

Ano IV

N.º 1

Janeiro de 1927



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura dos agentes para Portugal e Colónias

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, DYSPNEA, OPPRESSÃO, 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 inoffensivas; exigir os Verdadeiros Granulos CATILLON Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3. Boulevard St-Martin. Paris — PHARMACIA

CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.^o 50

LISBOA MÉDICA

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P.

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias

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

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.º

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutanea sem dor.
Injecção Intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos

TOXICIDADE consideravelmente inferior

á dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

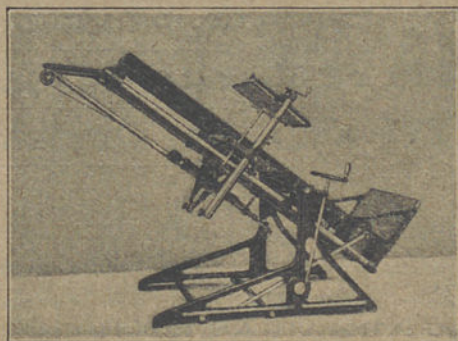
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais da Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITÁRIOS
EXCLUSIVOS

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



Os melhores aparelhos de

Raios X

Electromedicina

Electrodentaria

são os da

Siemens-Reiniger-Veifa

O melhor instrumental CIRURGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berne

Agentes exclusivos para Portugal:

J. Roma, L.^{DA}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lacteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lacteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — peptonizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd. - Londres, COLL TAYLOR, LTD.

Rua dos Douradores, 29-1.º - LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

ACENTES NO PORTO, COIMBRA, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLÍNICOS

Usados em todo o mundo

A VENDA NAS FARMÁCIAS DO PAÍS

Agente geral: COLL TAYLOR, L.^{da} — Rua Douradores, 29-1.º - Lisboa - Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.' A PRIMEIRA
PREPARADA
Brand NA EUROPA



VANTAGENS:

1 — **Acção constante.** Sendo bem aplicada evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.

2 — **Elevada pureza.** Não provoca reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.

3 — **Inalterabilidade sem igual.** É a única Insulina garantida, pelo menos, por um ano.

A VENDA NAS FARMÁCIAS em frasquinhos de 5 c. c. ou 100 unidades. 5 c. c. ou 200 unidades. 25 c. c. ou 500 unidades.

Folheto grátis sobre o tratamento da diabetes aos Ex.^{mos} Clínicos.

THE BRITISH DRUG HOUSES, L.^{TD} e ALLEN & HANBURYS, L.^{TD} — LONDON

Representante em Portugal: COLL TAYLOR, LDA.

Rua dos Douradores, 29, 1.º - LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

PORTO — M. P. Silva, Rua das Flores, 114 — Telef. 611.

BRAGA — Farmácia Central, Rua Miguel Bombarda, 6.

COIMBRA — Centro Comercial de Drogas, Rua Ferreira Borges, 34-1.º.



Entéro-Colite

PRINCIPALMENTE NAS CRIANÇAS

melhora rapidamente e a cura é facilitada pela aplicação de Antiphlogistina quente no abdómen. A

Antiphlogistine
TRADE MARK

descongestiona os vasos do intestino e do peritónio, estimula o plexo solar e hipogástrico, faz desaparecer o tenismo, a contractura muscular e a dor.

DOENÇAS DA PELE (Dermatites)

As alterações da derme, qualquer que seja a sua origem: queimaduras, mordeduras de insectos e de reptis, tão frequentes no verão, melhoram com a aplicação precoce da Antiphlogistina. Em geral deve aplicar-se quente.

O calor húmido aplicado continuamente nos casos de congestões restabelece prontamente a circulação normal; é o primeiro passo no processo de reparação de qualquer inflamação. A Antiphlogistina fria é mais agradável nos primeiros tratamentos das queimaduras.

CONTUSÕES

Entorse, feridas, sinovites traumáticas, cáimbras e outras congestões devidas aos exercícios desportivos cedem rapidamente às aplicações da Antiphlogistina quente.

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



SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

E. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^{ie}, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

Aparelhos e instalações completas de:

RAIOS X

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden

Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIEDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X
AMPOLAS para todos os fins
PELICULAS „Maro” de dupla Emulsão
EUBARYT para exames do Estômago
etc. etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATOS TAVARES, LIMITADA

Rua dos Fanqueiros, 218-3.º - LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES

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 Essência de Sandalo
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Pylonephrite.
Catarrho vesical.

KOLA ASTIER

GRANULADA

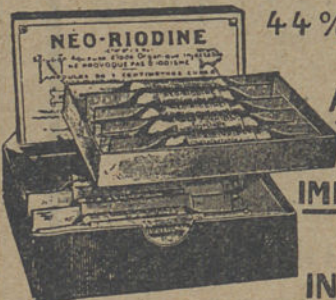


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÊO-RIODINE

$C^3 H^6 O_4 I_5 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44 % de Iodo

ACÇÃO

IMEDIATA

INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

RIODINE

$(C^{18} H^{33} O_3)_3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado
Ether glicerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

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

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.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



SUMÁRIO

Artigos originais

<i>A esterilidade de origem tubária</i> , por Eufresinda Guedes Teixeira.....	pág. 1
<i>Estudo do Metabolismo Basal em alguns casos de Basedow</i> , por Mário Rosa.....	" 8
<i>Os raios ultra-violeta e os portadores de bacilos de Löffler</i> , por Francis o Formigal Luzes.....	" 15
<i>Demência precoce e esquizofrenia</i> , por Luis Pacheco	" 20

Notas clínicas

<i>A insuflação das trompas praticada no hospital Broca com o aparelho do dr. Douay</i> , por Al. Floresco e Georges Naum.....	" 26
--	------

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	" 36
--	------

A ESTERILIDADE DE ORIGEM TUBÁRIA

ACTUAIS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

POR

EUFRESINDA GUEDES TEIXEIRA

Ex-assistente da 1.^a Clínica Cirúrgica

A pesquisa das causas da esterilidade na mulher é ainda, na hora actual, um problema de difícil solução.

