injeções intramusculares indolôres

Contem grande quantidade de Bi
Emulsão finissima
Accção rápida e persistente

Prescreva-se:

Mesurool (frasco de 15 gr.)
Embalagem original «Bayer»



J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung «Bayer-Meister Lucius»

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIYIDADE - Rua dos Douradores, 150, 3.º - LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

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

ARHÉOL

$C^{15} H^{26} O$



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

KOLA ASTIER

GRANULADA



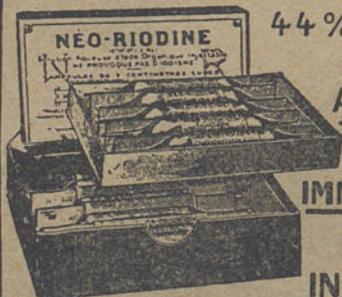
Antineurastênico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE

$C^3 H^6 O^4 I_5 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel

44 % de Iodo



ACÇÃO

IMEDIATA

INTENSA

Em injeções intramusculares e intra-venosas.
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

$(C^{18} H^{33} O^3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$

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.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>O tratamento moderno da paralisia geral</i> , por Wilhelm Weygandt	pág. 325
<i>Alguns elementos novos para o diagnostico e tratamento das neuroses gástricas de secreção</i> , por J. H. Cascão de Anciães	» 341
<i>Corpos estranhos intraoculares</i> , por A. Anastácio Gonçalves	» 357

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 366
--	-------

O TRATAMENTO MODERNO DA PARALISIA GERAL

PELO

PROF. DR. WILHELM WEYGANDT
(Hamburgo)

À psiquiatria cabem a mais ingrata missão e os piores prognósticos dentro da medicina. Na paralisia progressiva, o êxito letal quasi tinha assumido o character de um dogma. Este diagnóstico equivalia a uma sentença de morte que deveria executar-se, o mais tardar, dentro de dois ou três anos.

O psiquiatra estava por isso colocado num terreno de absoluta passividade no que dizia respeito ao tratamento da P. G., mesmo depois das investigações de Nissl e Alzheimer, que estabeleceram os nossos conhecimentos actuais a respeito das lesões cerebrais nesta doença. Apenas o banho prolongado, aconselhado por Kraepelin em 1895, se usava como o único tratamento capaz de prolongar a vida aos paralíticos agitados ou com úlceras por decúbito.

Quando a etiologia sífilítica da paralisia geral deixou de ser uma simples suspeita, nascida do exame de estatísticas e casuísticas, para ficar firmemente estabelecida pelas investigações sorológicas, as análises do líquido céfalo-raquidiano e a descoberta do espiroqueta no cérebro, por Noguchi, surgiram novas esperanças, baseadas no emprego de remédios específicos anti-sifilíticos. Jahné em Munich e Pulido Valente em Portugal mostraram que em 70 % dos casos de paralisia geral se encontravam espiroquetas no cérebro dos paralíticos.

Já há muitos anos alguns investigadores vinham recomendando o emprego do mercúrio, e continuam a usá-lo na actuali-

dade. Por muito activa que possa ser a medicação iodo-mercurial em algumas formas de sífilis cerebral, considero como negativos os seus resultados na paralisia geral progressiva propriamente dita; mas creio, por outro lado, que as peoras observadas por outros auctores após o tratamento mercurial são exclusivamente de idas à marcha progressiva do mal, quere dizer, que do mesmo modo se dariam sem o tratamento. Devemos contudo precaver-nos contra a medicação mercurial, quando mais não seja pelo tempo perdido, para uma intervenção mais eficaz.

A descoberta do Salvarsan despertou grandes esperanças, mas fracassou a sua aplicação por via endo-venosa e também não se conseguiram melhores resultados com as injeções intra-carotidianas.

Melhores resultados se obtiveram injectando-o no sacco lombar (Marinesco, Weichselmann, Swift e Ellis etc.); pode também ser injectado usando o sôro como veículo. Gennerich recomendava para isso que se misturassem numa proveta graduada meio até dois miligramas de Neosalvarsan com o sôro ou melhor com o liquido céfalo-raquidiano; mais recentemente aconselhou que se fizesse a punção lombar, em dois pontos, a alturas diferentes, misturando depois o liquido céfalo-raquidiano extraído pela punção superior com maiores quantidades de Salvarsan do que as referidos acima, injectando depois a mistura e, acto-contínuo, o liquido extraído pela punção inferior. Os notáveis resultados de Gennerich (47,3 % de melhoras acentuadas, e apenas 13,1 % de casos não melhorados) devem-se certamente a que, durante a guerra, instituiu o tratamento nos primeiros períodos da doença. Nós apenas observámos resultados positivos em casos isolados.

O Neosalvarsan aplicado em injeção endolombar é, pelo contrário, muito eficaz no tratamento dos casos agudos de sífilis cerebral. Nestes casos conseguem-se reduzir a zero tôdas as reacções ao cabo de poucas injeções, desaparecendo também a excitação psíquica e os sintomas clínicos. O gráfico da Fig. 1 mostra como desaparecem as reacções citadas.

Não é de admitir que seja mais vantajosa a punção sub-occipital do sacco sub-aracnoideu ou a injeção intra-cerebral através do corpo caloso, após trepanação frontal ou pela fenda esfenoidal. Qualquer destes métodos comporta, pelo contrário, muito maiores perigos.

acompanhada de leucocitose. Donath, na Hungria, cita freqüentes remissões favoráveis, obtidas com êste tratamento, enquanto a maioria dos autores apenas observaram efeitos de pouca monta.

O. Fischer, G. Hermann, Fr. Th. Münzer e O. Potzl na clínica alemã de Praga recomendaram recentemente o uso do *phlogetan*, que é uma mistura de diversos productos procedentes da desintegração de determinados albuminoides; injecta-se em doses crescentes, com intervalos de três ou quatro dias, até atingir uma dose de 15 centigr., sendo a dose total máxima 1 gr. Segundo os referidos autores conseguem-se melhoras na paralisia geral em 78 % dos casos; sobretudo conseguir-se ia segundo eles fazer entrar a doença num período estacionário, como aconteceu num caso de P. G. que à data da comunicação dos autores havia 4 anos não dava sintomas.

Teem sido aconselhados muitos outros estimulantes: mercúrio, *embarin* (composto salicil-sulfônico de mercúrio, com acuína), albumoses, alguns productos extraídos do leite (aolan, yatren-caseína), óleo de chaulmogra, etc.

Maior eficácia parecem ter os preparados bacterianos. Em 1891 applicou von Wagner-Jauregg, em Viena, a tuberculina e depois culturas de bacilos piociânicos e de estafilococos. Recomendava o emprêgo da tuberculina de Koch (Alttuberculin) por via sub-cutânea na dose de 0^{gr},005 a 0^{gr},01 e 0^{gr},001 nos casos suspeitos de tuberculose; quando a reacção febril atingia 38°,5 repetia-se a dose passados dois dias, aumentando-a a cinco quartos quando a recção não atingia aquela temperatura. Segundo Pilcz, de Viena, 26,7 % dos casos assim tratados podiam voltar a exercer as suas profissões. Nas minhas observações deram-se remissões favoráveis em um terço dos casos. Von Wagner-Jauregg aconselhou que se completasse a cura com o emprêgo do mercúrio, com a applicação da vacina anti-tífica de Besredka por via intra-venosa em doses crescentes, começando com 0,1 de cent. cub. da vacina mais fraca (25 milhões de germes). Friedlander applicou em 1898 culturas de bacilos tíficos.

Modernamente, Weichbrodt e Bieling, em Francfort aconselharam o emprêgo de uma suspensão de bacilos X 19 mortos (bacilos proteiformes encontrados por Weil-Felix na urina dos doentes de tifo exantemático), como complemento do tratamento por inoculação da febre recorrente.



ARTHIGON

SEGUNDO FÓRMULA APERFEIÇOADA E
ARTHIGON EXTRA-FORFE APERFEIÇOADO

Vacina sumamente polivalente contra gonococcus
Para tratamento específico de complicações gonorróicas

O **ARTHIGON**, melhorado segundo novos ensaios, consiste em uma emulsão de gonococcus cuidadosamente mortificados numa solução esteril de Urotropina ($1 \text{ cm}^3 = 100$ milhões de gonococcus). Esta impede a dissolução dos gonococcus e dá à emulsão uma consistência duradoura.

APLICAÇÃO:

- 1) Injecções intravenosas para fins diagnósticos, descobrimento da etiologia suspeita e bacteriologicamente não firmada, como infiltrados gonorróicos, prostatites, epididimites, artrites, anexites, portanto, com o fim de provocar a moléstia, e para avaliar dos resultados do tratamento da blenorragia.
- 2) para fins terapêuticos. O tratamento é em princípio o mesmo da injecção diagnóstica.

EMBALAGEM ORIGINAL:

Caixa de 6 ampolas, cada uma de 1 cm^3 em doses progressivas de gonococcus (I-VI).

O **ARTHIGON extra-forte** fornece resultados terapêuticos extraordinários nos casos renitentes de epididimites, prostatites e artrites gonocócicas, como ainda, também, para debelar o corrimento agudo blenorragico da mucosa uretral, associado ao tratamento local conveniente por meio de preparados de prata **HEGONON-Schering**.

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante científico:

C. A. GLADE, LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

Ex.^{mo} Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura da

**ARTHIGON e ARTHIGON
extra-forte SCHERING**

Nome :

Enderêço :

PULMOSERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHE E DO SARAMPO.

MODO DE USAR-O Uma colher das de café de manhã e de noite.

Laboratorios A BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

”

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^ª— MÁLAGA

Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.^ª

Rua Nova da Trindade, 9-1.^º

LISBOA

Ex.^{mo} Sr.

C. A. Glade

Rua Vitor Corden, 7

Lisboa

Pode dizer-se que o emprego destes productos químicos e bacterianos serviu pelo menos para demonstrar que está ao nosso alcance modificar favoravelmente a evolução da P. G. Não será demais contudo recordar que desde há muito se conhecem remissões espontâneas no decurso desta doença, que chegam a atingir a percentagem de 11,4 %, conforme Kirschbaum demonstrou em uma série de 902 casos da nossa clinica de Hamburgo.

Uma vez provada a influência que teem as elevações de temperatura obtidas artificialmente e sendo um facto já de antiga observação que em alguns dementes se dão surpreendentes melhoras quando sofrem certas infecções intercorrentes (como febre tifoide, varíola, fleimão, abscessos, erisipelas, difteria, sarampo, escarlatina, pneumonia, cólera, malária, etc.), era natural que o médico se aventurasse a investigar a influência que cabia às referidas infecções quando inoculadas propositadamente. Já em 1789 Christian Friedrich Reuss comunicava que a inoculação da varíola podia curar a raiva. Em 1848 Koester informava que de 24 alienados que contraem a malária, 7 se curam e outros 7 melhoram. Em 1870 assinalou Nasse casos de paralisia que melhoraram por ocasião de uma infecção malárica intercorrente. Em 1875, Rosenblum na Russia inoculou durante uma epidemia de febre recorrente 22 doentes mentais crónicos e verificou 11 casos de cura e 3 de melhoras.

Foram preferidos para estes fins a malária e a febre recorrente por nelas ser fácil a graduação da febre e a sua repressão.

Um dos meus doentes estava num estado gravíssimo de excitação e demência paralítica não havendo outro qualquer remédio senão mantê-lo constantemente dentro de um banho quente. Tinha gangrena da pele e vários abscessos e fleimões. Todavia a paralisia retrocedeu, evidentemente devido a esta infecção purulenta com febre, de tal forma que poudo ter alta em perfeito estado de remissão. Ficou capaz de retomar a sua profissão de trabalhador no porto e de ganhar a vida para si e para os seus. Ao cabo de ano e meio cessou porém a remissão e a demência continuou até à morte. A fig. 2 mostra o doente numa fase de excitação durante a inflamação cutânea, sendo preciso mantê-lo num banho quente permanente, e a fig. 3 mostra o mesmo doente em fase de remissão depois dessa época.

Von Wagner-Jauregg propoz em 1887 a inoculação de malária aos paralíticos; inoculou-a em 9 casos em 1917 e continuou a empregar êste tratamento a-pesar da geral opposição àcremente manifestada. Seguiu as suas experiências no outono de 1919 com resultados muito satisfatórios; dos primeiros 9 casos inoculados, encontram-se ainda hoje, passados 9 anos, 3 completamente aptos para o seu trabalho profissional.

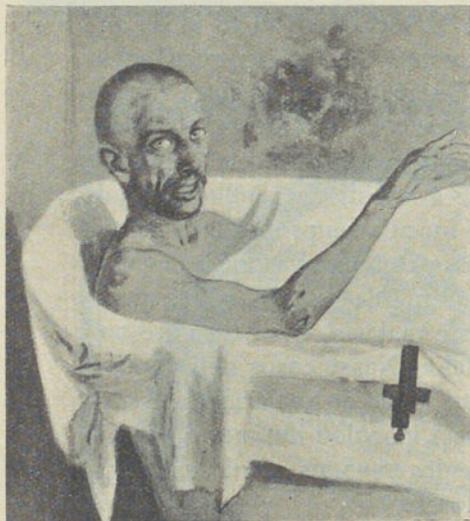


Fig. 2

Paralítico, caso gravíssimo com fleimões e abscessos



Fig. 3

O mesmo paralítico, em remissão, muito melhorado, capaz de trabalhar, graças aos fleimões e abscessos

Weichbrodt em Frankfort, Plaut e Steiner em Munich, e Muehlens e nós em Hamburgo, temos inoculado diversas doenças infecciosas aos paralíticos desde a primavera de 1919. Empregávamos a princípio a terçã (*Plasmodium vivax*), a quartã (*Plasmodium malariae*) e a estivo-outonal (*Plasmodium immutatum*), bem como a fébre recorrente; mais tarde limitámo-nos a usar a terçã, por causa dos maiores perigos que as outras formas encerram. A fébre recorrente parecia oferecer especiais vantagens, por se tratar de uma espirilose, pelos fortes acessos febris que costuma provocar e por ser fácil conservar material

infectante por meio de passagens no Rato. Mas é mais difícil do que para a terçã conseguir um material fresco para infecção, as temperaturas que se conseguem não alcançam as cifras que se atingem na infecção natural e finalmente algumas raças mostram-se refractárias à acção do Salvarsan.

Costumamos tomar 0,2 a 3 c. c. de sangue venoso de um doente de malária terçã, preferindo o de um paralítico em tratamento durante o período febril, e injectamos acto-contínuo estas quantidades por via sub-cutânea no braço ou nas costas; os acessos febris surgem após um período de incubação de 8 a 14 dias, mas que às vezes se prolonga durante algumas semanas. O período de incubação é mais curto, 3 a 5 dias, quando a inoculação se faz por via endo-venosa. A inoculação falha em 10 % dos casos exigindo uma repetição da injeção.

Os acessos febris começam geralmente com calafrios, a febre atinge em geral 40°, às vezes chega a 41°, em raros casos 42°; uma vez observei 42°,3. Adquirem com frequência o tipo quotidiano. Depois de 8 a 12 acessos corta-se a febre com quinina, duas doses de 50 centig. de cloridrato de quinina por via bocal, algumas vezes também por via intra-venosa; ou ainda 1 gr. de quinina-uretana por via sub-cutânea ou intra-muscular 3 a 5 dias seguidos. Depois da primeira dose de quinina costuma haver ainda um acesso, raras vezes dois ou três. É indubitável que estes doentes reagem melhor à quinina do que os que sofrem uma infecção natural.

É absolutamente necessário observar algumas precauções; antes de tudo evitar que o doente seja mordido por *anofeles* que poderiam propagar a malária. Comtudo ensaios praticados para infectar mosquitos *anofeles* com doentes com malária experimental, para conseguir depois, por meio destes mosquitos, uma vacina anti-malárica, não sortiram efeito até à data.

Não deixa de ser muito instructivo o seguinte caso: na autópsia de um paralítico falecido durante um ataque de malária e cujo cadaver tinha permanecido mais de 24 horas a uma temperatura de 0°, um empregado infectou-se com malária.

É necessário ter um cuidado especial com o estado do coração e dos vasos; em doentes com fraqueza cardíaca ou com doenças dos grandes vasos (aneurismas, endarterites, e especialmente mesaortite) corre-se o perigo de surgir uma asistolia mor-

tal no decurso do tratamento, ou poucos dias depois de este ter terminado. É preciso por isto, antes de o instituir, investigar o estado da pressão sangüínea e fazer um exame radiológico minucioso do aparelho cárdio-vascular, apesar-de que nem mesmo assim se consegue excluir com segurança a existência de uma lesão. A taquicardia e as arritmias dos períodos febris combatem-se com *digaleno* e outros preparados com digitalina; óleo canforado. etc. Um novo remédio bom é o *cardiazol*. Também se deve vigiar com cuidado, o desenvolvimento dos plasmodios no sangue; interromper-se há o tratamento logo que apareçam formas suspeitas de uma infecção mixta com malária tropical; devemos ter em conta que nos doentes que tenham tido anteriormente malária tropical, esta pode ser activada de novo pela infecção com malária terçã. Em uma série pequena de infecção mixta de terçã com estivo-outonal tivemos 50 0/0 de mortes.

Deve interromper-se o tratamento se aparece um tom ictérico na esclerótica e na pele, ou se aparecem pigmentos biliares na urina. Há doentes que toleram perfeitamente a cura apesar-de terem um aneurisma, uma dilatação cardíaca, ou qualquer outra perturbação circulatória, mas só deve tentar-se o tratamento malárico nestes doentes quando possam ser submetidos a minuciosa vigilância, e tonificando em caso de necessidade a sua função cardíaca.