Trataremos aqui duma das mais freqüentes causas da esterilidade: a impermeabilidade das trompas de Fallópio.

Num artigo que adiante transcrevemos sôbre a insuflação tubária verão os leitores, numa rápida descrição, a história desta e o processo por que ela é feita actualmente no Hospital Broca, Clínica do Prof. Jean Louis Faure.

Deixamos nesta parte do assunto a palavra a dois colegas romenos, com quem convivemos nesta clínica e acompanhámos em parte dos seus trabalhos, começando por tratar aqui dum outro processo de investigação que, como auxiliar dos diagnósticos ginecológicos, precedeu a insuflação, e que por alguns investigadores vem sendo empregado há já mais duma dúzia de anos: a radiografia do aparelho genital e mais especialmente a salpingografia.

Em França, no ano de 1912, Dartigues e Dimier apresentavam pela primeira vez à Sociedade de Cirurgiões de Paris uma radiografia de fibroma mineralizado e em 1914 realizavam a ra-

diografia dos órgãos genitais pelos métodos endo- e peri-uterinos associados.

Após esta, várias comunicações se foram seguindo. O assunto tomou capital interesse e grande desenvolvimento, sobretudo na América, onde Rubin, em 1915, Henedy, Cary e Seider, algum tempo depois, se ocupavam do caso, sendo de princípio mais freqüentemente empregadas como substâncias opacas auxiliares do diagnóstico radiológico o colargol e o brometo de sódio num soluto a 20 ou 25 0/0.

A breve trecho o colargol era abandonado por alguns investigadores, acusado de provocar, em certos casos, graves reacções peritoneais, continuando o brometo de sódio em uso e sendo ainda actualmente empregado muito freqüentemente.

Nos últimos dois anos após a feliz aplicação do lipiodol ao método imaginado por Sicard e Forestier para o diagnóstico dos tumores intra-raquidianos, o uso do lipiodol foi também introduzido na exploração radiológica em ginecologia, tendo sobre o colargol a vantagem de ser maravilhosamente suportado pelo peritónio e sobre o brometo de sódio a de poder ter, em alguns casos, ao mesmo tempo efeitos terapêuticos.

Técnica.— Actualmente é dada preferência ao uso do lipiodol e no que respeita à técnica, variável segundo os autores, muitas publicações têm surgido, bem como a apresentação de alguns engenhosos aparelhos inventados no intuito de auxiliarem a introdução do lipiodol nas cavidades dos órgãos genitais.

Podem dividir-se os autores destas publicações em duas categorias :

Alguns, pouco numerosos, empregam para a injecção do líquido uma sonda obliterando parcialmente o orifício do colo uterino e permitindo, pois, o refluxo na vagina de parte do líquido injectado; outros esforçam-se por obter, tanto quanto possível, a obliteração dêste orifício.

Podem assim resumir-se as duas práticas em processo a colo aberto e processo a colo fechado.

O processo a colo fechado, facilitando enormemente a interpretação das radiografias (uma das maiores dificuldades do assunto em questão) apresenta o inconveniente de podermos facilmente ser levados a um excesso de pressão intra-uterina de perigosas conseqüências, sendo absolutamente necessário o em-

prêgo dum pequeno manómetro metálico anexo ao aparelho e não devendo nunca a pressão ultrapassar 30 cm. de mercúrio.

Como instrumental vai tendo aceitação em França e começa a ser usado em algumas clínicas de Paris o aparelho do Dr. Cotte, professor agregado da Faculdade de Medicina de Lyon, por êle apresentado ao Congresso de Cirurgiões Franceses realizado na Faculdade de Medicina de Paris, em Outubro do ano findo.

Compõe-se êste instrumento duma peça metálica terminada por uma dupla garra, com que se fixa o colo do útero, apanhando-o pelo seu lábio posterior, e sôbre a qual se vem por sua vez fixar uma sonda metálica munida, a cêrca de 3 cent. da sua extremidade, duma oliva de cauchu de tamanho variável em relação com as dimensões do colo e vindo exercer pressão sôbre êste, fazendo-se a adaptação por intermédio dum parafuso que se desloca sôbre uma goteira situada na peça portadora da dupla garra e de modo a formar o conjunto, depois da aplicação do aparelho, uma peça única.

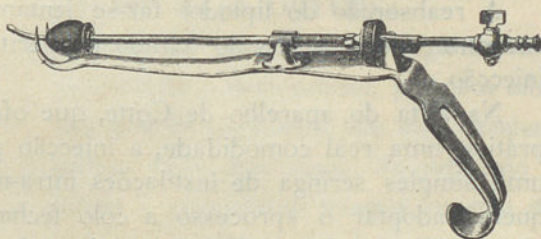


Fig. I. — Aparelho de Cotte

Na extremidade livre da sonda existe uma pequena torneira que ajuda a regular a introdução do lipiodol, feita lentamente com uma seringa de 10 cc. Querendo fazer a injeccção sôbre o contrôle manométrico, basta adaptar a esta extremidade da sonda uma derivação em T, a cujo ramo vertical se liga o manómetro, tendo o cuidado de conservar êste a cêrca de 15 mm. acima do plano da sonda, para evitar que seja invadido pelo lipiodol.

As manobras de colocação do aparelho são feitas na sala de operações com os cuidados de asépsia requeridos, sendo depois transportada a doente sob o *écran* e procedendo-se só então à injeccção do lipiodol.

Começa-se por introduzir 5 a 6 cm. dêste líquido, o bastante, geralmente, para que as trompas sejam injectadas, tendo o útero

dimensões normais. É então o momento de pedir ao radiologista um ou os clichés necessários a uma boa interpretação.

Cotte apresenta um grande número de radiografias obtidas pela técnica que acabamos de descrever, sem ter observado o mais ligeiro acidente, e refere que, tendo operado mais de 50 doentes em quem previamente havia feito, horas ou dias antes, a injeção intra-uterina de lipiodol, nunca verificou na pelve vermelhidão, reacção inflamatória ou aderências que pudessem ser imputadas à injeção.

A exploração radiológica do aparelho genital constitui, todavia, uma verdadeira intervenção, que só deve ser praticada em doentes hospitalizadas, mantidas em repouso no leito e podendo ser atentamente vigiadas.

A reabsorção do lipiodol faz-se lentamente, não sendo raro encontrar ainda restos do líquido no peritóneo 48 horas após a injeção.

Na falta do aparelho de Cotte, que oferece, na verdade, em prática, uma real comodidade, a injeção pode fazer-se até com uma simples seringa de instilações intra-uterinas e, no caso de querer adoptar o «processo a colo fechado», a oclusão deste obter-se há por intermédio duma pinça de 4 garras ou duas pinças de duas garras cruzadas ou ainda um obturador de cauchu adaptado a sonda intra-uterina; mas neste caso, facto capital que não julgo descabido acentuar, é absolutamente necessário proceder sob o contróle do manómetro e não exceder uma pressão de 30 cm. de mercúrio pois, segundo os trabalhos de Sicard e Forestier realizados em animais, a passagem do lipiodol através dos capilares só se efectua com pressões superiores a 46 e 50 cm.

O Prof. Serdukoff de Moscú emprega habitualmente nas suas experiências um soluto de brometo de sódio a 25 0/0, servindo-se, no que respeita à técnica, dum aparelho de sua invenção, também de grande simplicidade e facilmente realizavel, que se compõe dum frasco graduado apresentando duas tubuladuras uma delas em ligação por intermédio dum tubo com uma algália vulgar de mulher à qual é adaptado um obturador cónico em cauchu sendo a outra tubuladura posta em comunicação com um manómetro de coluna de mercúrio e por intermédio deste com o insuflador.

Se, não obstante o obturador, há refluxo de líquido na vagi-

DRYCO

(LEITE DE CONFIANÇA)

Um permanente aliado da medicina preventiva

«Nenhum caso de mortalidade pode ser imputado, segundo supomos à intolerância pelo leite em pó (DRYCO).»

«Conforme as nossas curvas regularmente ascendentes o demonstram, podemos afirmar que os resultados têm sido excelentes em 75 0/0 dos casos. No referente a débeis e prematuros tivemos ocasião de assistir a verdadeiras ressurreições.»

Dr. MULS — BRUXELAS.

O Leite em Pó na Alimentação das Crianças.

O DRYCO foi reconhecido sempre, desde a sua aparição, como o leite STANDARD para a

ALIMENTAÇÃO INFANTIL

The Dry Milk Company, 15 Park Row, New York

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

DEPOSITÁRIOS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS :

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

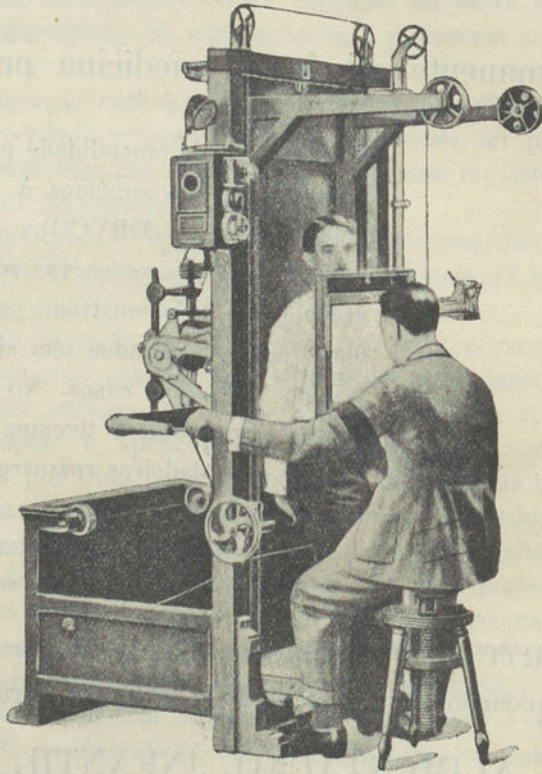
Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Etabts Gaiffe-Gallot & Pilon de Paris

Victor X Ray Corporation CHICAGO

Radium Belge—Bruxelas



Mesa oscilante em posição vertical para radioscopia ou radiografia

REPRESENTANTE EM PORTUGAL

Sociedade Ibérica de Construções Eléctricas, L.^{da}

S I C E

Praça dos Restauradores, 78-1.º-- LISBOA

na, auxilia a oclusão do colo com duas pinças cruzadas, preferindo sempre operar com o colo fechado.

A operação é habitualmente bem suportada, não necessitando anestesia ou mesmo a injeção de qualquer substância analgésica. Quando muito a doente acusará uma ligeira dor no caso de obliteração do lado da trompa não permeável, o que nos serve de guia para não elevarmos a pressão ou suspender mesmo a injeção. Serdukoff diz que em casos de trompas dilatadas e turtuosas tem chegado a injectar 45^{cm³} de líquido.

Claude Béclère dá preferência ao lipiodol operando com o colo fechado e servindo-se de sondas moles para cateterisar o canal cérvico-uterino. Este processo pode apresentar vantagens em alguns casos como, por exemplo, querendo obter uma radiografia de tumor desenvolvido sobretudo à custa do colo pois em tais circunstâncias a sonda mole mais facilmente se adaptará aos desvios apresentados pelo trajecto do canal endo-cervical.

Vantagens da prática do exame radiográfico do aparelho genital feminino:— Empregado em vários casos de diagnóstico difícil como, por exemplo, nos tumores pélvicos cuja séde o exame clínico mais rigoroso é impotente para fixar, casos de dismenorrea sem lesões clínicas manifestas que justifiquem o aparecimento destas perturbações funcionais, prolapsos dos órgãos genitais, deformações uterinas, etc. a radiografia dos órgãos genitais da mulher, e mais especialmente a salpingografia, tem sobretudo acentuadas indicações no diagnóstico etiológico da esterilidade de origem tubária tendo sobre a insuflação a vantagem de nos dar ensinamentos acerca das dimensões dos órgãos genitais e nos casos de não permeabilidade das trompas de bem localizar o ponto da obstrução.