Há doentes que têm uma idiossincrasia para a quinina, nos quais a aplicação de esta droga provoca numerosas hemorragias que podem terminar num colapso mortal.

Em um dos nossos casos inoculados com malária tropical produziu-se uma hemorragia em seguida a uma injeção de quinina, no ponto onde esta foi feita; mais tarde também saiu sangue pelo nariz; sangravam também as mucosas da boca e de outras partes do corpo. A pele mostrava manchas cor de sangue. A urina tinha também muito sangue. Sintomas de astenia cardíaca produziram a morte. Soubemos então que o doente já não tolerára a quinina durante a sua anterior permanência nos trópicos. Na autópsia encontrámos cicatrizes na aorta, e hemorragias pulmonares, pleurais, intestinais e no baço, bem como nos rins e bexiga.

Em Berlim Schillings e Jossmann observaram um caso que se assemelha ainda muito mais à febre hemoglobinúrica. Cinco

dias após o desaparecimento da febre terçã, apareceu urina negra com grande quantidade de hemoglobina, desaparecimento dos glóbulos vermelhos do sangue e icterícia. Evidentemente, tinha-se produzido um aumento brusco da hemolise. Apesar disto o doente melhorou.

Em alguns casos raros observa-se rotura do baço seguida de morte.

O sangue de um doente de malária, desfibrinado asepticamente e mantido à temperatura do corpo, pode conservar du-

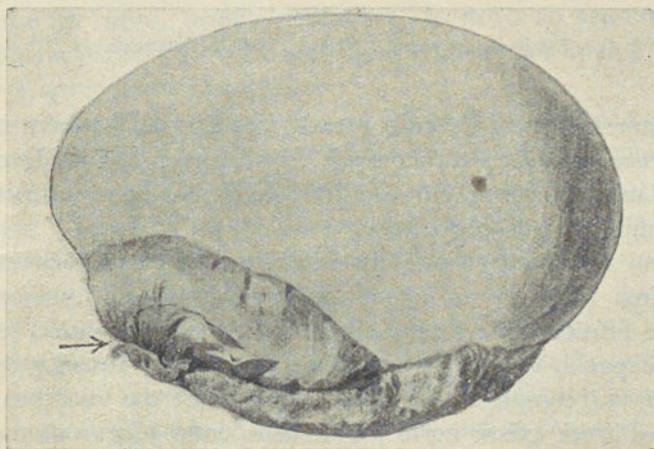


Fig. 4
Rotura do baço

rante algumas horas o seu poder infectante. Recentemente conseguiu-se fazer-lhe conservar esta faculdade durante 4 dias, juntando a 20 c. c. de sangue desfibrinado em meio aséptico, 1,5 a 2 c. c. de uma solução de glicose a 50 0/0 (segundo Kirschbaum) ou de citrato de sódio a 0,5 0/0 (segundo Dattner e Kauders) de sorte que pode ser transportado a certa distância, de preferência dentro de um *thermos*. É porém de aconselhar uma grande prudência no seu emprêgo extra-hospitalar, porque o médico que trata casos isolados não tem a experiência precisa sôbre os precalços e inconvenientes inerentes ao método.

São surpreendentes os bons resultados do tratamento nos ca-

sos recentes, de tal maneira que há 8 anos teriam sido classificados de maravilhosos. Podem melhorar e até desaparecer por completo todos os sintomas objectivos, até mesmo as perturbações da linguagem, reaparecer o reflexo patelar. É todavia raro que desapareça a imobilidade da pupila, pois os sintomas oculares

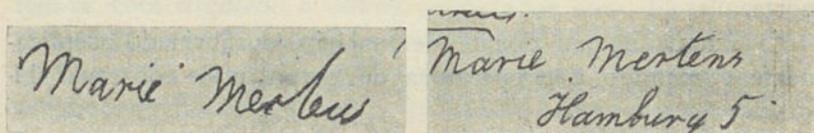


Fig. 5

Escrita de um paralítico antes e depois do tratamento

costumam modificar-se com menor freqüência. Também podem desaparecer as reacções anormais do sangue e do líquido céfalo-raquidiano. Costuma em especial observar-se em pouco tempo uma diminuição da pleiocitose.

Como mais importante apresenta-se com freqüência uma notabilíssima melhora no estado psíquico do doente, melhora que equivale praticamente a uma cura, visto que o paralítico recobra a sua capacidade para o trabalho; não é tão freqüente uma reparação tão completa dos sinais somáticos e das reacções sorológicas. Parece existir certo paralelismo entre o grau da melhora clínica e o da volta do líquido céfalo-raquidiano aos caracteres normais; pode porém facilmente alcançar-se uma plena normalidade psíquica com retorno da capacidade profissional, quando apenas se regista um alívio nos sintomas objectivos e nos caracteres sorológicos.

Podem durar semanas, meses e em alguns casos até anos as melhoras alcançadas.

Delírios e alucinações durante a febre são um sintoma de bom prognóstico.

Assim vemos doentes que se dedicam às mais diversas profissões poderem voltar a exercer os seus cargos, inclusivamente engenheiros, mecânicos, médicos, professores de matemáticas, empregados comerciais, caixeiros viajantes, e também aqueles com profissões que requerem um grande esforço físico. Alguns doentes subiram de posto após o tratamento, ou conseguiram

adextrar-se em outra profissão, ou trabalharam com mais êxito que anteriormente. Em alguns destes casos trata-se de doentes que foram inoculados há 6 ou mais anos. (Em Viena há mais de 8 anos).

Um comerciante de 54 anos de idade, obeso, padecendo do coração, de enfisema e bronquite, teve uma apoplexia causada pela paralisia geral. Tinha além disto gangrena da pele e incontinência de urinas. No tratamento malárico feito há 3 anos teve que tomar-se em conta a astenia cardíaca do doente. Durante a febre teve delírio. O resultado foi, a-pesar de tudo, muito bom; desapareceram tôdas as perturbações funcionais, o doente aumentou de pêso, pôde dedicar-se de novo ao seu comércio de exportação, empreendeu grandes viagens por mar e até começou a aprender novas línguas.

Mas mesmo que o resultado seja muito favorável, não aconselharia ao doente retomar um trabalho profissional em que a vida de muitos seres humanos dependa de uma decisão momentânea, como por exemplo o de maquinista de combóios, aviador, *chauffeur*, prático ou capitão de navios e médico-cirurgião.

Se agruparmos na primeira categoria os casos que recobriram por completo a sua capacidade de trabalho, na segunda categoria os que apenas a recuperaram em parte, na terceira os casos em que as melhoras não chegam a representar uma capacidade mental digna de menção, mas em que se conserva a vida, na quarta os não aliviados e na quinta os casos falecidos obtemos com os nossos doentes as seguintes estatísticas:

	1. ^a categoria	2. ^a categoria	3. ^a categoria	4. ^a categoria	5. ^a categoria
A:	29,5 %	29,5 %	13,7 %	13,7 %	13,7 %
B:	31,4 %	27,1 %	11,0 %	20,3 %	10,2 %
C:	38,2 %	12,3 %	16,5 %	21,8 %	11,2 %
D:	25,84 %	18,24 %	15,5 %	33,44 %	6,99 %

No grupo *A* estão compreendidos 51 casos tratados há mais de ano e meio; no grupo *B* 118 casos com um mínimo de meio ano depois do tratamento; no grupo *C* 170, mais de um ano após o tratamento; no grupo *D* 329 casos com mais de ano e meio após o tratamento. A nossa estatística conta actualmente mais de 700 casos tratados por meio da febre.

Os doentes falecidos sucumbiram na sua maioria a infecções intercorrentes, tão freqüentes na paralisia geral (pneumonia, abscessos). Em casos isolados podia ser inculpada como causa directa da morte a própria malária ou uma diminuição da imunidade natural devida ao tratamento. Mas tais contratempos não se

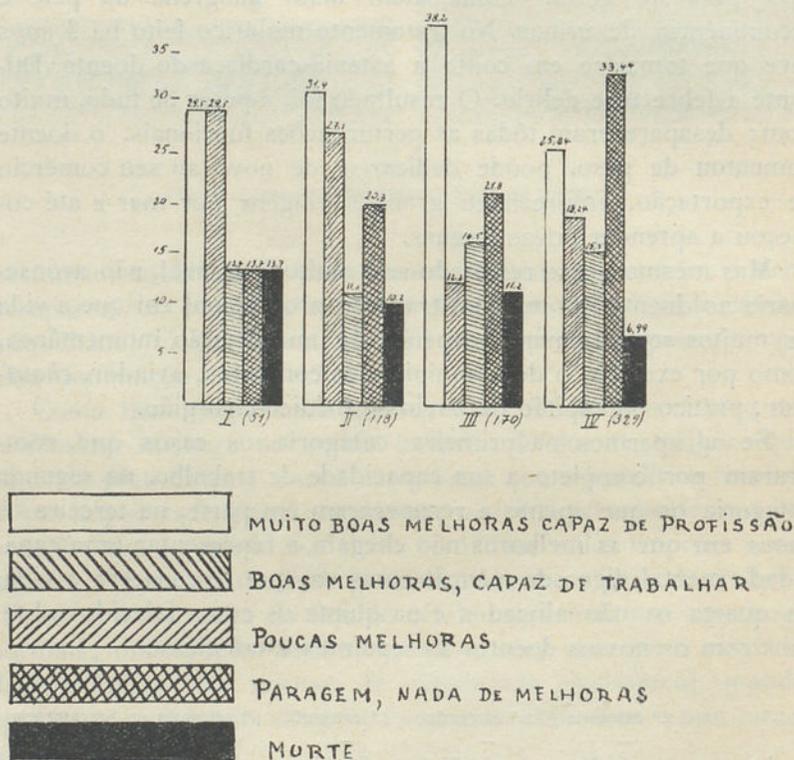


Fig. 6

deram, em geral, a não ser nos casos avançados, com lesões cárdio-vasculares acentuadas, que se submetiam ao tratamento para atender os reiterados pedidos das famílias, apesar-de as advertirmos do perigo que o doente corria.

São pouco favoráveis para êste tratamento as paralisias gerais infantis, as formas galopantes e as formas de localização atípica de Lissauer.

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada emp'la de CINNOZYL contém a solução seguinte esterilizada:

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

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

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

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

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 emp'las de 5 c. c.

1627

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ia}, Pharmac. de 1^{re} cl. Fournisseurs des Hopitales, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

ELECTRARGOL

(Prata)

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

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agent. pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é egualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Olites, Epididymites, Abcessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

ELECTRAUROL

(Ouro)

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

ELECTROPLATINOL

(Platina)

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

ELECTRORHODIOL

(Ródio)

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

ELECTR = Hg

(Mercúrio)

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

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

Cancro, Tuberculoso, Doenças infecciosas.

ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

Tratamento do Cancro.

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

Tratamento do Syndroma anemico.

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

COLLOTHIOL

(Enxofre)

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

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

IOGLYSOL

(Complexo iodo-glycogeno)

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

Curas Iodada e Iodurada

ELECTROMANGANOL

(Manganez)

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

Affecções estaphylococcicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ia} - PARIS 1507

INSULIN 'A.B.'

TRADE MARK  BRAND

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina "A B,":

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

A INSULINA «A B» fornece-se em frasquinhos de

5 cent. cúb. com 100 unidades internacionais	
10 " " " 200 " "	
25 " " " 500 " "	
5 " " " 200 " "	(novo rótulo)

À VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA**
THE BRITISH DRUG HOUSES, L.^{TD} e ALLEN & HANBURYS, L.^{TD} — LONDON
Representante em Portugal:

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Algumas vezes tem-se observado ligeiras melhoras nas formas infantís, tanto no que respeita aos sinais físicos, como à capacidade mental, (por exemplo a escrita).

Os métodos histo patológicos revelam em alguns casos curados, mas falecidos depois por outra doença, os mesmos aspectos que nos casos ordinários não tratados: muitos sinais de infla-

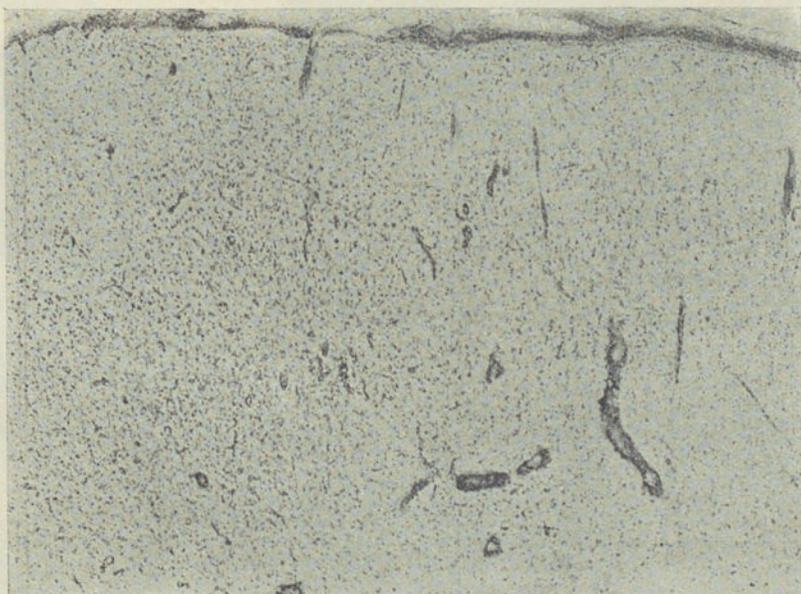


Fig. 7

Córtex cerebral num caso de P. G. sem tratamento.
Perturbação geral e grave com inflamação

mação nos vasos e nas meninges. Outros casos mostram uma melhora das lesões cérebrais, principalmente um estado sem inflamação, como nos paralíticos estacionários.

Vamos ainda consagrar algumas palavras ao tratamento pela febre de outras doenças do sistema nervoso.

No tabes dorsal é muito difícil avaliar dos resultados porque esta doença dura mais largo tempo e tem maior tendência às remissões. Apesar-de tudo surpreende em alguns casos a rapidez com que melhoram ou desaparecem as dores lancinantes, pe-

nosas e de grande intensidade, que inclusivamente chegam a habituar o doente a morfina.

A sífilis cérebro-espinal recente reage com frequência muito bem à injeção endo-lombar de Neosalvarsan, porém julgo mais eficaz a cura pela malária. Não devem esperar-se bons resultados nos casos crônicos antigos, principalmente na artério-esclerose sífilítica dos pequenos vasos cerebrais.



Fig. 8

Paralisia geral estacionária, sem tratamento. Córtex sem inflamação

Até agora não se tem conseguido obter resultado favorável com o tratamento por meio da febre na esclerose em placas, demência precoce, meta-encefalite e epilepsia. Kyrle tratou com bom resultado a sífilis nos primeiros períodos.

Presta-se a diversas interpretações teóricas a natureza da acção obtida com o tratamento. É provável que não seja de importância decisiva a elevação da temperatura. Parece de maior peso o aumento provocado na produção de anti-corpos que

sustariam em primeiro lugar os processos inflamatórios agudos da paralisia. Seria muito para desejar que podessemos completar a influência não específica com uma acção específica, fazendo uso de corpos imunitantes anti-luéticos ou melhor ainda anti-neuro-luéticos.

Nos casos em que pouco se modifiquem os caracteres sorológicos do sangue e do liquido céfalo-raquí-diano pode também completar-se o tratamento com o Salvarsan, applicando-o por via endo-lombar ou sob a forma de drenagem do liquido, ou por via intra-venosa se as reacções são mais acusadas no sangue. Podem também applicar-se outros tratamentos anti-luéticos como por exemplo o bismuto.

Plaut tentou tratar a P. G. injectando culturas puras do agente da sífilis. Em 22 casos não pôde observar melhoras, nem qualquer efeito curativo. Também em 5 casos em que foram injectadas culturas de espiroquetas nas veias, conjuntamente com salvarsan, se não verificou qualquer acção curativa.

Eu tenho ensaiado na paralisia geral a applicação do soro inactivo de casos de sífilis cerebral nos quais os sintomas e as

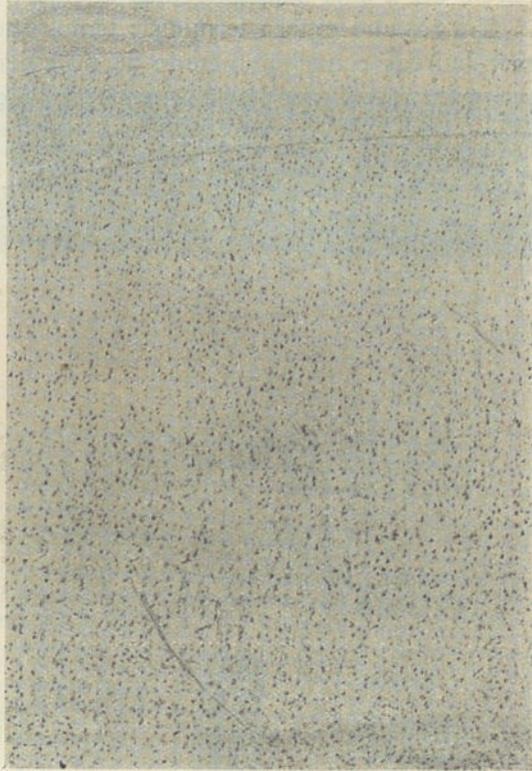


Fig. 9

Córtex cerebral na P. G. Falecido por aneurisma da aorta. Tratado com malária, com boas melhoras histológicas, sem inflamação

reacções tinham retrocedido na sua maior parte espontaneamente. Supúnhamos que se tinham formado corpos imunisantes durante as melhoras da sífilis cerebral, que também poderiam ser eficazes em casos de P. G. para combater o espiroqueta. Porém até à data não obtivemos qualquer resultado.