Na esterilidade secundária a lesões de salpingite antiga a radiografia permitirá ver, após a cura, se a permeabilidade das trompas está restabelecida e no caso de impermeabilidade pode dar ao cirurgião indicações precisas para a execução duma operação plástica no sentido de restabelecer o seu valor funcional.

Interpretação dos resultados radiográficos:— É esta algumas vezes uma das maiores dificuldades a vencer.

Casos há de fácil interpretação, vendo-se as duas trompas perfeitamente desenhadas e, no caso de permeabilidade, deixando passar o líquido opaco na pequena bacia; outros casos há

em que é bem difícil afirmar se o líquido está dentro ou fóra das trompas sendo necessário fazer nova radiografia no dia seguinte para, comparando as imagens obtidas, podermos concluir se o líquido está ou não numa cavidade fechada donde não pode escapar-se. Se as trompas não chegam a ser injectadas forçoso não é concluir a sua impermeabilidade, sendo necessário verificar as condições em que foi tomado o cliché e sobretudo se não teria havido refluxo de parte do líquido pelo orifício do colo.

Podem obter-se muito interessantes imagens no caso de radiografia de tumores dos órgãos genitais, mas em tais circunstâncias bastas vezes é mais difícil ou mesmo impossível a interpretação do cliché.

Cotte refere entre outros um curioso caso da sua observação: Uma doente operada de cesariana 4 anos antes e tendo sido hospitalizada com o diagnóstico de anexite. Ao exame ginecológico palpava-se no fundo do saco anterior uma massa bastante volumosa, fazendo corpo com o útero. A primeira radiografia dá uma imagem que nada traduz — uma larga mancha de nítidos contornos em forma de ampulheta de eixo levemente inclinado dirigido de cima para baixo e da direita para a esquerda, colocada atrás da sínfise — Injectando cerca de 30 cc. de lipiodol chegou a obter o desenho do útero e da trompa esquerda. Numa terceira prova a trompa direita torna-se bem aparente. Na intervenção verifica-se a existência de salpingite bilateral; trompas de pavilhão fechado. No fundo do saco vésico-uterino um abscesso enquistado em que foi achado um fio de seda empregado na sutura do útero da anterior operação cesariana. A bolsa quística comunicava com o útero e assim se explica a imagem obtida em primeiro lugar, tendo o lipiodol passado para a cavidade quística antes de encher completamente o útero e de ter penetrado nas trompas.

Muito curiosos são ainda, e então de mais fácil interpretação, os clichés radiográficos obtidos nos casos de deformações uterinas ou de posições viciosas do útero tantas vezes também inculpadas como causa de esterilidade.

Para concluir devemos dizer que nos parece útil fazer prece-der a salpingografia duma insuflação das trompas, processo que é já seguido como norma por alguns auctores entre eles Serdukoff

que só recorre à radiografia quando os dados fornecidos pela insuflação são insuficientes, ou quando esta última demonstrou a existência de não permeabilidade das trompas.

Contra-indicações: — São idênticas para os dois processos de investigação e estão largamente estudadas no artigo que adiante transcrevemos sôbre a insuflação.

Numa época em que tanto se fala de operações conservadoras em ginecologia, julgamos a propósito chamar a atenção dos leitores para o assunto em questão no intuito de vermos applicados entre nós os métodos de investigação da permeabilidade das trompas, pesquisa que julgamos absolutamente indispensável para bem orientar a terapêutica cirúrgica adequada.

O artigo que apresentamos sôbre a insuflação (1) e que devemos à amabilidade de dois colegas estrangeiros aparecerá em breve publicado num jornal de medicina francês. Tendo sido a França o país da Europa que primeiro se ocupou do caso julguei útil traduzi-lo na íntegra e apresentá-lo aos leitores como sendo a mais recente publicação francesa sôbre o assunto e como trabalho feito sob a direcção de Douay (chefe dos trabalhos ginecológicos da clínica do Prof. J. L. Faure), a pessoa que foi em França o divulgador do método e que dêle tem já uma grande experiência.

(1) *Vide Notas Clínicas.*

Serviço do Prof. Pulido Valente

ESTUDO DO METABOLISMO BASAL EM ALGUNS CASOS DE BASEDOW

POR

MÁRIO ROSA

(Assistente de Clínica Médica)

Antes de entrarmos pròpriamente na apreciação dos nossos resultados, queremos dizer alguma coisa sôbre o metabolismo basal, tanto mais que é um assunto pouco familiar ao público médico português.

Para determinar o metabolismo energético podemos utilizar os métodos físicos (calorimetria directa) ou os químicos (calorimetria indirecta). No primeiro caso lançamos mão dos aparelhos especiais chamados calorímetros, que nos dão directamente a quantidade de calor desenvolvido. No segundo, as trocas respiratórias, pelo estudo dos gases, fornecem-nos indirectamente o valor da calorificação.

Numerosos aparelhos têm aparecido com êste fim, cuja apresentação e discussão serão objecto de novo artigo.

Na clínica emprega-se geralmente a calorimetria indirecta, determinando-se o valor do metabolismo basal.

Chama-se metabolismo basal ou de base a energia dispendida nas condições de repouso e de jejum, isto é, nas chamadas condições basais.

¿Como obter, na prática, estas condições?

Os doentes devem:

a) ter a última refeição 12-14 horas antes da determinação;

- b) permanecer no leito em completo repouso ;
- c) ser transportados em maca até ao laboratório ;
- d) estar deitados na marquesa de observação, em repouso absoluto e relaxamento muscular completo, durante meia hora antes da experiência.

Para a maior parte dos autores, os limites normais são de $\mp 10\%$. Benedict eleva-os a $\mp 15\%$.