Em resumo e para terminar: temos que agradecer a von Wagner-Jauregg o melhor método de tratamento da P. G., superior em muito a todos os anteriormente ensaiados.

Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIO

IODARSOLO

O PRODUCTO QUE CONTEM MAIS ELEVADAS
DOSES DE IODO METALLICO 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, fibrinof fermento) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

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

É assim racional a ideia de aproveitar o enzima coagulante em questão na therapeutica com fim hemostatico. Porém, se foi intentada a operterapia 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

INJEÇÕES — 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.

Ação do Lejomalto

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

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

Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento

NÃO É FERMENTESCIVEL

2.^a *Clinica Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa*
(Director: Prof. Pulido Valente)

**ALGUNS ELEMENTOS NOVOS
PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS NEU-
ROSES GÁSTRICAS DE SECREÇÃO**

POR

J. H. CASCAO DE ANCIÃES
(Assistente)

É conhecida a acção de determinadas hormonas sobre as funções digestivas e em particular sobre a secreção gástrica.

No que respeita à acção dos extractos tiroideos, Rogers, Rahe, Fawcett, Hackel (1), entre outros, trabalhando com extractos aquosos, constataram um aumento da secreção gástrica, ao passo que Hardt (2) encontrou diminuição da secreção e da acidez e Molnar e Csaki (3) encontraram resultados variáveis. Badylkes (4), com as doses que provocam sintomas gerais, notou abaixamento da secreção. Rogers, Rahe e Ablahadian (5), trabalhando com extractos de tiroidea em solutos fracamente alcalinos, obtiveram forte aumento da secreção gástrica nos cães.

Não se exerce só sobre a secreção a acção dos extractos tiroideos. Também a motilidade gástrica e intestinal são influenciadas e ainda que as experiências «in vitro» não mostrem uma acção nítida dos extractos sobre o estomago da rã, obtem-se, «in vivo», uma pronunciada diminuição da motilidade. Eiger (6), Kobe (7) e Deusch (8) mostram também, que os extractos tiroideos, em dose média, provocam no coelho, animal que utilizaram para as suas experiências, uma hipermotilidade intestinal. A

acção dos extractos de tiroidea modifica a motilidade pela sua acção sobre o vago, determinando o efeito correspondente ao da excitação deste nervo e assim é que na rã a motilidade gástrica é diminuída, pois o vago é, nesta espécie, frenador da motilidade gástrica (Dixon) (9). Da mesma forma Rogers (10), Parshon e Goldstein (11) atribuem a uma acção sobre o vago a hipersecreção e a hiperacidez determinadas pela administração da hormona tiroidea. Além desta acção sobre o vago, há a considerar ainda a acção sobre o metabolismo do cloro, demonstrada pelas investigações de Eppinger (12). Boenheim (13) verificou também o aumento da taxa do cloro no sangue pela administração de extractos tiroideos bem como Bauer e Aschner (14), Fujimaki e Hildebrandt (15); no entanto, Veil (16) e outros autores põem em dúvida estes resultados, admitindo Veil que a mobilização do cloro determinada pela acção da tiroidea não modifica a taxa do cloro no sangue, passando-se estes fenómenos do metabolismo por intervenção directa do rim.

No homem, sabemos que as perturbações digestivas são importantes sintomas nos estados de hipertiroidismo e o estudo funcional do estômago e dos intestinos está feito na doença de Basedow, por vários autores. Marañon (17), considera frequentes as perturbações digestivas nos estados hipertiroideos frustres de forma vagotónica, em opposição às formas simpaticotónicas, sendo a hipercloridria a alteração própria dessas formas, se não estão combinadas com estados constitucionais ou caquéticos. Miesowicz (18), a quem pertencem as primeiras pesquisas sobre o quimismo gástrico na hiperfunção tiroidea, constata, porém, em cinco casos, aquilia e o mesmo constatam Wolpe (19), Chwostek (20), Elsmann (21), Römheld (22), Moebius (23), Howard (24), Grote (25), Bauer (26), Kocher (27).

Outros autores, como Goldscheider (28), Herzfeld (29) e Eppinger (30), encontraram modificações variáveis da secreção. Por outro lado, além de Marañon, encontram também hipercloridria, Falta (31), Apert (32), Herz (33), Bolten (34), Gaultier (35), Boenheim (13), Hernando (36) le Noir e Agasse Lafont (37), Timme (38) e Escudero (39), este último constatando hiperacidez, hipersecreção e hipertonicidade por vezes com piloroespasmo. A diarreia da doença de Basedow é também atribuída por alguns autores à acção sobre o sistema nervoso vegetativo.

A acção da adrenalina sobre as funções digestivas tem sido também estudada por muitos autores. Rogers, Rahe, Fawcett e Hackell (1), Hess e Gundlach (53), Alperin (40), Sharpey e Schafer (41), Boenheim, Abbahadian, encontram para os extractos da substância não coagulavel das supra-renais uma acção frenadora sobre a secreção, enquanto Jukawa (42) e Sirotinin (43) do laboratório de Pawlow, encontram efeitos opostos. Loeper e Verpi (44) obtiveram aumento da secreção ácida com injeção intra-muscular de 1 mg de adrenalina e, ao mesmo tempo, observaram, nos hipotónicos, aumento da frequência e da intensidade das contracções do estomago. Badylkes (4) encontra aumento da secreção em 80 % dos casos e abaixamento em 20 %.

Neusser e Wiesel (45) não encontram alterações da secreção gástrica nas doenças das supra-renais ao contrário de Leichtentern (46), Grawitz (47), Boenheim (13) e outros que na doença de Addison notam diminuição maior ou menor da secreção. A secreção dos fermentos é também diminuida segundo Boucher (48).

As experiências sobre o estomago da rã conduzem a resultados muito variáveis conforme as condições das experiências. No homem, os resultados são também condicionados pelo estado simpaticotónico ou vagotónico dos indivíduos e pelas doses empregadas. No que diz respeito à sua acção sobre o intestino, Mitsuda (49), Ganter e Staltnmüller (50) mostram a acção frenadora sobre o tonus e a motilidade, mercê da influencia sobre o simpático.

Além da acção sobre o sistema nervoso vegetativo, parece exercer-se também uma acção sobre a taxa dos cloretos no sangue, segundo os trabalhos de Frey, Bulck, Wels (51), Boenheim (13), Bauer e Aschner (14) que observaram uma diminuição dos cloretos.

Tem sido também objecto de estudo a acção dos extractos hipofisários sobre o aparelho digestivo. Com o emprego de extractos do lobo anterior, Rogers, Rahe, Ablahadian (5), Fawcett e Hackell (1), Alperin (40), Boenheim (13) constataram uma diminuição da secreção gástrica. Com extracto de lobo posterior Rogers, Rahe, Ablahadian (5) e Popielski (52) não constatam qualquer modificação, Hess e Gundlach (53) notam um leve efeito depressor no cão. Predtelschewski (54), Pal (55), Badylkes (4) constatam diminuição da secreção. Alpern (56), Schoen-

dubee e Kalk (57) obtem com as injeções de hipofisina, no homem, uma fase de diminuição da secreção, não na acidez, mas na quantidade, e também no tonus e na peristalse, em consequência da acção da hormona sobre o simpático e plexo de Auerbach. Houssay e Beruti (58) constatarem aumento da secreção. Hoffmann (59), Gorke e Deloch (60) concluem que a acção da hormona é variável porque depende das condições de equilibrio do sistema nervoso vegetativo, conforme predominância do vago ou do simpático. Parisot e Mathieu (61), Houssay e Beruti (58), Durand (62), Galan (63), notam uma acção estimulante sobre a motilidade gástrica, para as doses pequenas, enquanto que as doses fortes determinariam um abaixamento do tonus. Para o intestino conhece-se bem a sua acção estimulante da motilidade, que pode levar à defecação e ao tenesmo (Bell (64), Boenheim (13), Bayer (65), Peter (66) entre outros e esta acção é ainda uma consequência da influência sobre o sistema nervoso vegetativo. Zondek (67) constata também a acção estimulante sobre a peristalse do intestino grosso. Dêste facto encontrou a hormona applicação no tratamento da atonia gastro-intestinal.

Além dos extractos de tiroidea, de supra-renais e de hipófise, tem sido também estudados os extractos de outras glândulas de secreção interna, na sua acção sobre as funções digestivas. Assim, no que respeita ao timo, Rogers, Rahe, Fawcett, Hackel (1) encontraram nas experiências com animais, um aumento de secreção, mas no homem os resultados são muito contraditórios, observando-se ora uma depressão da curva de secreção, sobretudo nos casos com hiperacidez, ora o efeito contrário. Os mesmos autores constatarem uma acção excitante sobre a motilidade e o tonus e verificam a sua acção sobre o vago. Boenheim (13) mostra a acção dos extractos sobre o metabolismo do cloro, verificando uma baixa da taxa dos cloretos no sangue e attribuindo a êste facto a diminuição da acidez nos casos que evolucionavam com hiperacidez.

Também os extractos testiculares tem sido estudados na sua acção sobre o aparelho digestivo, se bem que as afecções dos órgãos genitais não tragam directa perturbação das suas funções. Boenheim (13) não encontra acção decisiva dos extractos testiculares sobre a secreção gástrica, mas em pesquisas suas, de

Aschner e de Bauer (14) nota-se influência sôbre o metabolismo do cloro elevando-se a taxa dos cloretos no sangue.

No que respeita aos extractos ováricos, os resultados são muito divergentes, o que parece estar em relação com as diferentes propriedades dos vários preparados. Boenheim (13) nota, ao contrário de Aschner e de Bauer (14), um forte aumento da taxa dos cloretos no sangue, acompanhando, contra o que seria natural esperar, uma baixa dos valores ácidos da secreção gástrica. Há aumento do tonus gástrico e diminuição do tonus intestinal.

Sôbre a influência dos extractos paratiroides, existem poucas pesquisas. Rogers, Rahe, Fawcett e Hackel (1) notam estimulação da secreção gástrica. Keeton (68) nota aumento da duração da secreção mas diminuição do valor digestivo do suco. Sharpey e Schafer (41) notam aumento da peristalse intestinal pela acção local de extractos de paratiroides.

Sôbre a acção dos extractos pancreáticos nas funções digestivas, limitavam-se os nossos conhecimentos ainda há pouco aos trabalhos de Rogers, Rahe, Fawcett e Hackel (1) que utilizavam um extracto aquoso de pancreas com o qual constatarem uma acção fortemente excitante da secreção gástrica. Por outro lado, também Steinberg (69) constatou, em cães totalmente pancreatomisados, uma diminuição da secreção gástrica na I e II hora mas esta diminuição era depois compensada por um excesso de secreção sem perturbação notável da acidez. São estas, no entanto, experiências realizadas com os extractos totais do órgão. Só uma vez na posse da insulina podemos avaliar directamente a acção da secreção interna do pancreas sôbre as funções digestivas. Os primeiros trabalhos realizados neste sentido foram os de Collazo e Dobreff (70) no instituto de Bickel e constatarem estes AA. que uma injeção de 3-4 unidades determinava uma diminuição da secreção pelo espaço de uma hora. Depois disso Detre e Sivó (71) constatarem efeito estimulante da secreção gástrica e, pelo que respeita ao metabolismo do cloro, encontra Klein (72) hipoclorémia ao passo que Collazo e Händel (73) encontram uma considerável hiperclorémia.

Os trabalhos a que nos temos referido mostram a indubitável acção das hormonas sôbre as funções digestivas e estabelecem de forma segura que esta acção é o resultado da influência

exercida pela hormona sôbre o sistema nervoso vegetativo, se bem que para determinadas condições possa admitir-se a hipótese de uma acção directa sôbre as fibras musculares ou aparelhos glandulares ou ainda uma acção indirecta por intermédio das alterações do metabolismo de diversos elementos, como o cloro.

Da acção das hormonas sôbre as funções digestivas é menos conhecida a acção da hormona pancreática, só ultimamente trazida à possibilidade de uma capaz experimentação, e são escassas as investigações de que, a êste propósito, tem sido objecto. Dada a acção que a insulina exerce sôbre a nutrição dos indivíduos magros, favorecendo-a e trazendo aumento de pêso, pensámos que esta melhoria da nutrição poderia depender da influência exercida pela hormona sôbre as funções digestivas, no sentido de uma mais completa digestão e melhor aproveitamento dos alimentos.

Decidimos por isso estudar mais completamente a acção da insulina sôbre as funções digestivas. Nêste trabalho damos conta das investigações a que procedemos sôbre as funções gástricas em particular.

A rotina que seguimos nas nossas pesquisas consistiu em fornecer aos indivíduos sujeitos às experiências uma refeição de prova, fazendo o estudo funcional do estomago numa primeira experiência testemunha e noutra com a administração prévia de insulina.

Instituímos para isso uma refeição de prova fluida que se prestasse ao exame fracionado do conteúdo gástrico, que fôsse suficientemente estimulante da secreção e que nos puzesse ao abrigo de acidentes hipoglicémicos, refeição que compuzemos com 300 gr. de chá, 30 gr. de assucar e 15 gr. de alcool a 90 graus. Num dia, realizamos a prova testemunha fazendo a colheita do suco de 10 em 10 minutos após a ingestão da refeição de prova, com sonda de Einhorn. No dia seguinte ao da prova testemunha injectamos 5 a 10 U. de insulina Lily, 20' antes da ingestão da refeição, proseguindo a experiência como na prova testemunha. As nossas experiências foram realizadas em 20 indivíduos, sãos do estomago ou portadores de doenças funcionais e orgânicas do mesmo órgão.

No que diz respeito à motilidade, foi aumentada nitidamente

nos casos em que não havia na prova testemunha pronunciada hipocloridria, dando-se mais rapidamente o desaparecimento da cor escura da refeição de prova e terminando-se mais cedo o esvaziamento do estômago. Em alguns casos o esvaziamento da refeição deu-se meia hora antes do da prova testemunha.

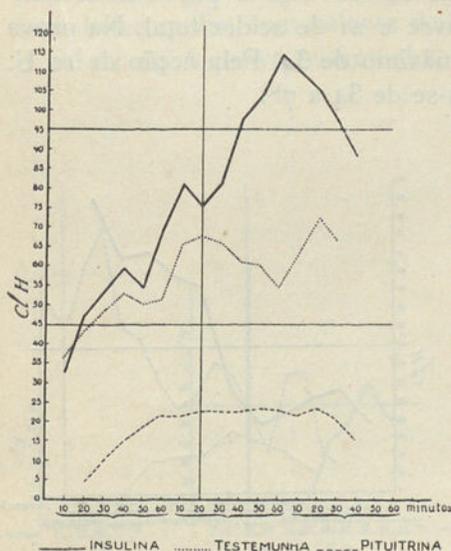


Fig. 1

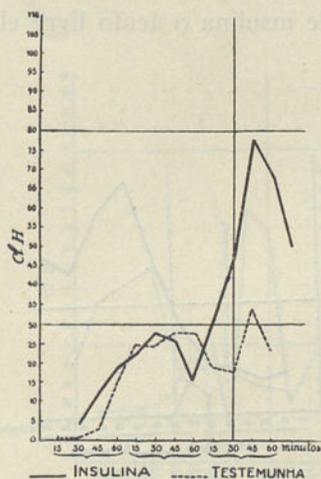


Fig. 2

Nos casos de acentuada hipocloridria ou de aquilia, o aumento da acidez e da secreção, determinados pela insulina, retardaram pelo contrário o esvaziamento gástrico, em relação à prova testemunha.

No que respeita à secreção, as nossas pesquisas mostram que na maioria dos casos se dá, pela acção da insulina, um aumento maior ou menor da secreção ácida, sobretudo durante a II e III hora após a injeccção. As fig. 1, 2, 3 e 4 reproduzem gráficos da secreção ácida nas provas testemunhas e após prévia administração da insulina, em 4 das nossas experiências que escolhemos como exemplos muito demonstrativos da acção estimulante da hormona. Na fig. 1, trata-se de um funcional com queixas de hipercloridria em que é notável a acção da insulina, a qual, na

dose de 8 unidades, eleva a 114 o ácido livre que na prova testemunha atinge o máximo de 72. Muito notável é também a acção frenadora da pituitrina que fez baixar os valores do ácido de maneira muito acentuada, não se elevando estes durante tôda a prova acima de 23.

A fig. 2 reproduz os resultados obtidos num funcional com hipocloridria, cujos valores de acidez com a prova de Ewald-Bas eram de 17 de ácido livre e 21 de acidez total. Na prova testemunha o ácido atinge o máximo de 34. Pela acção de 10 U. de insulina o ácido livre eleva-se de 34 a 78.

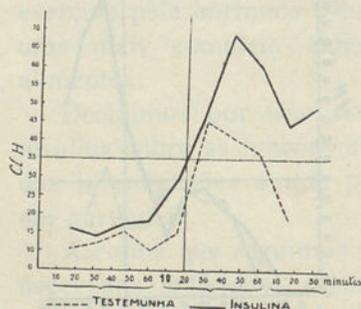


Fig. 3

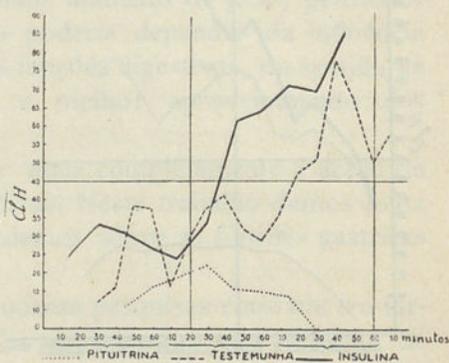


Fig. 4

A fig. 3 reproduz os resultados de outra experiência num indivíduo sem alterações funcionais nem orgânicas do estômago. Pela acção de 10 U. de insulina o ácido livre é elevado de 45 a 69.

A simples inspecção dos gráficos dá-nos uma ideia clara da acção estimulante da hormona, e permite-nos constatar ao mesmo tempo o paralelismo em que decorrem as curvas para cada um dos casos, produzindo-se, quer na prova testemunha, quer na prova com insulina, os mesmos acidentes, de maneira bastante semelhante, diferindo só o conjunto da curva com a insulina por se fazer em mais elevadas ordenadas.

No caso da fig. 4, de suspeita úlcera duodenal, são também muito evidentes as acções respectivamente estimulante e frenadora de 7 U. de insulina e 1 cc. de pituitrina.

Onde é porém, mais interessante a acção da hormona é nos casos de sub-aquilia ou de aquilia funcionais. Nêstes casos, a acção da insulina foi muito notável, como mostram os gráficos das respectivas experiências de que reproduzimos exemplos nas figuras 5 e 6. O caso da fig. 5 é dos mais interessantes e demonstrativos. Trata-se de uma funcional em que anteriores exames de suco gástrico, com a prova de Ewald-Boas, tinham revelado heteroquilia, com valores de ácido livre ora nulos, ora de 7 e até de 24. A prova testemunha, com a refeição usada nas nos-

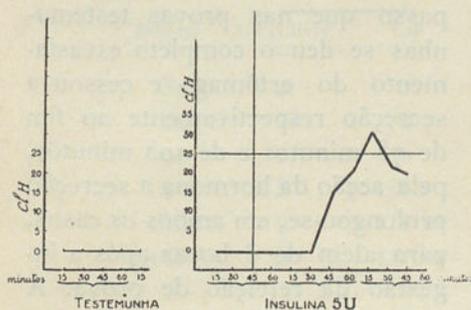


Fig. 5

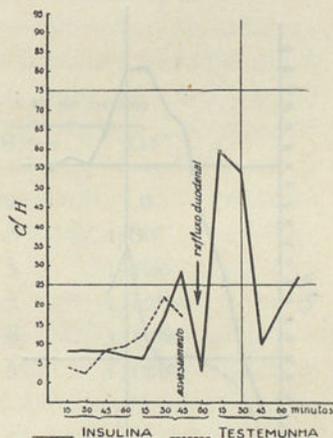


Fig. 6

sas experiências, decorre tôda sem ácido clorídrico livre e a secreção está terminada 75 minutos depois da ingestão da refeição de prova. Com 5 U. de insulina a secreção, que durante os primeiros 90 minutos se mantém, também, sem ácido clorídrico livre, mostra ácido livre a partir dessa altura, que deve corresponder ao início da acção da hormona e os valores do ácido vão subindo até atingirem, aos 135 minutos, 31, continuando-se a secreção até mais de 3 horas depois da ingestão da refeição.

O caso da fig. 6 é o de uma hipoquilia funcional em que a prova de Ewald-Boas deu valores de 15 de ácido livre e 22 de acidez total. Também a simples inspecção do gráfico nos mostra que na prova testemunha o ácido livre atingiu o máximo de 22,

estando a secreção terminada ao cabo de 105 minutos ao passo que com 5 U. de insulina e a-pesar de um forte refluxo duodenal, o ácido livre sobe até 59, mantendo-se a secreção até mais de 3 horas depois da ingestão da refeição de prova. Em dois casos de aquilia total orgânica não conseguimos obter ácido clorídrico livre, pela acção da insulina.

A fig. 7 reproduz mais uma experiência num funcional com elevada hipercloridria, em que é muito evidente a acção frenadora da pituitrina, fazendo baixar os valores de ácido livre de

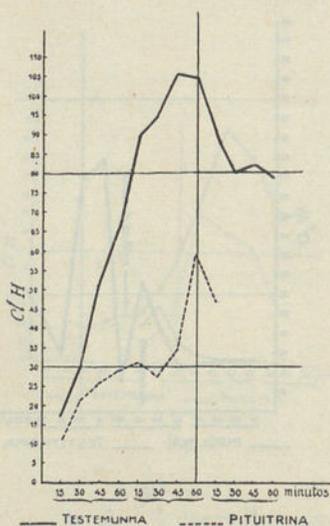


Fig. 7

106 para 59. Como se vê nas fig. 5 e 6 a acção da hormona exerceu-se não só sobre os valores da acidez como sobre a duração e quantidade da secreção. Ao passo que nas provas testemunhas se deu o completo esvaziamento do estômago e cessou a secreção respectivamente ao fim de 75 minutos e de 105 minutos, pela acção da hormona a secreção prolongou-se, em ambos os casos, para além de 3 horas após a ingestão da refeição de prova. A acção da insulina faz-se pois sentir não só sobre a motilidade e a secreção do ácido, mas igualmente sobre a duração da secreção e a quantidade do suco, portanto sobre a secreção aquosa. O facto da acção da insulina se mostrar nas nossas pesquisas mais evidente nos indivíduos portadores de neuroses gástricas e o conhecimento da influência de outras hormonas sobre as funções digestivas, por acção sobre o sistema nervoso vegetativo, foram os dois primeiros factos que nos levaram a admitir que esta acção da insulina se exercesse também, de maneira semelhante, e neste caso por estimulação do vago. A modificação da motilidade e da quantidade e duração da secreção, depõem em favor desta hipótese, mas, além disso, realizamos uma série de pesquisas sobre a secreção dos fermentos, dos quais doseamos o *lab*, por ser o mais fácil de

dosear e por ser aquêle que, dando uma idea perfeita do que se passa com os outros fermentos, não está sujeito aos erros que para os doseamentos dêstes trás o refluxo duodenal, que por vêzes se dá nestas provas. Nos doseamentos do *lab*, constatamos também uma acção estimulante mais ou menos intensa, em 6 dos 9 casos sôbre que realizamos esta pesquisa. O aumento dos valores do *lab* constata-se também a partir da II hora. Em um dos casos o aumento foi deveras notável e mais acentuado que o aumento da acidez, sendo para notar que se tratava de um caso de hipocloridria funcional com valores muito baixos de ácido cloridrico livre. Resumimos os resultados desta experiência na tabela seguinte:

Minutos	Testemunha		5 U. de insulina	
	C1H livre	Lab	C1H livre	Lab
30	2	0	2	0
60	2	0	3	1/80
90	2	0	5	1/160
120	3	1/80	5	1/1280
150	2	1/160	6	1/1280
180	6	1/160	5	1/1280

Reproduzimos nesta outra tabela os resultados de uma pesquisa em que foram sensivelmente modificadas as secreções do ácido e dos fermentos, mas em que, sendo os valores do ácido relativamente elevados, os valores dos fermentos ficaram, em comparação com o caso anterior, relativamente baixos.

Minutos	Testemunha		5 U. de insulina	
	C1H livre	Lab	C1H livre	Lab
30	14	9	—	—
60	26	0	43	—
90	24	0	44	1/80
120	30	0	46	1/80
150	53	1/80	42	1/320
180	44	0	46	1/320

Nos doseamentos do *lab*, fizemos sempre as testemunhas com o suco diluído a 1/100 depois de fervido, para excluir a possibilidade da precipitação pelo ácido e fizemos também as testemunhas com o leite, sem suco, resultando as testemunhas sempre negativas.

A primeira experiência é em particular interessante pois mostra a independência da secreção ácida e do *lab*, cujos valores são muito dispares, tendo sido muito acentuada a acção sobre a secreção do fermento, mas permanecendo baixos os valores do ácido clorídrico livre. Além disto demonstra esta experiência que o aumento do *lab* não pode ser atribuído ao aumento do ácido. Embora seja conhecida a acção estimulante da secreção ácida sobre a secreção dos fermentos, e por este facto se possa pensar que o aumento da taxa dos fermentos após a injeção de insulina não é mais do que a consequência do aumento do ácido, as duas experiências, que propositadamente destacamos, mostram, pela disproporção entre os valores do ácido e do fermento e pela sua desigual variação, que não pode acètar-se aqui esta hipótese.

Estas experiências vêm mostrar que a acção da hormona sobre a função gástrica, exercendo-se de maneira complexa, não se limitando à simples modificação da secreção ácida, mas também da motilidade, da quantidade e duração da secreção e ainda da secreção dos fermentos, não deve interpretar-se como simples acção sobre o metabolismo de determinados elementos ou variações de composição do sangue, mas antes como uma acção sobre o sistema nervoso vegetativo e muito possivelmente no sentido de uma estimulação do tonus do vago. Isto parece-nos estar ainda em concordância com o facto de termos obtidos os resultados mais evidentes nos funcionais, quer portadores de hipercloridrias, quer de hipocloridrias ou aquilias, atribuíveis a neuroses do vago. O mecanismo da acção da hormona aproximar-se há assim do mecanismo de acção das outras hormonas já estudadas e para as quais a influência sobre o sistema nervoso vegetativo está seguramente estabelecida. Após os resultados que obtivemos e a que podemos ainda acrescentar em alguns casos uma baixa de tensão de 1 a 3 cm. no Riva-Rocci, na prova com insulina, podemos firmar com mais bases do que

as que tínhamos ao iniciar os nossos primeiros trabalhos sobre este assunto (74 e 75), a hipótese de que a acção da insulina sobre as funções digestivas é uma consequência da sua influência sobre as funções do sistema nervoso vegetativo, influência que, a nosso ver, não é indiferente ao aumento da nutrição dos indivíduos magros sujeitos ao tratamento pela hormona, entre os quais é freqüente encontrarem-se tipos de disfunção vagotónica ou simpaticotónica.

Alguns elementos de valor prático podemos tirar das nossas experiências, sobretudo pelo que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento das hipoquílias e aquílias funcionais. Dado o facto por nós constatado, de em dois casos de aquília total de natureza orgânica ter resultado nulo o efeito estimulante da insulina (o que aliás era de esperar, no caso de completa insuficiência da secreção por lesões muito extensas ou totais) ao passo que nas hipoquílias e aquílias funcionais esse efeito estimulante é evidente, pensamos que a acção da insulina pode constituir prova utilizável para o diagnóstico diferencial entre as hipoquílias ou aquílias funcionais e as aquílias totais orgânicas. Isso nos propomos verificar em pesquisas posteriores, que necessitam um maior número e uma perfeita escolha dos casos. Sob o ponto de vista terapêutico, os resultados que obtivemos com a acção estimulante da insulina e com a acção frenadora da pituitrina a que já nos referimos também, permitem-nos esperar efeitos úteis destas hormonas respectivamente no tratamento dos estados de insuficiência funcional da secreção gástrica e nos estados de hiperfunção secretória.

AUTORES CITADOS

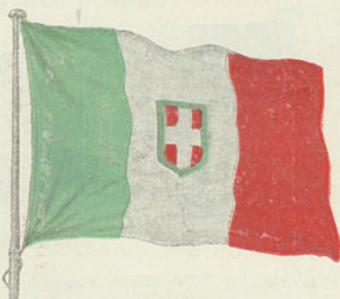
- 1 — ROGERS, RAHE, FAWCETT, HACKELL — The effect upon the gastr. secret. of organ extr. Am. Journ. of Physiol., 1916-39.
- 2 — HARDT, cit. em BOENHEIM — Die Bedeutung der Blutdrüsen f. d. Verdauungstraktus. Arch. f. Verdauungs u. Stoffwechselkrankh. 1925-Bd. XXXV.
- 3 — MOLNAR e CSAKI — Die Hyperazidität als Störg. d. Kochsalzstoffw. — Z. kl. Med. 1924-100.
- 4 — BADYLKES — Kl. phys. Beob. a. cht. über d. Einfl. einiger Hormone auf d. Magensekretion. Arch. f. Verd.-krank. 1924-34. 105.
- 5 — ROGERS, RAHE e ABLAHADIAN — The stimulat. and inhibit. of the gastr. secret. Am. Journ. of Physiol., 1919. 48. 79.

- 6 — EIGER — Wirkung d. Schilddrüsenpräparate auf d. Darm. Z. f. Biol. 1917. 67. 372.
- 7 — KOBE — The effect of the thyroid, etc. Cit. em BOENHEIM, obra cit. pág. 193.
- 8 — DEUSCH — The thyreogene Obstipation. Munch. med. Wochensh, 70. 113.
- 9 — DIXON — The innervation of the frog's stomach. Journ. of. Physiol, 1902. 28-57.
- 10 — ROGERS — Endocr. Neur. and their. treatm New-York med. Journ., 1920. 229.
- 11 — PARSHON e GOLDSTEIN — Traité d'Endocrin. Jassy, 1923.
- 12 — EPPINGER — Z. Path. d. menschl. Odems. Berlin, 1917.
- 13 — BOENHEIM — Ueber d. Einfl. d. Chlorstoffw. durch endokr. Drüsen. Z. f. ges. exp. Med., 1921. 12-317.
- 14 — BAUER e ASCHNER — Ueber Austauschvorg. zwisch. Blut u. Gewebe (Z. f. ges. exp. Med.), 1922. 37-191.
- 15 — FUJIMAKI e HILDEBRANDT — Ueber d. Einfl. v. Thyroxin auf d. Diurese. Arch exp. Path. u. Pharm, 1924. 102-226.
- 16 — VEIL — Ueber d. Bedeut. intermed. Veränderg. im Chlorstoffw (Bioch. Zeitsch), 1918. 91-267.
- 17 — MARAÑÓN — Hyperchlorhydrie et Hyperthyreodisme. Rev. de Méd. 1914. 34-161.
- 18 — MIESOWICZ — Ein Fall von Based. Krankh., etc. Wien. klin. Wochen, 1904, 1206.
- 19 — WOLPE — Die Sekret. Störg. d. Magens b. Basedow. Krankh. Deutsch Arch. f. kl. Med., 1912. 107-493.
- 20 — CHVOSTEC — Morbus Basedowii. Traité de Méd. de Roger, Widál e Teissier, 1923. Bd. VIII, 427.
- 21 — ELSMANN — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 22 — RÜMHELD — Der Magen in s. Wechselbez. zu d. versch. Organsyst., etc. Halle, 1920
- 23 — MOEBIUS — Cit. em BADYLKES, obra cit.
- 24 — HOWARD — Cit. em BARKERS. Endocr. and Metabol. New York e Londres, 1922.
- 25 — GROTE — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 26 — BAUER — Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin, 1917.
- 27 — KOCHER — Ueber Morb. Basedow. Mitteilg. Grenzgeb. Med. u. Chirurg, 1902. 9-1.
- 28 — GOLDSCHIEDER — Ueber Basedow. Krankh. D. m. Wochen, 1923. 335.
- 29 — HERZFELD — Zur Magensekret. b. Morb. Basedow. D. m. Wochen, 1923. 1436.
- 30 — EPPINGER — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 31 — FALTA — Die Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion. 1916.
- 32 — APERT — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 33 — HERZ — Die Störungen des Verdauungsapparates, Berlin, 1924 — II edição.
- 34 — BOLTEN — Ueber Hyperthyreoidie D. Z. f. N. 57-119.
- 35 — GAULTIER — Cit. em BADYLKES, obra cit.

- 36 — HERNANDO — Alg. alter. intest. de orig. endoc. An. de la Acad. med. quir., Madrid, 1919. 6-17. — Insuf. suprarenal y ulcer. gastr. An. de la Acad. med. quir., Madrid, 1919. 6.378. — Alg. Alter. intest. de orig. endocrina. Med. iberica, 1919. 9.239.
- 37 — LE NOIR, AGASSE, LAFONT — Nouv. Traité de Médic. Roger, Vidal e Teissier. Vol. XIII, Paris, 1923.
- 38 — TIMME — Indic. for intern. gland. therap. New York med. Journ., 1920. 226.
- 39 — ESCUDERO — Dispepsia tiroidea (Rev. esp. med. y cir.), 1920. 355.
- 40 — ALPERIN — Mediz. Gesellschaft. N. 10-12, 1922.
- 41 — SCHARPEY-SCHAFFER — The endocr. organs, London, 1924.
- 42 — JUKAWA — Boas' Archiv, 1908-14.
- 43 — SIROTININ — Wirkg. d. Adrenal. auf. d. Sekret. d. Magensaftes, etc. Z. ges. exp. Med., 1924. 40-91.
- 44 — LOEPER e VERPEZ — Action de l'adren. etc. C. r. d. l. Soc. d. Biolog., 1917. 703.
- 45 — NEUSSER e WIESEL — Die Erkrankungen d. Nebennier. II edi. Wien e Leipzig, 1910.
- 46 — LEICHTENSTERN — Cit. em BOENHEIM, obra citada.
- 47 — Grawitz — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 48 — BOUCHER — Gegens. Beeinfl. v. Adrenal. u. Verd. Lösung. Diss. Freiburg, 1909.
- 49 — MITSUDA — Ueber d. Mechanism. d. Innervat. d. Muskeln u. Drüsen usw. Zeit. f. ges. experim. Med., 1924. 39.330.
- 50 — GANTER e STALTMÜLER — Studien am mehschl. Darm. Zeit. ges. experim. Mediz, 1924. 42.143.
- 51 — FREY, BULCK e WELS — Die Hemmung. d. Kochsalzaussch. im Harn durch Adrenal. Deutsch. Arch. f. kl. Med., 1917. 123.163.
- 52 — POPIELSKY — Pflügers Archiv, 1920. Bd. 138. 214-237.
- 53 — HESS e GUNDLACH — Der Einfluss d. Adren. auf. d. Sekret. d. Magensaft. Pflügers Arch., 1920. 185.122.
- 54 — PREDTELSCHESKY — Cit. em ALPERIN, obra cit.
- 55 — PAL — Ueber d. Wirkg. d. Hypophys. Extr. auf. d. Magensaftausscheidg. D. m. W. 1916. 1030.
- 56 — ALPERN — Z. Frage d. Einfl. d. Drüsen inner. Sekret. auf d. Absonder. d. Magensaftes. Bioch. Zeitschrift. 1921. 136.551.
- 57 — SCHOENDUBEE e KALK — Unters. über d. Einfl. d. Hypophysenextr. auf. den Magen. (Arch. f. Verdauungskrank), Bd. XXXVI-H. $\frac{3}{4}$ e $\frac{5}{6}$.
- 58 — HOUSSAY e BERUTI — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 59 — HOFFMANN — Zeitsch. f. d. ges. experim. Mediz. Bd. XII. 1921.
- 60 — GORKE e DELOCH — Ueber d. Einfl. v. Hypoph. Extr. auf. d. Magen-Darm-Trakt, etc. Arch. f. Verdauungs-Krankheiten, 1922. 29.149.
- 61 — PARISOT e MATTHIEU — Action des extr. de lobe post. d'hypophys., etc. C. rend. d. l. Soc. d. Biol., 1914. 77.225.
- 62 — DURAND — Situaç. endocrin. e dinam. d. alcun. farm. gastrocin. Arch. di Farmacol. sperim. e sci. affini, 1921. 31.
- 63 — GALAN — Action des extraits d'hypophyse, etc. C. r. d. l. Soc. d. Biol., 1921. 85.52.