Hoje em dia a determinação do metabolismo basal nos casos de bócio exoftálmico é indispensável para o seu conhecimento completo.

Esta determinação é simultâneamente um método de diagnóstico e um guia do tratamento e só ela nos permite trabalhar com segurança.

Na verdade, não há outra qualquer doença que dê números tão elevados ; tal aumento obriga só por si ao diagnóstico. Duma maneira geral, os aumentos de 25% , 50% , 75% correspondem aos casos ligeiros, graves e muito graves.

Os autores americanos têm obtido por vezes números mais altos ; todavia Grafe considera-os de uma grande raridade. O mesmo autor diz que, nos casos duvidosos, a doença só pode ser diagnosticada com garantia se existe um aumento do metabolismo, não conhecendo um único caso averiguado em que êste critério se não verifique.

Tal condição deve entrar pois na definição da doença.

Também para avaliar da influência da terapêutica é indispensável a determinação do valor metabólico. Assim, constata-se que um grande número de casos ligeiros são mesmo influenciados favoravelmente pelo repouso no leito, pelos brometos ou pelas aplicações frias em volta do pescoço. A radioterapia da glândula faz baixar o metabolismo, por vezes duma maneira apreciável, mas os resultados são sobretudo notáveis depois da laqueação das artérias tiroideias ou da ressecção da glândula.

A administração de doses muito pequenas de iodeto de potássio (método de Neisser) provoca baixas apreciáveis.

Seguindo êste método, em prática neste Serviço, utilizamos um soluto a 5% (iodeto de potássio — 1, água distilada — 20), começando por 3 gotas, três vezes por dia, e aumentando progressivamente o número de gotas, até atingir 20 gotas por dose, o que corresponde a administrar quinze centigramas de iodeto por dia.

Loewy e Zondek verificaram que os sintomas tóxicos são pouco influenciados; as melhoras são sobretudo notáveis no estado de nutrição, com um aumento do pêso do corpo e uma diminuição do valor metabólico. Assim, em 3 casos obtiveram baixas de 29,5%, 28,8% e 18,9%.

As nossas determinações foram feitas com o aparelho de Krogh, o mais simples e o mais prático dos aparelhos para fins clínicos. Obtida a curva que nos revela o consumo de oxigénio, determinamos a calorificação por hora e por metro quadrado de superfície do corpo, podendo assim, por meio das tabelas de Du Bois, comparar êste número com o correspondente no indivíduo em idênticas condições de sexo e idade. Estabelecendo a percentagem, exprimiremos os resultados em + ou - %.

Resta-nos falar nos nossos resultados, apresentando-os a seguir:

Caso I — D. C. Enf. M. 2-A.

Diagnóstico: Doença de Basedow (sem bócio).

Entrada em Junho de 1926.

Primeiros sintomas tóxicos há nove meses.

Submetido ao tratamento pelo iodo, obtém melhoras acentuadas, tendo aumentado 2 kg. de pêso. Diminuição do número de pulsações.

Alta em Julho.

Reentrada em 6 de Outubro. Não piorou. Conservação do pêso (57 kg.).

Em 12 faz-se a primeira determinação do metabolismo basal que nos mostra um aumento de 24%.

(M. B. = + 24%).

Em 2 de Novembro foi operado pelo Dr. Alberto Gomes, depois de preparação pelo iodo. Anestesia paravertebral com novocaína-adrenalina 0,5%. Laqueação das duas tiroideias inferiores e do pedículo-nervoso tiroideo superior esquerdo. Processo de Quervain. União por primeira intenção.

Em 15. M. B. = - 2%.

Em 22. M. B. = + 7%.

Em 6 de Dezembro M. B. = + 2%.

Alta, curado. Sai com o pêso de 59 kg.

Em 16-I-927 dá entrada novamente na Enf. para determinação do metabolismo basal. Durante êste intervalo passou sempre bem. Pêso, 58,500 kg. Pulso normal. Em 21 M. B. = - 3%.

Caso II. B. F. Enf. M. 2-B.

Diagnóstico: Doença de Basedow (bócio exoftálmico). Entrada em Junho de 1925.

Primeiros sintomas tóxicos há 16 meses, depois de parto.

Submetida ao tratamento pelo iodo, verificam-se melhoras notáveis, como muito bem mostra o gráfico a seguir (curva do pêso e do pulso) (Fig. I).

Alta em Julho, continuando a tomar as gotas de iodeto de potássio e a melhorar das suas queixas, a ponto de se julgar quasi curada.

Em Maio de 1926, depois de novo parto, voltaram a acentuar-se as queixas, mas não melhorando com o iodo.

Reentrada em Julho.

Em 23 de Setembro. M. B. = + 38 %.

Faz então iodoterapia.

Em 12 de Outubro. M. B. = + 27 %.

Houve pois um abaixamento de 28 %.

Em 9 de Novembro foi operada pelo Dr. Alberto Gomes,

depois de preparação pelo iodo. Anestesia paravertebral com novocaína-adrenalina a 0,5 %.

Laqueação das tiroideias superior e inferior do lado direito. Processo de Quervain. União por primeira intenção.

Tratava-se de um bócio pequeno multinodular difuso. Agravamento dos sintomas tóxicos e do estado de nutrição. A doente perde 5 kg. em 15 dias. Taquicardia (à volta de 130).

Em 24. M. B. = + 52 %

Alta, recusando-se a sofrer as laqueações das tiroideias esquerdas.