- 64 — BELL — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 65 — BAYER em Lehrb. d. Organotherap. de Wagner — Jauregg e Bayer
Leipzig, 1914.
- 66 — PETER — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 67 — ZONDEK — Einfl. d. Hypoph. Extrak. auf d. Peristaltik. Pflügers Arch.,
1920. 180.68.
- 68 — KEETON — Cit. em BOENHEIM, obra cit.
- 69 — STEINBERG — The gastric juice in pancreatic diabet m. Journ. of Phy-
siol., 1921. 56.371.
- 70 — COLLAZO e DOBREFF — Insulinwirkung auf d. Absonderung d. Verdau-
ungssäfte. Kl. W., 1924. 1226.
- 71 — DETRE e Sivó — Zeitsch. f. d. ges. exp. Med. Bd. 46. H. 5/6 594-1925.
- 72 — KLEIN — Zur hormon. Beeinfl. d. Wasserhaushalt. Zeitsch. f. kl. Med.
1924. 101.458.
- 73 — COLLAZO e HAENDEL — Exp. Beitr. z. Insulinfrage. D. m. W. 1923. 1846.
- 74 — CASCÃO DE ANCIÃES — Insuline, pituitrine et sécrétion gastrique. Compt.
r. Soc. Biolog., 1926.
- 75 — CASCÃO DE ANCIÃES — Insuline et fonctions gastriques. Compt. r. Soc.
Biolog., 1926.

ISTITUTO NAZIONALE
MEDICO
FARMACOLÓGICO
DE ROMA
(PROF. SERONO)



Produtos
SERONO e ERGON

- BIOPLASTINA SERONO** — Lecitina e luteína para uso hipodermico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1 $\frac{1}{2}$.
- METRANODINA SERONO** — Antidismenorreico e anti-hemorragico, a gotas.
- IPTENINA SERONO** — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.
- CARDIOLO SERONO** — Cardiocinético nas formas crônicas e miocardites, a gotas.
- VIROSAN SERONO** — Antiluetico por via bucal, com base de mercúrio em combinação orgânica, em pilulas.
- UROLITINA ERGON** — Antiurico, diurético desinfectante das vias urinárias; granulada efervescente, em frascos.
- ALUMNOSE ERGON** — Descongestionante. Antiséptico para uso externo. Não tóxico. Tubos de comprimidos.

Opoterapicos SERONO

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

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

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

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

ORCHITASI SERONO para cicatrização — caixas.

SURRENASI SERONO — 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 ipofisaria, diabetes insípida, etc. — frascos e caixas.

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

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

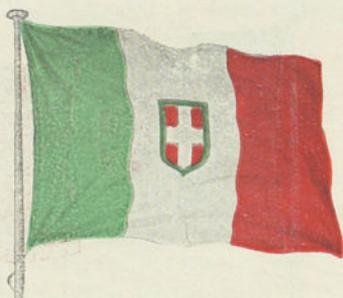
MASTASI SERONO — Descongestionante. Contra os fibrômas e fibromiomas uterinos — frascos.

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

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

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

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterapicos, devem considerar-se como a indicação do máximo; em opoterapia só o Medico 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

CORPOS ESTRANHOS INTRAOCULARES (1)

RELAÇÕES DA SUA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA COM A NATUREZA
DOS TERRENOS

POR

A. ANASTACIO GONÇALVES

Ha já muito tempo era notado no Instituto de Oftalmologia o alto número de corpos estranhos intraoculares, que aqui apareciam provindos da região leiriense. Era tão evidente a disparidade com os das outras regiões do país que logo se afigurava não poder ser casual. De interêsse me pareceu o estudo do assunto e por isso me propus fazer nos Arquivos do Instituto, desde a sua fundação em 1891, colheita de todos os casos em análogas condições produzidos, averiguar da sua distribuição geográfica, inquirir das relações entre esta distribuição e o especial condicionamento dos vários meios e, estabelecidas as causas, procurar deduzir úteis ilações para a profilaxia.

Nêsse respigar de casos de corpos estranhos intraoculares ficaram por sua natureza desde logo postos de parte aqueles em que o agente penetrante era ou chumbo ou cobre, de ordinário produzidos em accidentes de caça. Não podem êles relacionar-se com as condições particulares do local e por isso são estranhos ao nosso estudo.

Pela mesma razão eliminei os derivados de sinistro em serviços industriais, que todos êles só dependem do processo de laboração da respectiva indústria.

(1) Num próximo artigo estudarei o assunto mais detidamente sob o ponto de vista clínico.

Excluí também as casos bastante numerosos sobrevividos a britar pedra, já porque este é trabalho muito particular e executado com especiais utensílios, já porque muitas vezes é a pedra de proveniência longínqua e por isso o desastre se não pôde relacionar com as condições do sítio onde se deu.

Fiquei portanto limitado aos desastres ocorridos em trabalhos agrícolas, isto é, aos que derivaram do choque da ferramenta contra o solo (1).

Assim restringido a casos de produção idêntica, estou habilitado a mais racionais conclusões.

Antes de ir além devo dizer que do choque da ferramenta no terreno resulta por via de regra a penetração no globo, de ferro e não de pedra. Assim a 636 casos perfeitamente averiguados de ferro intraocular, que apurei, só posso contrapor a existência de 3, igualmente averiguados, de fragmento de pedra intraocular. É provável que a desproporção não seja tão grande porque o ferro manifesta-se muito mais facilmente do que a pedra aos nossos meios de diagnóstico e tratamento. Todavia é em todo o caso bastante elevada, a ponto de justificar que os últimos se não tomem em grande conta.

Ao todo encontrei nos Arquivos do Instituto, desde a fundação, em 1891, até 30 de Junho de 1926, 978 casos de traumatismos oculares produzidos em trabalhos agrícolas e nos quais houve, seguramente ou com grande plausibilidade, penetração de corpo estranho no globo. Como já referi, só em 639 se reconheceu de certeza a existência desse corpo estranho intraocular. Esta verificação fez-se ora por observação directa em casos em que elle ficára acessível à nossa vista, ora numa tentativa de extracção bem sucedida, ora n'um exame sideroscópico nitidamente positivo, ora pela produção de dôr ao aproximar de um magnete poderoso, ora pelos característicos sinais de ulterior impregnação de todas as partes do globo pelos compostos do ferro que lentamente se foram produzindo e disseminando (siderose). Não te-

(1) Seja já mencionado que estes trabalhos, na grande maioria das vezes, foram o sachar e cortar mato, quasi sempre labor á superficie do terreno. A época das sachas sobressai e muito a tôdas as outras no contingente de corpos estranhos que fornece.

mos usado senão raras vezes os raios X para diagnóstico, não só por dificuldades de conseguir aparelhagem como, principalmente, porque o exame sideroscópico é em geral suficiente, nos casos em que isso interesse, para diagnóstico seguro e até bastante localização. Consiste esta prática em aproximar o olho a examinar de um magnete posto horizontalmente, suspenso por um fio e perfeitamente livre de maneira a poder deslocar-se facilmente por mínima que seja a força que o solicite. Os movimentos desse magnete podem ser rigorosamente apreciados e mesmo medidos por meio de um dispositivo engenhoso que aparentemente lhe duplica a amplitude. Apresentadas sucessivamente ao magnete as várias partes do olho, pode fixar-se com certo rigor a posição do corpo estranho no ponto que determinou maior reacção.

Afora estes 639 casos coligi ainda 341 em que a averiguação do corpo estranho se não pode fazer com segurança: ou foram negati. as as provas de diagnóstico, ou elas se não fizeram por inúteis à acção clinica, ou chegou a lesão em estado de panoftalmite, obrigando a vasar o olho, sem que interessasse fazer reparo da existência do corpo estranho no meio do pús. É contudo bem plausível que exame mais cuidado ou mais perfeitos meios de observação pusessem quasi todos elles na primeira categoria, fornecendo a prova da existência real do ferro. Se faço a destrinça é que não quero concluir sobre dados incertos, mínimo que seja o seu grau de incerteza. Todavia para não desprezar tão abundantes elementos faço que figurem na estatística com a rubrica de *duvidosos*. Ver-se há que se correspondem as indicações dadas por uma e outra categorias e desta forma a segunda, embora menos concludente, corrobora o que a primeira afirma.

Vê-se na tabela que publico, que Minho, Trás-os-Montes, Beiras, Baixo Alentejo e Algarve fornecem quantidade mínima de corpos estranhos intraoculares produzidos em trabalhos agrícolas. Númerosos concelhos não deram um só caso, nenhum deu quantidade elevada. Houve, é certo, alguns como Cantanhede, Mealhada, Pinhel e Montemor-o-Novo que se avantajaram um pouco á maior parte e parece que não foi casual esse facto, visto que elle se verificou tanto no apuramento que já em 1916 eu tinha

feito de todos os anos transactos como naquele que agora fiz dos anos decorridos desde então. Haverá de certo factor local a originar este resultado, aliás manifesto em escasso grau.

É na Estremadura que se encontram as três zonas de frequência máxima, em certos pontos trasbordando para as provincias adjacentes (em Soure e Alto Alentejo).

A primeira, de todas a mais importante, abrange principalmente os concelhos de Pombal, Leiria, Alcobaça (no districto de Leiria) e Vila Nova de Ourem (no districto de Santarem). Descai, mas atenuada, ainda longamente para o Sul, pelos concelhos de Caldas da Rainha, Rio Maior, Cartaxo e Azambuja. E', como se vê, uma estreita faixa no sentido norte-sul.

Dos concelhos que lhe ficam nas abas uns, como Soure e Santarem, ainda apresentam casos para ter em conta, a maioria ou os não tem, ou são em número muito restricto (Pôrto de Mós, Batalha, Nasaré, Óbidos, etc.)

Compreende esta zona 276 casos autênticos e 149 não averiguados, o que representa 43,5 % do numero total em cada uma das categorias. Sobresai consideravelmente a todos os outros o concelho de Leiria (1) com 156 casos certos e 77 incertos, ou sejam 25 % e 23 % das referidas totalidades. Ainda dentro do concelho de Leiria muito se avantajam, no quinhão que fornecem, as freguesias de Colmeias e Souto de Carpalhosa. É tal a abundância de desastres desta natureza nêstes lugares da região leiriense que é ali coisa banal, segundo me dizem, o encontro de indivíduos cegos de um ou dos dois olhos, em consequência deles.

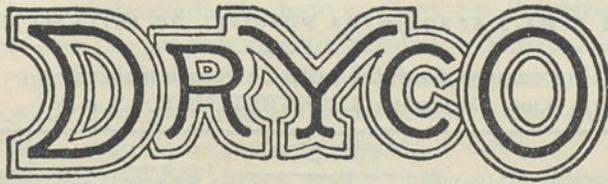
Outra zona, mais pequena e de menos elevada quota, é constituida pelos concelhos de Abrantes, Sardoal, Gavião e Ponte de Sôr, com seu máximo no primeiro. Mete ainda um prolongamento mais esbatido, pelo de Alter do Chão.

É esta zona como que uma dependência da primeira, a ella ligada pelos concelhos de Tomar e Tôrres Novas, que na estatística entram com modesta contribuição.

Contém 78 casos seguros e 23 que o não são. Comparados

(1) Continuo para este efeito a considerar indiviso o concelho de Leiria, tal como era antes do advento da República.

Sempre que haja dificuldade na alimentação
das crianças empregue V. Ex.^a



(O LEITE DE CONFIANÇA)

e obterá ótimos resultados

Os melhores especialistas de crianças em todo o mundo prescrevem DRYCO, porque a sua larga experiência lhes demonstrou que o DRYCO é o leite que mais garantias oferece.

Durante o verão alimentar as crianças com DRYCO é prevenir contra as diarréas causadas pelo calor.

DRYCO é o único leite que goza de uma reputação mundial por causa dos seus resultados clínicos.

THE DRY MILK COMPANY, 15 PARK ROW. NEW YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de leite puro)

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.º—LISBOA

O MAIOR ARGUMENTO DA SUPERIORIDADE DOS ALIMENTOS ALLENBURYS
PARA CRIANÇAS E ADULTOS RESIDE NA SUA CIENTÍFICA COMPOSIÇÃO
QUE É A MAIS APROXIMADA POSSÍVEL DO LEITE MATERNO

Comparação entre leite de vaca e materno
 e os Alimentos ALLENBURYS N.ºs 1 e 2

	Preparado conforme as «Instruções»		Leite de vaca e água (partes iguais) *	Leite de vaca	Leite materno
	Alimento ALLENBURYS N.º 1	Alimento ALLENBURYS N.º 2			
Gordura.....	3,33	3,06	1,5	3,0	3,5
Caseína.....	1,12	1,0	1,5	,0	1,0
Albumina.....	1,00	0,81	0,25	0,5	1,2
Hidratos de carbone.....	10,20	10,86	2,2	4,5	6,2
Sais.....	0,67	0,62	0,35	0,7	0,3
Água.....	83,68	83,68	95,0	88,3	87,8

* Porção usualmente dada a uma criançainha.

O Alimento N.º 1 é fabricado com puro leite de vaca de que se tira o excesso de caseína e se compensa a deficiência de lactina e gordura e é isento de amido impróprio à capacidade digestiva de recém-nascidos.

O Alimento N.º 2 difere do 1.º em conter algum malte, dextrina, fosfatos e albuminoides solúveis. O amido que contém já está convertido, o que é importante, porque até à idade de 6 meses não se desenvolvem nas crianças as funções amiláceas.

Depois dos 6 meses usa-se o Alimento ALLENBURYS N.º 3, que é uma farinha maltada.

Além desses produtos a reputada casa

ALLEN & HANBURYS, L.^{TD}, de Londres
 fábrica, e acham-se à venda em Portugal, os seguintes

artigos de confiança para crianças :

BISCOITOS maltados, para o desmame e dentição (latas de 800 gramas).

BIBERONS, modelo prático e lavável (2 formatos).

LEITE MALTADO muito apreciado.

OLEO FIGADO DE BACALHAU simples e com malte.

OLEO DE RÍCINO puro.

PÓ DE TALCO, excelente apresentação.

SABONETE especial para crianças,

assim como especialidades farmacêuticas :

Carne líquida, fortificante.

Diet, alimento para doentes, dispepticos e velhos.

Extracto de malte, auxiliar das digestões.

Farinha para diabéticos, analisada.

Insulina A. B. para a Diabetes, aperfeiçoada.

Parafina, contra prisão de ventre.

Pastilhas de mentol, eucalipto, etc., para a garganta

e **Termómetros HICKS**, genuinos, garantidos, etc.

Folhetos grátis aos Ex.^{mos} Clínicos

Representante no país: **COLL TAYLOR, L.^{DA}**

R. Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Telef. : C. 1386. Telegr. : DELTA

No PORTO: M. P. SILVA, Rua das Flores, 114 — Telefone 611

aos números globais achamos a percentagem de 12,2 e 12 respectivamente.

Vem finalmente outra grande zona abrangendo toda a península entre Tejo e Sado, com prestação máxima em Seixal e mínima, bem distanciada de todo o resto, em Barreiro. Avultam também com largo contingente Setúbal e Almada, só bastante depois vindo Moita e Sesimbra. Fornece a península 102 casos positivos de corpos estranhos intra-oculares e 30 casos de probabilidade, o que dá as taxas de 16,0 % e 8,8 %.

Tenho notado que nesta área é muito mais freqüente que o corpo estranho seja retido no segmento anterior ou nas membranas exteriores do globo. Ainda não consegui averiguar a causa desta menor fôrça de penetração.

O concelho de Lisboa entra com 15 casos. Não podemos todavia tomá-los em conta porque sabido é que muita gente da província afirma residir em Lisboa com o fim de procurar facilidades para o seu acesso nos hospitais. Outras vezes terá sucedido, visto o grande deslocamento de população para a capital, que se trate de casos antigos, sinistrados fóra, e ultimamente aqui domiciliados.

Adicionando agora os elementos correspondentes às três áreas, nós vemos que nelas se produziram 456 casos de corpos estranhos intra-oculares e 202 casos que provavelmente também o seriam, ou seja 71 % da totalidade quanto aos primeiros e 60 % quanto aos segundos. Tão elevada percentagem cabe a superfícies que, somadas, não devem representar a vigéssima parte da superfície de Portugal.

Posta assim em evidência esta característica de determinadas regiões, vamos ver quais podem ser as causas que lhe dão origem. Devemos em primeiro lugar excluir a idea de que essas regiões canalizem para o Instituto maior número de doentes do que as restantes e seja esta maior affluência que motive que delas se colha maior número de elementos. De todos os pontos de Portugal aqui acorrem em abundância doentes dos olhos, mas, se há distritos que maior concurso prestem, são os do Minho, Baixo Alentejo e Algarve, precisamente daqueles que mais mesquinha contribuição fornecem à estatística.

Devemos portanto atribuir o facto a condições puramente lo-

cais. Não deriva êle da maior actividade da vida agrícola nas áreas indicadas. Os seus processos agrícolas também não diferem notavelmente dos das regiões indemnes desta pecha. Leiria e Pôrto de Moz, Constância e Abrantes têm os mesmos processos de cultura e todavia veja-se a extraordinária diferença no número dos seus accidentes. Por isso não será êste igualmente factor que intervenha.

Informes que colhi me levam também a concluir não poder, pela mesma razão, filiar-se o facto em particular tèmpera do aço das ferramentas ou conformação destas.

Resta portanto a natureza do solo como factor único a poder intervir e desta forma se tornava necessário averiguar se há carácter comum nos terrenos das áreas acima mencionadas e que dêle seja pertença quási exclusiva. Em tempos consultei a êste propósito Paul Choffat e mais recentemente o sr. engenheiro Pereira de Sousa, actual professor de Mineralogia na Faculdade de Ciências. Ambos gentilmente me atenderam e vieram a reconhecer no exame do mapa geológico serem aquelas áreas constituídas por terrenos de seixo. Em tôda a parte onde, em quantidade, se produzem sinistros desta natureza tem o terreno esta constituição e a recíproca também é verdadeira. Foi até êste carácter do solo que deu o nome à vila do Seixal, sede de um dos concelhos que mais avultam na nossa estatística, nome já adoptado no foral que D. Manuel I lhe deu.

As variantes na frequência dos casos conforme os locais poderão derivar da abundância do seixo ou da maior ou menor dureza do solo argiloso.

Dêste estudo me parece poder deduzir-se consequência prática muito para atender. Ocorre logo fazer generalizar a comezinha medida profilática de proteger contra os estilhaços os olhos das pessoas particularmente sujeitas a estes traumatismos.

Muitos modelos de aparelho de protecção foram propostos durante a guerra para evitar os frequentes traumatismos oculares, especialmente a penetração de corpos estranhos.

Todos êles eram de demasiada complexidade e perturbavam o combatente, quer prejudicando-lhe a visão, quer a atenção. Por isso, que eu saiba, nenhum foi adoptado oficialmente em qualquer dos exércitos. — Julgo no entanto que nos tempos normais

seria de aconselhar, ou mesmo tornar obrigatorio, nas regiões que mais expõem a estes accidentes, o uso pelos trabalhadores agrícolas de óculos de mica com solida protecção em todo o contôrno. A' falta dêles poderiam usar-se óculos de vidro neutro. Estas substâncias por via de regra fariam obstáculo bastante à penetração dos corpos estranhos, tanto mais que êles, nos accidentes agrícolas, são em geral de pequeno tamanho (habitualmente 1 a 3 milímetros na maior dimensão) (1) e por isso não dispõem de grande fôrça viva. Ainda que o fragmento projectado forçasse o resguardo, quebrar-se hia de tal modo a sua velocidade, elemento que, como é sabido, entra em valor quadrado na fórmula daquela fôrça, que de presumir é que não pudesse em seguida atravessar as membranas do globo.

Eu creio que a vulgarização dêste meio de profilaxia e o estímulo à sua adopção seriam bem acolhidos pelos mais especialmente interessados, pois que todos êles conhecem, pelo que a visinhos viram succeder, as consequências muitas vezes fataes dêste grave accidente.

Bom seria também interessar no assunto as companhias de seguros contra accidentes de trabalho, que, prevenindo, se poupariam a encargos muita vez pesados e permanentes.

Mas é entre os médicos que mais convém fazer a divulgação destas noções. A êles, autoridades sanitárias ou não, compete não só difundir os preceitos de uma boa profilaxia como tambem remeter, com a maior urgência, os sinistrados a uma clínica oftalmológica bem apetrechada, onde possa fazer-se uma extracção precoce, condição principal de um prognóstico mais favoravel.

1 Julho 1926.

(1) Devo dizer que a prática clínica e a comparação de muitos corpos estranhos que penetraram em globos levam a concluir que, de maneira geral, os fragmentos projectados em accidentes industriais têm maiores dimensões de que os produzidos em trabalhos agrícolas.

MAPA DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE CORPOS ESTRANHOS
INTRA-OCULARES POR CONCELHOS

	Casos certos	Casos não averiguados		Casos certos	Casos não averiguados
<i>Viana-do-Castelo</i>					
Caminha	1		Mangualde.....	1	
Viana-do-Castelo		3	Mortágua.....	2	2
<i>Braga</i>					
Barcelos.....	1		Oliveira de Frades	2	
<i>Vila Real</i>					
Pêso da Régua.....		1	Santa Comba Dão.....	2	2
Alijó.....	1		S. Pedro do Sul	1	
<i>Bragança</i>					
Macedo de Cavaleiros		1	Tarouca.....		1
Mirandela		1	Tondela.....	1	1
<i>Aveiro</i>					
Águeda	1	1	Viseu	1	
Anadia	1	1	<i>Guarda</i>		
Arouca.....	1		Almeida.....	1	
Aveiro	4	2	Ceia	1	1
Ílhavo.....		1	Celorico da Beira	2	
Mealhada.....	4	3	Figueira de Castelo Rodrigo	1	
Oliveira do Bairro	4		Gouveia.....	1	1
<i>Coimbra</i>					
Arganil	2		Guarda.....	1	2
Cantanhede.....	7	1	Pinhel.....	6	2
Coimbra	2	2	Sabugal		2
Condeixa	1	1	Trancoso		3
Figueira da Foz.....	1	1	<i>Castelo Branco</i>		
Góis	1		Castelo Branco.....		4
Montemor-o-Velho.....	3		Covilhã.....	2	
Oliveira do Hospital.....	1	1	Fundão.....		1
Penacova.....	2		Idanha a-Nova	1	
Peneia	3		Vila de Rei	1	
Soure	3	2	<i>Leiria</i>		
Tábua	5	1	Alcobaça.....	20	14
Vila Nova de Poiares.....	1		Alvaiázere.....	1	
<i>Vizéu</i>					
Carregal do Sal.....	1		Batalha	1	4
Castro Daire.....	1		Caldas da Rainha	8	5
			Figueiró dos Vinhos.....	1	
			Leiria	156	77
			Óbidos	3	2
			Pedrogão Grande.....		1
			Peniche	4	1
			Pombal	24	19
			<i>Santarém</i>		
			Abrantes	51	24

	Casos certos	Casos não averiguados		Casos certos	Casos não averiguados
Almeirim	1	3	Setúbal	29	9
Benavente	3	3	Sintra	2	
Barquinha	3		S. Tiago do Cacém	3	1
Cartaxo	11	2	Tôrres Vedras	1	
Chamusca	2	1	<i>Portalegre</i>		
Coruche	2	3	Alter do Chão	6	5
Constância	2		Arronches	1	2
Ferreira do Zézere	2		Avis	1	2
Golegã		1	Campo Maior	4	3
Mação	2	1	Crato	4	2
Rio Maior	16	7	Elvas		1
Salvaterra de Magos	1	3	Gavião	3	1
Santarém	6	2	Nisa		1
Sardoal	8	2	Ponte de Sôr	10	8
Tomar	5	4	<i>Évora</i>		
Tôrres Novas	2	4	Arraiolos		1
Vila Nova de Ourém	31	22	Borba	2	
<i>Lisboa</i>			Évora	2	
Alcácer do Sal	1		Estremoz	2	3
Alcochete	4	1	Montemór-o-Novo	8	5
Aldegalega	2	1	Môra	2	
Alemquer	1	3	Redondo	1	1
Almada	17	9	<i>Beja</i>		
Azambuja	10	3	Aljustrel		1
Barreiro	1		Beja		1
Cadaval		1	Moura	4	4
Cascais	2		Odemira	1	
Grandola	1		Reguengo	1	1
Lisboa	8	7	Vidigueira	1	1
Mafra	1		<i>Faro</i>		
Moita	10	1	Lagos		1
Seixal	36	11	Loulé		1
Sesimbra	9				

Revista dos Jornais de Medicina

V Reunião da Sociedade alemã das doenças do metabolismo e do aparelho digestivo. — Viena, 30-IX a 3-X-1925. *Compte-rendu de M. WOLF. Arch. d. Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition* N.º 4, 1926).

SESSÃO DE 30-IX-1925

Relatórios sobre as variações do metabolismo.

KESTNER (Hamburgo) — Indica as melhores condições para determinar o metabolismo basal nos casos normais. Insiste sobre detalhes da técnica e diz que os valores normais não devem diferir mais do que 10 % da média. Fala em seguida na «acção dinâmica específica» de certos alimentos e medicamentos.

BIEDL (Praga) — Trata das variações do metabolismo de origem endocrina. Refere se principalmente às modificações do M B (metabolismo basal) nas afecções do corpo tiroídeo. Baseando-se nos trabalhos de Kendall, Plummer e escola de Rochester, mostra o paralelismo que existe entre a quantidade de tiroxina ingerida e o aumento do M B. Nas hipotireoses o M B dá indicações valiosas, mas a clínica é que decide o diagnóstico: aspecto das unhas, dos cabelos e pêlos, etc.; nas hipertireoses, pelo contrário, o M B resolve as dúvidas clínicas (trabalhos de Magnus-Levy, dos Americanos). Segundo os trabalhos de Biedl, ainda não é possível precisar a influência exacta do iodo sobre o corpo tiroídeo, se bem que pareça exaltá-lo. Para o autor a hipotireose é uma diatese, um conjunto de estigmas que caracterizam o indivíduo afectado.

É ainda necessário determinar a acção precisa da tiroxina no organismo. Não há dúvida que faz diminuir o peso do homem, mais ainda o dos animais, que tem uma acção sobre o metabolismo das substâncias proteicas no sentido dum aumento e que acelera o metabolismo dos hidratos de carbono. Os Americanos provaram, em experiências com o moinho de pedal, que para trabalhos iguais o hipertiroídeo consome muito mais calorias do que o indivíduo normal, mas Biedl julga que esse consumo exagerado deve ser atribuído à instabilidade motora geral dos basedowianos, que faz com que todo o seu trabalho seja «inéconómico» em virtude do exagêro de todos os movimentos associados; é impossível estabelecer actualmente se a tiroxina exagera a despesa calorífica no trabalho muscular.

Contrariamente a numerosos autores, Biedl não admite como demonstrada a acção dinâmica específica do extracto tiroídeo. Se a definição exacta da acção dinâmica específica apenas deve ser compreendida no sentido das calorias em excesso obtidas pela ingestão dum alimento qualquer, esta acção não existe nem para o extracto tiroídeo, nem para o hipofisário, contrariamente à opinião de Kestner.

Parece fora de contestação que o consumo de luxo não existe quando se suprime o corpo tiroídeo.

O estudo do mecanismo de acção do extracto tiroídeo deve reportar-se

aos tecidos periféricos, mas sem que intervenham os nervos ou glândulas endócrinas. Plummer crê numa acção catalizante sobre as trocas celulares dos tecidos e Léo Adler pensa do mesmo modo quanto à acção periférica.

O A. fala rapidamente na importância das outras glândulas sobre o metabolismo: as paratiroides actuam sobre o metabolismo do cálcio; o timo não tem acção manifesta sobre o metabolismo. Em relação à hipófise, sabe-se que o extracto do lobo anterior tem acção sobre o crescimento e o do lobo médio sobre o metabolismo. O A. nega enérgicamente a acção da hipófise total sobre o metabolismo em geral, assim como a sua acção específica dinâmica.

As glândulas genitais intervêm certamente no metabolismo geral e energético, mas de forma ainda desconhecida. A acção das suprarenais é difícil de precisar, actuando a adrenalina sobre o metabolismo dos hidratos de carbono e secundariamente sobre as gorduras.

Pode-se, pois, concluir que na questão estudada nada está ainda nitidamente demonstrado, excepto o papel do corpo tiroideo. As impressões, melhor ou pior fundamentadas, sobre a acção de outras glândulas endócrinas, não repousam em bases sólidas e, apesar dos progressos do técnica experimental, talvez mesmo por causa desses progressos, pouco se tem avançado. O valor dos algarismos obtidos em certas experiências (americanas e outras) depende, segundo a opinião do autor, da pessoa que os determina (fala de «inflação» sem valor monetário verdadeiro).

Nas questões do metabolismo o que é preciso sobretudo reter é que se trata muito menos de órgãos do que dum sistema de correlação de crecção. Neste sistema há predomínios de certos órgãos variando segundo a idade, o sexo, as épocas do ano. Assim há diferenças notáveis entre a riqueza em iodo da tiroidea no verão e no inverno; Moro mostrou o predomínio da tetania na primavera e fala de épocas de tetania. Com effeito podem encontrar-se variações endócrinas que, na criança, parecem seguir as estações do ano e no adulto, homem e sobretudo mulher, se fazem segundo um ritmo mais aproximado, de períodos mais curtos.

GRAFE (Rostock) — Encara a questão das correlações entre as perturbações do metabolismo nos diferentes processos patológicos e as perturbações da secreção interna.

Para obter no estudo desta questão resultados úteis é preciso adoptar um valor normal com limites que não sejam muito largos e que não variem dum observador para outro. O M B não deve mostrar afastamentos de mais do que 10 % na criança e 15 % em adultos.

O A. trata rapidamente dos diferentes aparelhos usados na Alemanha para determinar o metabolismo basal. Insiste sobre detalhes circunstanciados, dados pelo A. numa monografia recente, e mostra que a maioria dos trabalhos apenas accusam variações quantitativas do M B, pois as variações qualitativas são estudadas raramente.

A intensidade das combustões no organismo depende: 1.º do metabolismo individual, 2.º dos sistemas reguladores térmicos (químico e fisico).

O metabolismo próprio dos tecidos (determinado pelo processo de Har-

burg) mostra uma grande constância que resulta da coordenação dum conjunto de sistemas reguladores. O tecido de boi, que no animal vivo mostra um metabolismo muito mais fraco por unidade do que o tecido de rato, acusa em experiências dêste tipo um metabolismo muito mais elevado do que o tecido de rato.

A influência da alimentação é menos importante do que o que se julgava; entretanto constata-se em geral uma diminuição do M B nos estados de fome e um aumento na hiperalimentação. A relação entre esta última e a obesidade está ainda pouco esclarecida. O A. considera tãda a adiposidade como devida ao mesmo tempo em parte à hiperalimentação, em parte a perturbações endócrinas.

O consumo de luxo varia segundo o estado do corpo tiroideo. A acção dinâmica específica dum alimento sôbre a regulação térmica é desconhecida e devemos-nos esforçar por procurar simplesmente a influência dum alimento sôbre o M B.

Os aumentos dos metabolismos parciais ou particulares são muito difficeis de determinar. A capacidade de trabalho muscular diminui com o aumento do metabolismo. O estado do tonus não influencia o metabolismo geral e êste último é pouco afectado pelos tremores musculares. A influência do coração e da respiração varia entre 3o % (Zuntz) e 3 % (Liljenstrande). O sangue e os órgãos hematopoiéticos intervêm em 1o % no metabolismo basal.

As alterações do metabolismo por lesões dos órgãos de secreção interna são ainda mal conhecidas. Na diabetes Falta demonstrou que o metabolismo basal aumenta com a hiperalimentação e menos com a acidose. A recente monografia de Laqueur mostra como ainda está pouco assente a acção da insulina sôbre o metabolismo.

Graefe julga que a regulação física e química do metabolismo depende do sistema nervoso central. A regulação nervosa central foi estabelecida pelos trabalhos de Meyer (Viena) e Krehl (Heidelberg), que mostraram ser a febre devida a um aumento da sensibilidade do centro térmico. Dubois mostrou que a alimentação não tem qualquer efeito sôbre a febre e que nesta última o metabolismo não difere do do estado normal. Contrariamente às opiniões de Naunym e dos seus discípulos, a decomposição toxi-infecciosa das proteínas do organismos não é termogénea. Muitas das afecções tóxicas e apiréticas podem modificar o metabolismo por mecanismo central ou periférico. No cancro o metabolismo está aumentado cêrca de 1o %, sobretudo por perturbação do metabolismo das proteínas; para o A. êste aumento não seria devido prôpriamente ao tumor, mas sim ao provável agente parasitário do cancro. Nas afecções hepato-esplénicas verifica-se um aumento das trocas metabólicas, assim como na fase aguda das nefrites. O metabolismo dos caquéticos, dos estados de colapso e das doenças mentais não foi ainda objecto de pesquisas que mereçam ser relatadas.