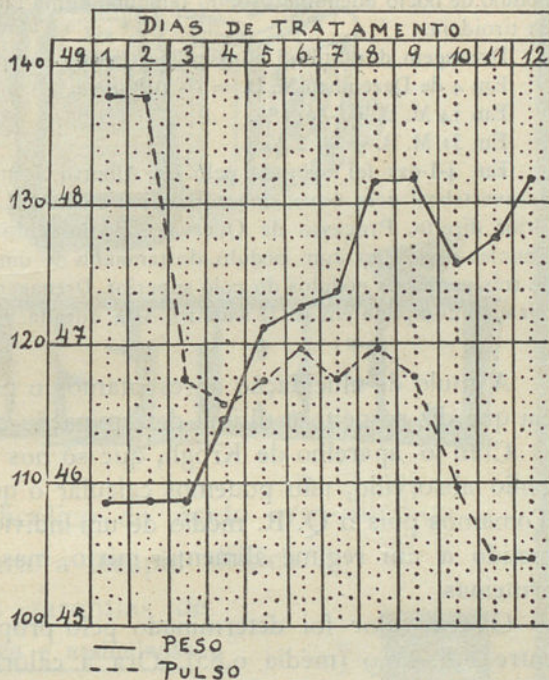


Fig. I

Em 24. M. B. = + 52 %

Alta, recusando-se a sofrer as laqueações das tiroideias esquerdas.

Caso III. M. B. Enf. M. 2-B.

Diagnóstico: Doença de Basedow (adenoma com hipertiroidismo).

Entrada em Novembro de 1926. Há seis anos aparecimento de tumor e há dois dos primeiros sintomas tóxicos.

Em 13 de Novembro M. B. = + 30 %. Toma gotas de iodeto de potássio

como preparação para a tiroidectomia. O número de pulsações baixa, o peso aumenta

Em 23 M. B. = + 17 0/0

Houve pois um abaixamento de 43 0/0.

Em 25 foi operada pelo Dr. Alberto Gomes.

Anestesia paravertebral com novocaina-adrenalina a 0,5 0/0. Laqueação da tiroideia inferior esquerda. Processo de Quervain. Enucleo-ressecção dum nódulo de bócio adenomatoso, do tamanho duma tangerina, do lado esquerdo da tiroideia.

Drenagem durante 48 horas. Cicatrização completa em 10 de Dezembro.

Em 4 de Dezembro M. B. = + 19 0/0.

Em 14 M. B. = + 11 0/0.

Em 31 M. B. = + 5 0/0.

Em 4-1-927 foi operada pelo Dr. Alberto Gomes (2.ª sessão). Anestesia paravertebral com novocaina-adrenalina a 0,5 0/0. Laqueação de tiroideia inferior direita. Processo de Quervain. Bócio multinodular do lobo direito. Enucleo-ressecção dum nódulo, do tamanho de uma noz, do polo inferior, e de três pequenos nódulos do polo superior. Drenagem durante 24 horas. Cicatrização completa em 10 de Janeiro. Alta, curada.

A título de elucidação apresentamos o protocolo da experiência que diz respeito à última determinação do caso II.

Com o aparelho de Krogh, que só nos permite medir o oxigénio absorvido, não podemos calcular o quociente respiratório. Tomamos pois o Q. R. médio de um individuo em repouso, submetido a um regime alimentar mixto, mas sobretudo pobre em proteínas.

O seu valor foi determinado pelo próprio Krogh, oscilando entre 0,8—0,9 (média 0,85). Ora a calorificação de 1 c. c. de oxigénio com um Q. R. de 0,85 é igual a 4,863 pequenas calorías, segundo os cálculos de Zuntz (em números redondos 4,8).

Nesta experiência (veja-se a curva da respiração) medimos o consumo do oxigénio em sete minutos e meio, o qual foi de 2300 c. c. Dividindo êste número por 7,5 obtemos, é claro, o consumo por minuto (Fig. II).

Assim, houve um consumo de 306 c. c.

Êste volume tem de ser reduzido a 0º e 760 mm.

De uma maneira grosseira, e seguindo a simplificação de Arnoldi, adoptada no serviço do Prof. Kraus (Berlim), onde aprendemos a técnica dêste e doutros aparelhos, podemos obter esta redução multiplicando o número pelo factor 0,9. Comparando alguns resultados, em que fizemos simultâneamente a redução



SILISTREN

Ester tetraglicólico do ácido orto-silícico
para a terapia silicica

Amplas garantias de
resorção e assimilação
ajudando eficazmente

a formação de cicatrizes e o encapsulamento
dos processos tuberculosos.

No Comércio: frascos com 30 gramas
Empacotamento original «BAYER»

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius",

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



PORAL

(Drageas)

Enxôfre Colloidal — Bencinnozal — Polyacol
Anemona pulsatilla — Lobelia inflata
Drosera rotundifolia — Sisymbrium-officinale
Eucalyptus globulus — Hydrato de terpileno
Convallaria maialis

ROMANYL

(Poção peitoral)

Anemona pulsatilla — Lobelia inflata
Drosera rotundifolia — Bencinnozal
Grindelia robusta — Sisymbrium — Faham

Poralin **Rhino-Fogyl**

(Pó composto para inalações) (Pomada nasal preventiva)

FOGYL

(pastilhas)

Bencinnozal — Perborato de Sódio — Eucalyptol
Menthol — Mllacyl

Para tratamento das afecções das vias respiratórias agudas ou brônquias,
Gripe catarral, Corisas, Constipações, Bronquites, Pneumonia, etc.

AMOSTRAS GRATUITAS Á DISPOSIÇÃO DOS EX.^{MOS} MÉDICOS

LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN — PARIS
A. VINCENT, L.^{DA}, CONCESSIONÁRIOS PARA PORTUGAL
RUA IVENS, 56 — LISBOA



Opothérapie Hemática

Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Míneraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{is}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

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

utilizando a fórmula conhecida, verificámos pequenas diferenças, desprezíveis nas determinações puramente clínicas.

Temos a seguir de multiplicar por 4,8 (pequenas calorias) e depois, como queremos obter a calorificação por hora, por 60. Para simplificar podemos multiplicar uma só vez por 259,2 ($0,9 \times 4,8 \times 60$). E como as tabelas de Du Bois estão feitas em grandes calorias, dividiremos o resultado por 1000.