Bloch (Zurich) — Encara a repercussão das alterações do metabolismo sôbre a pele e a das afecções cutâneas sôbre o metabolismo em geral.

As afecções cutâneas são de origem complexa e o relato do A. propõe elucidar a questão, classificando as manifestações mórbidas do seguinte modo:

CHINOSOL

Antiséptico e desinfectante poderosíssimo

ALGUMAS DAS SUAS APLICAÇÕES

Oftalmologia:

Tem sido empregado com sucesso em casos de queratite (*compressas quentes com chinisol*),
Conjunctivite gonocócica.
Blefarites.

Cirurgia:

Considerado um ótimo antisséptico e desinfectante, tanto para uso interno como externo. (Desinfecção das mãos; tratamento de feridas; queimaduras; focos supurados; supuração nas grandes cavidades (pleura, peritoneu) etc.).
Numerosos cirurgiões de todo o mundo põem em relevo a sua superioridade sobre os outros antissépticos e desinfectantes, de menor eficácia e maior toxicidade.

Ginecologia e obstetrícia:

Bons resultados com o uso de irrigações intra-uterinas de soluto de Chinisol a 1 ‰ em casos de endometrite aguda e crónica. Ótimos resultados nos catarrhos da mucosa vaginal (soluções e óvulos).
Antisséptico ideal em obstetrícia.

O Prof. Dr. R. Kossmann, de Berlim, escreve no *Centralb. f. Gynäk.*: «Devem ser obrigadas as parteiras a usar sempre como antisséptico o CHINOSOL.»

Depositários exclusivos: **Raúl Vieira, Limitada**

RUA DA PRATA, 51 - LISBOA

Telefone 3586 - Central

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

I — Dermatoses devidas a alterações do metabolismo :

a) Afecções em que há uma relação evidente e certa ;

1.º Perturbações de impregnação (dermatoses de precipitações) ; depósitos de uratos ; calcinose ; xantose ; amiloidose ; antracose.

2.º Perturbações de sensibilização (aumento dum elemento endógeno no sangue com sensibilização a um factor exógeno) ; *hydrao vacciniformis* (com porfirinémia).

3.º Perturbações do funcionamento das hormonas (grupo ainda mal estudado) ;

Certas : mixedema ; Addison (hiperpigmentação) ; discutíveis : ictiose ; esclerodermia (diminuição de M B) ; muito discutíveis : seborreia, acne, herpes menstrual, impetigo herpetiforme das mulheres grávidas, *acanthosis nigricans*.

II — Dermatoses provávelmente devidas a alterações do metabolismo.

(Patogenia mais complexa ; a relação de causa a efeito é o mais das vezes indirecta ; há alterações do metabolismo às quais se ajunta um segundo factor endo ou exógeno. Pode-se perguntar se as afecções atribuidas pelos antigos às diáteses, serão determinadas pela acção biológica de substâncias químicas definidas).

Eczema ; urticária, neurodermite ; líquen *simplex* ; líquen escrofuloso ; prurigo, etc. No eczema, por exemplo, julgou-se encontrar variações patológicas ou na urina, ou no sangue, ou no aparelho digestivo. Muitas vezes o estudo da casuística permite encontrar certos elementos de coincidência ou de freqüência ; em geral parece necessária a combinação de factores exo e endógenos. O A. vê aí a existência duma idiosincrassia (alergia congénita ou adquirida) da pele para diversos factores exógenos.

III — Modificações do metabolismo devidas a doenças cutâneas.

Aquí o ponto de vista é inverso do precedente e considera o organismo como o espelho da pele. Trata-se dum assunto ainda em esboço, mas já se conhece a influência :

da ferida e da sua cura sobre o metabolismo ;

das afecções cutâneas (sobretudo dos lactantes) sobre o sistema nervoso autónomo, a composição elementar e química do sangue, etc.

SESSÃO DE 30-IX-1925 (TARDE)

Discussão dos relatórios sobre as variações do metabolismo ;

DEBERNY (Viena) — Defende a sua concepção do valor específico dinâmico da hipófise e dos órgãos genitais contra as críticas de Biedl.

SNAPPER (Amsterdã) — Mostra as relações entre os rins e o metabolismo intermediário segundo o estudo da composição do sangue em casos de nefrites.

SINGER (Viena) — Insiste sobre a influência das perturbações glandulares, especialmente hepáticas, sobre o metabolismo intermediário.

RAAB (Praga) — Estuda a regulação hormonal e nervosa sobre o metabolismo das gorduras. Doseou regularmente no sangue os corpos acetónicos, as gorduras e o açúcar em animais submetidos a diferentes intervenções. A falta de alimento, a extirpação da tiroidea, da epífise, das pa-

ratiroideas não produz variações que interessem. A adrenalina faz diminuir as gorduras, aumentar os corpos acetónicos e o açúcar; a insulina faz diminuir o açúcar e os corpos acetónicos e aumentar as gorduras. A pituitrina faz diminuir consideravelmente as gorduras e os corpos acetónicos do sangue (Cook e Chamberlain acharam que a pituitrina aumenta a gordura do fígado). Há pois uma acção directa da pituitrina (extracto do lobo intermediário) sobre a gordura do sangue e assim um efeito regulador sobre a acção da insulina e da adrenalina. A injeção intraventricular de pituitrina tem um efeito incomparavelmente superior tanto em intensidade como em duração ao da injeção intravenosa ou subcutânea.

Este efeito deixa de existir se se lesa primeiro o sistema nervoso (ao nível dos núcleos da base, bulbo ou medula). Há pois um sistema hipófise-núcleos da base que, por via nervosa, actua sobre o metabolismo das gorduras e indirectamente sobre a termo-regulação e perturbações hepáticas.

LESCHKE (Berlim) — Isolou com o nome de diátese distrófica pigmentar um síndrome caracterizado por alterações endocrinas acompanhadas de perturbações discrómicas da face ou tronco, modificações do crescimento com infantilismo genital e variações do metabolismo dos hidratos de carbono. Esta afecção, na qual o A. mete certos casos de doença de Recklinghausen, seria devida a uma perturbação congénita.

BUSCHKE (Berlim) — Confirma as opiniões de Bloch.

EPPINGER (Viena) — Estuda a combustão do ácido láctico num basedoviano.

PULAY (Viena) — Estudando o M B e a composição mineral do sangue nas afecções cutâneas, achou na psoriasis um aumento do M B e ao mesmo tempo do cálcio sanguíneo; pensa na intervenção de factores tiroideos.

STUMPFKE (Hanover) — O estudo do azoto residual, açúcar e diástases do sangue em várias dermatoses não forneceu resultados dignos de nota.

EHRMANN (Viena) — Insiste sobre as perturbações cutâneas na apendicite crónica e considera o eczema como a consequência de substâncias albuminosas tóxicas.

LICHTWITZ (Hamburgo) — Muitos dos resultados obtidos no estudo do M B são sujeitos a revisão. A hipofise não parece ter acção dinâmica específica sobre a utilização do oxigénio. Na obesidade é preciso procurar sobretudo a influência dos factores neuro-endocrinos que modificam a estrutura celular e o metabolismo aquoso.

GLAESSNER (Viena) — Baseando-se no estudo de numerosos casos, insiste sobre a acção específica da hipofise e da tiroidea sobre o M B.

MULLER (Hamburgo) — Achou uma reacção cutânea sempre simultânea e inversa entre o fígado e a pele.

MENDEL (Berlim) — Assinala os bons efeitos da insulina na doença de Basedow e precisa a técnica de aplicação.

Conclusões da discussão pelos relatores:

KESTNER (Hamburgo) — Regista com satisfação a grande prudência dos experimentadores revelada pela técnica e conclusões dos seus trabalhos. Continua a afirmar a diminuição da acção dinâmica específica na obesidade. Insiste sobre o papel da hipofise nas perturbações do metabolismo. Segundo as

suas pesquisas feitas com extracto do lobo anterior da hipófise, o prephyson, este extracto teria uma acção dinâmica específica tanto em sãos como em doentes. Deve-se pois concluir que a obesidade de causa endógena é proporcionada pela acção dinâmica específica e que ambas dependem da hipófise.

BIEDL (Praga) — Julga que se deve precisar duma vez para sempre a significação da acção dinâmica específica, isto é, a acção directa, especial sobre o M B e não confundir este termo, como o faz Kestner, com a perturbação máxima da utilização do oxigénio. Baseado nas pesquisas do seu aluno, Raab, mostrou que o lobo anterior é uma glândula do crescimento que não tem relação com o metabolismo das gorduras e contesta a pureza do prephyson.

SESSÃO DE 1-X-1925

Relatório sobre a patogenia e o tratamento da obstipação e da diarreia.

STRASSBURGER (Frankfort) — Discute primeiro o problema da obstipação. A constipação de origem mecânica é pouco frequente e raramente se encontram alterações anatómicas importantes, como por exemplo a dilatação do cólon transverso. A obstipação de origem funcional é muito mais frequente e o emprêgo dos R-X constituiu um grande auxiliar para o seu estudo. É difícil dizer se se trata duma diminuição das excitações no intestino ou duma diminuída excitabilidade do plexus de Auerbach; pôde-se constatar por exemplo uma diminuição da acção peristáltica do quimo alimentar, da pituitrina ou de outros excitantes do mesmo tipo. O próprio A. verificou a importância da acção da pepsina sobre o peristaltismo, da riqueza do quimo em água sobre o microbismo intestinal ao nível do coecum, sobre o ataque diastásico da celulose que, segundo Biddermann, pode começar no intestino delgado. Todos estes factos mostram que não é possível separar a constipação de origem alimentar da de causa dispéptica.

A obstipação espástica continua em estudo; Singer e Holzknacht mostraram a imagem do apêrto do clon ascendente; outros autores insistiram no transporte retrógrado ou antiperistaltismo, que não é, como alguns pretendem, uma disquinésia especial por perturbação da coordenação neuromuscular, mas simplesmente um exagêro de fenómenos normais em cuja realização podem intervir factores psíquicos.

O tratamento da obstipação será feito com regime apropriado, utilizando a beladona para actuar sobre o parasimpático e os laxantes sobre o plexus de Auerbach.

Na discussão das diarreias o A. insiste na única dispepsia verdadeira por utilização iusuficiente do quimo intestinal e não admite as dispepsias de origem microbiana ou alimentar. Os casos de insuficiência digestiva podem apresentar-se sob dois aspectos: a dispepsia de fermentação originada nas últimas porções do jejuno e nas primeiras do ílion pela abundância das diástases e dos micróbios da «dissociabilité» do amido; a dispepsia de putrefacção, que é a verdadeira dispepsia de origem gástrica (por aquilia) ou pancreática e que nem sempre causa diarreia.

(Continua).

F. FONSECA,

O tratamento da tuberculose pulmonar com Sanocrisina. (*Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanocrysin*), pelo Prof. JANSEN e Dr. WEBER — *Klin. Woch.* N.º 26, 1926.

Os AA. começam por afirmar que o principal fim do seu artigo é evitar a generalização do emprêgo da sanocrisina e aconselhar o maior dos cuidados no seu uso.

Trataram 16 casos de tuberculose pulmonar aberta, que há longa data estavam em observação na 2.ª clínica médica da Universidade de Munich.

Abandonaram o emprêgo do sôro por o considerarem inactivo e mesmo prejudicial.

Seguiram, quanto ao doseamento da sanocrisina, as indicações de Secher. Dose inicial de 0,5^{gr}; três, quatro, cinco ou sete dias depois novamente 0,5^{gr} ou 0,75^{gr}. Doses seguintes de 0,5^{gr}, 0,75^{gr} ou 1 gr. com intervalos de 3 a 7 dias.

Observaram vários acidentes tóxicos, fazendo sobressair a perda de apetite, que nenhum medicamento conseguiu combater, e que para os AA. é a causa do emmagrecimento e lesões renais com albuminúria, cilindrúria hialina e granulosa e por vezes também hematúria. Um dos doentes tratados com sanocrisina morreu em uremia resultante das lesões renais causadas pela droga.

Para evitar estes efeitos maléficos da sanocrisina empregam-se actualmente doses pequenas: 0,05^{gr}, 0,1^{gr}. Os AA., usando doses de 0,1^{gr} e 0,2^{gr}, com intervalos de 10 a 14 dias, observaram ainda albuminúria, que só desapareceu decorridas 2 ou 3 semanas. Desde que esperemos pela desapareição destes sintomas, a cura completa pela sanocrisina (4-5 gr.) é extraordinariamente demorada.

Pelo que diz respeito à acção da sanocrisina sobre a tuberculose pulmonar, declaram os AA. que nenhum dos casos tratados permite falar de cura. Alguns dos doentes melhoraram, mas as melhoras podem também atribuir-se ao repouso e à boa alimentação. Nunca observaram reacções focais características, nem diminuição da expectoração ou desapareição duradoura dos bacilos de Koch. A sanocrisina provoca frequentemente a aparição duma eosinofilia sangüínea, que os AA. consideram como possivelmente ligada às manifestações cutâneas (exantema).

Os AA. fazem ainda várias considerações acêrca das experiências com sanocrisina em animais tuberculizados, citando os trabalhos de Bang e Neufeld.

F. FONSECA.

Septicémia post-anginosa. (*Ueber post-anginose Sepsis*), por H. LENHARTZ — *MÜNCH. Med. Woch.* N.º 22, 1926.

O A. declara não descrever uma doença nova, mas acentua que os casos de septicémia post-anginosa se observam hoje com maior frequência. A terapêutica de escolha nas septicémias ainda consiste no isolamento cirúrgico do foco séptico.

Nas septicémias puerperais isto é difícil e quasi sempre impossível, mas na post-anginosa consegue-se com a laqueação das veias jugulares, pois esta septicémia é devida, na grande maioria dos casos, a uma tromboflebite dessas veias.

Apresenta cinco casos de septicémia post-anginosa, com hemocultura sempre positiva, decurso fatal e exame anátomo-patológico revelando tromboflebite da veia jugular.

Acentua a importância do calafrio para o diagnóstico da septicémia e diz: «O aparecimento de um calafrio no decurso duma angina é um sinal seguro de tromboflebite, desde que a observação do doente exclua a existência duma doença intercorrente que o possa provocar».

A doença é caracterizada pelo seguinte :

1 — Contraste nítido entre a pequena inflamação local e a gravidade do estado geral.

2 — Tumefacção e aumentada sensibilidade à pressão, especialmente junto ao ângulo do mandibular. Pela palpação é difícil saber se se trata dum processo de adenite ou de flebite.

3 — Sintoma mais importante: o calafrio, indicador da septicémia. Tratamento radical: laqueação das veias jugulares externa e interna. A existência de metástases nos pulmões ou em outros órgãos não constitui contra-indicação para o tratamento cirúrgico, mas agrava o prognóstico.

F. FONSECA.

Diagnóstico da úlcera do duodeno com a sonda duodenal. (*Zur Diagnose des Ulcus duodeni mit der Duodenalsonde*), por T. TROMMER-Münch — *Med. Woch.* N.º 24, 1926.

A sondagem duodenal constitui um processo de exame do doente que dá boas indicações nos casos de úlcera do duodeno ou de neoplasia da região pilórica. O A. apresenta observações de alguns doentes que demonstram o valor da prova.

F. FONSECA.

Colecistografia. (*Cholecystography*), por STANFORD CADE — *The Lancet*. N.º 5366, 1926.

A colecistografia constitui um importante progresso no diagnóstico radiológico das afecções das vias biliares. Nas experiências do A. a droga que melhores resultados deu foi o sal sódico da tetraiodofenoltaleína na dose de 3, 4 ou 5 gr., consoante o peso do doente. O preparado nesta dose não é tóxico e raros doentes se queixam de dores de cabeça e náuseas. Em dois casos houve sintomas graves de intoxicação, que o A. atribui à rapidez com

que foi feita a injeção intravenosa e em parte também à oxidação do composto de iodo. O preparado deve ser absolutamente puro e o mais recente possível. A injeção será sempre feita lentamente. A administração oral nunca dá tão bons resultados como a via intravenosa.

A colecistografia é um método novo de investigação das vias biliares, baseado na capacidade que tem o fígado para eliminar certas substâncias opacas ao Raio X, dando êsse método indicações preciosas não só no diagnóstico das afecções das vias biliares como também no tratamento médico da colecistite crónica.

F. FONSECA.

O tratamento da diabetes complicada de tuberculose pulmonar. (*The management of Diabetes mellitus associated with pulmonary tuberculosis*), por C. A. ELLIOTT e W. H. NADLER — *The Med. Clin. o. North America*, N.º 6, 1926.

A associação das duas doenças, diabetes e tuberculose pulmonar, era, ainda há pouco tempo, de evolução quasi sempre fatal. O emprêgo da insulina resolveu a dificuldade do tratamento dietético.

Os AA. apresentam quatro casos de diabetes grave e tuberculose pulmonar avançada que mostram o benefício que para as duas doenças resulta em manter o açúcar do sangue próximo do valor normal. Clinicamente uma glicemia normal favorece a cura das lesões tuberculosas e a extensão destas últimas é condicionada pela hiperglicemia.

F. FONSECA.

O tratamento da anemia perniciosa. (*The treatment of pernicious anaemia*), por A. GOODALL — *The Lancet*, n.º 5363, 1926.

O A. passa em revista vários tratamentos e acêrca de cada um dêles diz o seguinte:

Repouso no leito — É conveniente fazê-lo até que o valor da hemoglobina atinja 60 %, ou pelo menos 40 % nos casos em que as melhoras se instalam lentamente.

Remoção dos focos sépticos — Tratamento o mais precoce possível de caries dentárias e piorreia. Observação cuidadosa e tratamento das lesões das fossas nasais e do aparelho genital. Procurar modificar a flora intestinal com dieta láctea (10 a 14 dias), clister diário e naftol B em hóstias.

Dieta — Durante 10 dias, ou mais, se persiste a itérica, aconselhar unicamente alimentação láctea e levemente farinácea.

Nos casos de irritação gástrica administrar leite peptonizado, kéfir ou whisky diluído.

Sintomas gástricos — A diminuição ou ausência de C1H é uma indicação para o seu emprêgo. Usá-lo em pequenas doses após as refeições. Shaw aconselha a administração de C1H sob a forma de limonada, que será chupada durante uma hora, depois do alimento. Se há vômitos persistentes, usar os alcalinos sedativos.

Arsênio — Continua a ser o fármaco mais usado. Há tendência para diminuir as grandes doses usadas primitivamente. O A. raras vezes dá mais do que 5 *minims* de licor de Fowler, 3 vezes ao dia, e acha que sob esta forma o arsênio é bem tolerado. Decorrido um mês, parar com o medicamento durante uma semana. Interromper a medicação logo que apareçam sinais de intoxicação pelo arsênio (edemas, diarreia, etc.) Se há perturbações gástricas, usar a via intravenosa, ou a intramuscular (licor de Fowler 3 a 5 *minims* bem diluído).

Ferro — Fora dos períodos de remissão, não tem qualquer efeito, irrita o estômago e causa freqüentemente cefaleias. Durante as remissões deve ser administrado quando o valor globular é inferior a 0,8 (pílulas de Bland, tintura de perclorato de ferro).

Medula óssea — O A. nunca viu a entrada num período de remissão coincidir com o emprêgo de preparados de medula óssea.

Sôro de cavalo — A experiência do A. é favorável ao seu emprêgo quando a medicação arsenical falha. (Por via hipodérmica ou *per os* na dose de 10 c. c.).

Transfusão — É difícil de apreciar o valor da transfusão. Algumas vezes obtém-se um resultado brilhante, mas as melhoras são, em regra, pouco duradouras. O A. cita um caso em que com esta terapêutica obteve uma remissão de cinco anos. Decorrido êste tempo o doente piorou e morreu, a-pesar-de-lhe terem sido feitas novas transfusões. O sangue de dadores com policitemia não oferece vantagens superiores ao de indivíduos normais. Junção de citrato de sódio a 3,8 por cento e na proporção de 1 para 10.

Vacinas e soros — A experiência do A. tem-lhe mostrado a ineficácia desta terapêutica: (auto-vacinas preparadas com as fezes, sôro anti estreptocócico).

Esplenectomia — Operação que nem a patologia, nem a experiência justificam.

F. FONSECA.

Acêrca da gangrena diabética, particularmente do valor do tratamento insulínico. (*On diabetic gangrene, with particular reference to the value of insulin in its treatment*), por H. BLOTNER e R. FITZ — *Bost. Med. and Surg. Jour.*, 24 de Junho de 1926.

O artigo abrange o resultado da larga experiência clínica no Peter Bent Brigham Hospital, no que respeita à gangrena diabética, uma complicação

da maior gravidade, imediata à acidose em importância e frequência. As condições fundamentais em que sobrevém esta complicação são a arteriosclerose vascular com trombose ou embolia e infecção. Para certos autores, principalmente para os franceses, existe uma variedade de gangrena puramente nervosa, sem lesões anatómicas dos vasos, sem deficiências circulatórias, em que o processo de gangrena se gera num simples espasmo vascular.

Todos os casos tratados no P. B. B. Hospital estavam associados à arteriosclerose.

O factor íntimo que no diabético condiciona com tanta frequência o processo gangrenoso não é ainda conhecido. Os factores ocasionais mais vezes encontrados foram os traumatismos e o frio.

As causas finais de morte foram, por ordem decrescente de percentagem, a infecção, o *shock* operatório e os acidentes cárdio vasculares.

O tratamento pode ser médico ou cirúrgico, devendo notar-se que o diabético cuidadoso, que use de tôdas as precauções habituais, raramente tem de lastimar-se de tão séria complicação.

Para pequenas áreas de gangrena o repouso, a dieta e a fisioterapia são quanto basta. É porém o tratamento médico-cirúrgico, a insulina e a intervenção operatória, o que de mais eficaz podemos empregar em tais emergências. Com a insulina a preparação do doente é rápida e as condições post operatórias muito mais conformes a uma boa convalescença.

A gangrena diabética carece de todos os cuidados e de tôdas as decisões enérgicas que são obrigatórias nos quadros de acidose.

MORAIS DAVID.

A reserva alcalina e o p H do plasma sangüíneo nos diabéticos. (*La réserve alcaline et le p H du plasma sanguin chez les diabétiques*), por M. LABBÉ, F. NEPVEUX e A. WELCKER. — *Annales de Med.*, Abril de 1926.

Os autores fizeram doseamentos dos corpos cetónicos da urina, do p H e da reserva alcalina do sangue, em diabéticos com hiponutrição e acidose e estudaram os valores comparativos da reserva alcalina e do p H do sangue em diabéticos graves. Dêste estudo pode concluir-se que existe em regra uma relação entre a acidose do sangue e a acidose da urina. Sob certas condições especiais esta relação pode variar um pouco.

Os doseamentos do sangue são mais rigorosos que os das urinas. Estudam também as variações da reserva alcalina com o tratamento insulínico. No tratamento das formas graves de diabetes a variação da reserva alcalina do sangue é um índice muito mais rigoroso da evolução clínica do que a variação de corpos cetónicos da urina.

MORAIS DAVID.

A glucose e a insulina no tratamento dos vômitos da gravidez. (*Glucose and insulin in the treatment of the vomiting of pregnancy*), por E. L. KING. — *Journ. of Am. Med. Assoc.* N.º 19, 1926.

A administração intravenosa de glucose no tratamento dos vômitos da gravidez foi empregada em 1920 por Titus, Hoffman e Givens. Os resultados foram muito animadores.

Thalhimer, em 1924, começou a empregar a insulina combinada com a glucose. Se a reacção hipoglicémica era violenta, administrava ao doente adrenalina. Só num caso foi preciso recorrer a êste medicamento.

Lefevre relata quatro casos que beneficiaram clinicamente com o emprêgo da glucose e da insulina.

Nos dois últimos anos, King tratou sete doentes com vômitos incoercíveis muito graves. Os seus resultados foram mais satisfatórios dos que os obtidos com outros métodos de tratamento.

O autor injectou diariamente 1.000 até 3.000 cc. de glucose a 5 % nas 24 horas. Para cada 1.000 cc. de glucose empregou 10, 20 e 25 unidades de insulina.

Em quatro casos, as melhoras foram tão rápidas que a indicação do abôrto terapêutico foi imediatamente posta de parte. Um doente morreu, a despeito do tratamento pela glucose e insulina, combinado com o abôrto. Um outro que estava extremamente intoxicado não melhorou: morreu de miocardite. O último doente tratado apresentou grandes melhoras aparentes, que retrocederam, sendo-lhe feito o abôrto com bom resultado.

Desta série de casos conclui o A. que êste método de tratamento é de um grande valor, constituindo um progresso em relação a todos os outros métodos empregados para combinar os vômitos tóxicos da gravidez. Deve ser preferido o emprêgo da insulina com a glucose; os resultados são incomparavelmente superiores aos que se obteem empregando só a glucose.

E. COELHO.

Colecistografia. (*Cholécystographie*), por UDAONDO e LANARI — *Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutrition.* N.º 5, 1926.

Os autores empregam o sal sódico de tetraiodofaleína, que oferece sobre as outras substâncias grandes vantagens. Em nenhum caso observaram sinais de intolerância, a não ser algumas náuseas, que desapareceram espontaneamente.

As doses oscilam de 3 a 3,6 gramas.

Técnica: Clister salino na véspera. O doente é mantido a líquidos e em jejum depois das 7 horas da tarde. Injecção intravenosa 8 horas antes da hora fixada para o primeiro *cliché*. A solução é preparada por dissolução da dose indicada em 28 c. c. de água destilada e esterilizada durante um quarto de hora por ebulição, em banho-maria.

Injecção lenta com uma velocidade máxima de 10 minutos. O doente fica em jejum depois da injecção. Os *clichés* são tirados 8 e 12 horas depois da injecção, e mantém-se o doente a líquidos até completar as 24 horas.

Acidentes: Quando o liquido não é injectado na veia, ocasiona grandes dores. A administração *per os* tem o inconveniente de provocar náuseas e o vômito total da droga. Deve empregar-se, então, a droga sob a forma de cápsulas de gelatina queratinizada ou de pílulas queratinizadas. A dose de tetraiodeto é de 4-5 gramas. Como com este método a absorção pelo intestino não é constante, os autores preferem o emprêgo da droga *per os* completado por via intravenosa, em casos de resultados negativos ou insuficientes.

A técnica radiográfica não oferece nenhuma particularidade: raios moles, 30-60 miliampères, exposição de 1-3 segundos.

A vesícula torna-se visível 3-4 horas depois da administração, atingindo o máximo de visibilidade 8 a 16 horas depois.

E. COELHO,

O efeito da hormona paratiroidea em certos sinais e sintomas da tuberculose. (*Effect of Parathyroid hormone on certain signs and symptoms in tuberculosis*), por B. GORDON, ROARK, e K. LEWIS — *Journ. of Am. Med. Assoc.* N.º 22, 1926.

As observações incidiram sobre 60 doentes em vários estágios da tuberculose. A hormona foi dada em injecção subcutânea: 10 a 20 unidades por dia (*para-thor-mona*, de Eli Lilly & Company).

Em resumo, verificou-se:

- 1.º aumento de forças e diminuição da dor muscular e pleurítica.
- 2.º diminuição da expectoração e um efeito favorável sobre a dispneia.
- 3.º diminuição dos fevres na congestão pulmonar.
- 4.º estado geral melhorado, com aumento de apetite, de peso, diminuição da temperatura e da taquicardia.
- 5.º que o exame radiológico parece ter mostrado os campos pulmonares mais claros, mas sem a existência de calcificação.

E. COELHO.

O que se entende por aquilia gástrica e como se deve tratar. (*Was versteht man unter Achilia gastrica und wie behandelt man sie?*), por WALTER ZWEIG — *Wien. Klin. Woch.* N.º 25, 1926.

Este artigo dirige-se aos práticos. Vamos traduzir o que nêle encontramos de fundamental e de interesse para os clínicos.

Por *aquilia gástrica* ou melhor *apepsia gástrica* se entende aquele estado patológico por efeito do qual as refeições chegam ao intestino delgado sem serem digeridas. A sua causa é devida à ausência completa (wollkommen Mangel) da pepsina e do ácido clorídrico do estômago. O A. distingue diferentes espécies de aquilia gástrica. Primeiro, a aquilia simples, em que não há modificações anátomo-patológicas ou histológicas da mucosa gástrica; existe apenas uma insuficiência constitucional das glândulas ou uma atonia dos nervos do estômago. A segunda forma de aquilia resulta das conseqüências de uma gastrite crônica; caracteriza-se pela atrofia da mucosa e por atrofia quasi completa (fast vollständigen) das glândulas. A terceira e última forma de aquilia encontra-se no carcinoma; não há, apenas, uma atrofia da mucosa, mas também uma diminuição da função gástrica, devida às toxinas do carcinoma.

O diagnóstico de aquilia faz-se com o exame do suco gástrico depois da refeição de prova. Esta mantém-se sem modificações macroscópicas; o pão dessa refeição não está alterado.

O conteúdo do estômago está muito diminuído e há vestígios de muco.

A acidez total vai de 4 até 6, o máximo 8; o ácido clorídrico livre falta por completo; o *deficit* de ácido clorídrico vai de 10-20. O ácido láctico, em muitos casos em que o carcinoma não existe, encontra-se em pequena quantidade. Não há sangue.

Os sintomas subjectivos podem faltar completamente e o diagnóstico só se faz pelo exame do conteúdo gástrico. Casos há em que as queixas gástricas são muito grandes: pressão e enfiamento após as refeições, falta de apetite, etc. Podem existir dores lancinantes sem que haja úlcera. Em muitos casos o A. observou também o ardor típico no estômago, assim como pirose. São os ácidos orgânicos e não o ácido clorídrico que, então, provocam a azia. Se com o ardor há ainda dores, o diagnóstico em que primeiro pensamos é no de úlcera, e impõe-se então, mais do que nunca, o exame do conteúdo gástrico.

As fezes podem ser normais, mas em muitos casos há diarreia (diarreia gastrogénia). As causas desta diarreia consistem para o A. em perturbações de compensação (Kompensationsstörung) do intestino delgado, o qual toma sobre si o encargo de toda a função digestiva.

A terapêutica deve ser, em primeiro lugar, dietética. Devem ser proibidos os alimentos sólidos, como a carne dura e tendinosa, o presunto, toda a espécie de carne defumada ou de conserva; e dar-se, no princípio, carne de ave, peixe, miolos, compota, legumes em forma de *purée*, biscoitos e pão torrado.

Se a aquilia é simples (1.º tipo) deve dar-se sumo de limão, condimentos, mostarda, pimentos, sardinhas, etc.

Na aquilia resultante de uma gastrite devemos evitar completamente o uso de substâncias alimentares excitantes, como alcohol, café e condimentos. Para moderar a musculatura gástrica devemos recomendar refeições pequenas e freqüentes, e estabelecemos um plano dietético de acôrdo com as perturbações intestinais.

Como medicação, dá o A. *ácido clorídrico com ou sem pepsina*.



Ácido clorídrico diluído 3 vezes por dia, dez gotas em 50 gr. de água, antes e durante as refeições; ou ácido clorídrico diluído e pepsina alemã, em 5 gr., água destilada, 50 gr.; 3 vezes por via uma colher de café antes e durante as refeições; ou *acidol-pepsina* (forte) que contém por cada comprimido 0,04 gr. de ácido clorídrico officinal.

Este último é caro e, portanto, só os doentes ricos dêle se podem aproveitar.

O ácido clorídrico não tem uma acção proteolítica e podemos, portanto empregar-lo em grande quantidade.

A base terapêutica do ácido clorídrico consiste numa excitação reflexa das glândulas gástricas e da secreção pancreática. Surpreendente é a acção do ácido clorídrico na diarreia gastrogénia.

Também o *Pankreon* pode ser empregado com proveito na diarreia.

A obstipação dos aquilicos deve ser tratada pela dietética.

Nos últimos anos, especialmente entre os franceses, tem-se empregado o suco gástrico do cão (*gasterina*), preparação muito recomendável.

E. COELHO.

O tratamento da dor cardíaca pelas injeções paravertebrais de alcool. (*The treatment of cardiac pain by paravertebral Alcohol Block*), por G. SWETLOW e S. P. SCHWARTZ — *Journ. of Am. Med. Assoc.*, N.º 22, 1926.

Os autores aconselham o emprêgo das injeções paravertebrais de alcool nos gânglios das raízes dorsais e nos ramos comunicantes como o processo mais racional e inofensivo para combater a dor da angina pectoris.

O lugar da injeção é determinado pelas áreas de hiperestesia, hiperalgesia e hipertermestesia da pele.

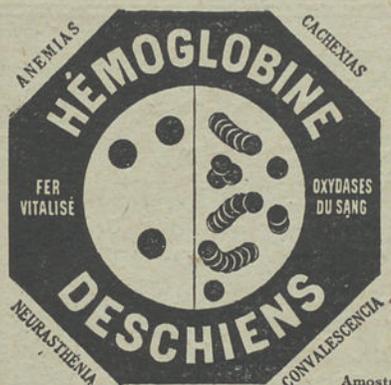
Com essas injeções pretende-se provocar uma degenerescência nas fibras nervosas irritadas, que são formadas pelos cilindros-eixos dos gânglios das raízes dorsais e que conduzem o estímulo protopático.

Empregam-se 3 a 5 c. c. da sol. de alcool a 85 0/0, com a técnica usual das injeções paravertebrais.

Cuidadosos estudos electrocardiográficos foram feitos em todos os doentes antes e depois do tratamento.

Os resultados obtidos em cinco doentes indicam-nos que estamos de posse de um método novo, simples, eficaz e desprovido de qualquer perigo para combater a dor cardíaca rebelde a outro qualquer tratamento.

E. COELHO.



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes 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)
Amostras 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 fígado e dos syndromas derivativos

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



Opothérapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos scientificos

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, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardeche) FRANÇA

Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^A, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

PRODUTOS "WANDER,"

OVOMALTINE

Super-alimento dos anémicos e dos convalescentes.
Tratamento das afeições do estômago e dos intestinos.

Galactogénio.

Alimento dos intelectuais e dos desportistas.

MALTOSAN (Sôpa de malte)

Dispepsias e toxi-infeções das crianças.
Permite observar um regime de dieta sem consequências debilitantes.

De seguros efeitos nos casos mais rebeldes.

NUTROMALT

Açúcar nutritivo não fermentando no intestino.
Complemento indispensável ao leite de vaca no aleitamento artificial.

Combate a diarreia infantil e os perigos do desmamar.

ALUCOL

Tratamento dos estados hiperclorídricos.

CRISTOLAX

Laxativo não irritante. Especifico da prisão de ventre habitual, das crianças e das pessoas fracas.

JEMALT

Combinação saborosa de extracto de malte seco com óleo de fígado de bacalhau.

Amostras grátis para os médicos

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º