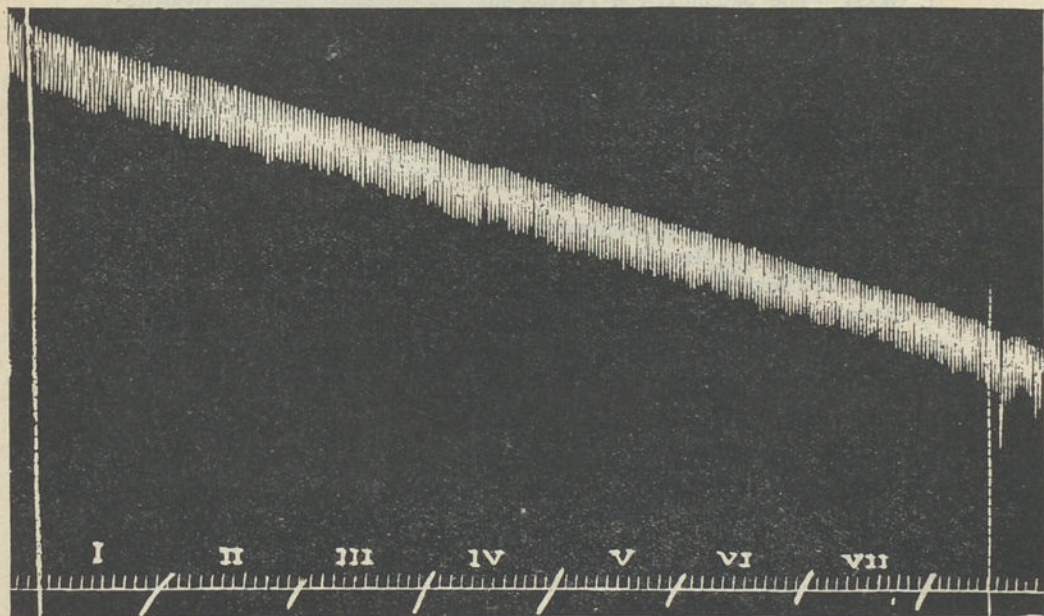


Fig. II

Nesta experiência obtivemos o número 79,315.

Falta apenas dividir pelo valor da superfície do corpo da doente.

Como resultado final avaliamos o metetabolismo por metro quadrado de superfície e por hora, que podemos então comparar com o valor no individuo normal, do mesmo sexo e da mesma idade.

Neste caso $\square = 1,43$ e o valor do metabolismo é igual a 55,4. O valor normal correspondente é de 36,5, a diferença de 18,9.

Para determinar a percentagem tem de multiplicar-se esta diferença por 100 e dividir pelo valor normal. Assim, $1890 : 36,5 = 52$ e portanto o metabolismo basal está aumentado de 52 % (M. B. = + 52 %).

BIBLIOGRAFIA

1. GRAFE — Die pathologische Physiologie des Gesamtstoff — und Kraftwechsels bei der Ernährung des Menschen.
2. — Verhandlungen der Gesellschaft für Verdauungs—und Stoffwechselkrankheiten. (V. Tagung).
3. NEISSER — Ueber Iodbehandlung bei Thyreotoxikose — *Berl. Kl. Wochens.* 1920, n.º 20.
4. LOEWY und ZONDEK — Morbus Basedowii und Iodtherapie — *Deut. Med. Wochens.* 1921, n.º 47.
5. KROGH. — Ein Respirationsapparat zur klinischen Bestimmung des Energieumsatzes des Menschen — *Wien. Kl. Wochens.* 1922, n.º 13.
6. KLEIN und STEUBER — Die gasanalytische Methodik des dynamischen Stoffwechsels.
7. ARNOLDI — Die Bestimmung des Grundumsatzes in grober Annäherung — *Deut. Med. Wochens.* 1925, n.º 28.

OS RAIOS ULTRA-VIOLETA E OS PORTADORES DE BACILOS DE LÖFFLER

(CASO CLÍNICO)

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Chefe do serviço de agentes físicos do hospital de Santa Marta

A publicação deste caso clínico tem em vista não só pôr em evidência mais uma indicação dos R. U. V. a que não vi ainda feita referência na literatura da especialidade; como também lembrar aos clínicos gerais o seu emprêgo em casos semelhantes para que possamos dum maior número de observações tirar conclusões precisas sôbre a sua eficácia.

Trata-se duma criança de 7 anos (obs. n.º 511 da série B do meu arquivo) a quem em consequência de ter adoecido um irmão com diftria, o pai que é médico, manda fazer uma pesquisa de bacilo de Löffler no muco amigdaliano.

Esta pesquisa feita no Instituto Bactereológico Câmara Pestana, a 8 de Setembro de 1926, foi positiva.

Os sinais objectivos eram nulos, à-parte ligeira vermelhidão das amígdalas.

O tratamento consistiu em aplicações de colutório iodado e gargarejos com soluto aquoso de ácido fénico. A 14 de Setembro, isto é, 6 dias depois, uma nova análise foi positiva. Intensifica-se o tratamento local, tendo passado a fazer aplicações de azul de metilena e gargarejos de água oxigenada. A-pesar disso a 3.^a e 4.^a pesquisas feitas respectivamente 3 e 6 dias depois continuam revelando a presença de bacilo de Löffler, que deixa pela primeira

vez de ser notado nas colheitas após cêrca de 21 dias desta terapêutica, para voltar de novo a aparecer 5 dias depois.

Insiste-se no mesmo tratamento e passado mais algum tempo estamos de novo em presença duma análise negativa que em breve deixa de o ser.

Em face da persistência de resultados positivos, lembra o colega. Ary dos Santos, helioterapia amigdaliana com a qual em casos semelhantes diz ter tirado excelentes resultados.

Havia porém a lutar com a pouca constância do sol nesta época e além disso o pai da doente lembrou se não seria mais eficaz e enérgica a aplicação dos R. U. V. com o que concordei.

A 18 de Outubro, isto é, decorridos cêrca de 40 dias após a primeira análise, inicio o tratamento utilizando para êsse fim a lampada de Kromayer com um localizador especial, que me permitia atuar directamente sôbre as amígdalas e só sôbre elas. A duração da 1.^a aplicação foi de 3' para progressiva e lentamente ir aumentando até um máximo de 10'. Apenas uma vez, houve uma ligeira reacção local, que me obrigou a repetir a duração da sessão anterior.

As sessões foram diárias e em número total de 9.

Após as 4 primeiras, foi feita uma pesquisa de bac. de Löffler, que foi negativa, esta pesquisa foi repetida 2 e 4 dias após a suspensão do tratamento, não tornando a revelar-nos a presença do agente microbiano.

Estavamos pois em face dum portador de bac. de Löffler, no qual se bem que não se tenha ensaiado o tratamento citado por Kolle et Hetsch, de aplicar na garganta destes indivíduos um soro aglutinante sêco e pulverizado, que aglutinando os bacilos os torna mais facilmente arrastáveis pelos líquidos; nem feito aplicações locais da plocianase de Emmerich, extraída do caldo do bacilo plociânico que exerce uma acção dissolvente sôbre os bacilos falicitando a queda das falsas membranas, se empregou no entanto e durante bastantes dias a terapêutica medicamentosa vulgar sem êxito.

As aplicações dos R. U. V. vieram solucionar rapidamente êste caso. Os resultados obtidos não nos devem surpreender, uma vez que tenhamos presente que o bacilo de Löffler é como a maioria das bactérias asporogêneas muito sensível a acção da luz.

Na realidade, Ledoux—Lebard reconheceu, que o bacilo da



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

Inventor o Prof. Serono, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.

Efeitos rapidissimos.

Em todas as idades

**: NENHUMA :
INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampo-
las duma vez em injeções dia-
rias de 10 cc.

**Não dá dôr
nem reacção**

Muito empregadas as injec-
ções grandes mesmo nas Senho-
ras e até nas crianças.

**PODE-SE APLICAR EM
GRANDES QUANTIDADES
E NOS BRAÇOS.**

**Sempre falsificada,
nunca imitada.**

METRANODINA SERONO — *Hidrastris canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, can-
nabis indica.*

IPO TENINA SERONO — *A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.*

CARDIOLO SERONO — *Extrato fluido bem titulado de estrofanço, noz vomica, cebola albarrá e lobe-
lia. E' um preparado de titulo constante.*

VIROSAN SERONO — *Oleato duplo de mercurio, colestirina e albotanina (via bucal).*

UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados.
1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica
são levados á dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com sôro fisiologico
para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —

REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —

(pituitaria)

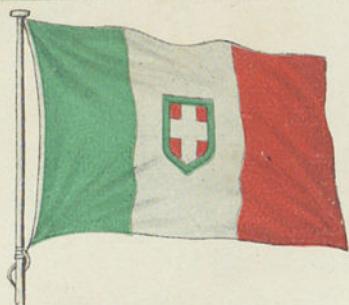
(baço)

(mamaria)

ASI SERONO

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — *Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.*

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — *Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.*



Arseniato de Ferro Solúvel Zambelletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado electro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico Alimentar

Gotas — Injecções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

Iodarsoné Zambelletti

Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de calcio e de magnesio e principios vegetais tonico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arseniaca.

INDICAÇÕES — Linfatismo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convallescença de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

O preparado que, tendo a sufficiente dosagem de arsenio metalico (mgrs. 0.75 por colher, equivalente a mgr. 1 de acido arsenioso), tem entre os seus similiares a mais alta de iodo metalico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metalico e gr. 1 de extratos tonicos.

Ótimo sabor, sem vinho e admirável para crianças.

AMOSTRAS :

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno= Bromo= Tonicas Zambelletti

(INJECCÕES)

FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO --VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciaes com alteração da crase sanguinea. (Olígoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

Iodosan Zambelletti

(IODO SOLUVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 0/0 de iodo metalóidico coloide, separavel, por diluição com agua comum ou por contacto com secreções organicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluido em agua comum constitui o mais ATIVO, o mais PRATICO, o mais AGRADAVEL antiséptico e profilático.

Gargarejos: — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.

Colutorios: — Na ESTOMATITE, na CARIE dentaria, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.

PARA

Lavagens dos ouvidos e do nariz.

Irrigações: — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de Iodo em todas as suas applicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI

difteria exposto sôbre uma lâmina de vidro à luz difusa, morria em poucas horas. Numa falsa membrana, eram necessárias 24 horas de exposição à luz solar para o matar e 50 dias à luz difusa.

O estudo detalhado da acção da luz sôbre os diferentes micro-organismos levou os autores que dêle se ocuparam à conclusão, que é sobretudo a parte ultra-violeta do espectro que possui propriedades bactericidas e que estas propriedades não só vão diminuindo à medida que nos aproximamos da outra extremidade do espectro, como até no vermelho e infra-vermelho êstes micro-organismos se desenvolvem mais rapidamente.

Numerosas são as experiências comprovativas dêste facto, das quais citarei apenas uma, por ser de tôdas a mais clássica. É a de Buchner, que consiste em cobrir com um papel preto, em que se recortaram as letras do alfabeto com que se escreve a palavra «Typhus» uma cultura de bacilo Eberth feita numa caixa de Pétri que se expõe à acção dum espectro poderoso. Reconhece-se após a sua permanência na estufa, que na parte sujeita às radiações pouco refrangentes se desenhavam na gelatina letras bem visíveis constituídas por uma rica germinação; ao contrário do que sucede na parte exposta às mais refrangentes em que as letras se apresentavam pouco nítidas para serem quasi impreceptíveis na atingida pela extremidade do espectro.

Pesquisas de Finsen e Bié mostram que das radiações actínicas teem acção bactericida mais intensa aquelas cujo comprimento de onda é inferior a 3100 A.

Por outro lado Bang tendo feito experiências com um arco de carvão estabeleceu a existência de 2 zonas bactericidas: uma fraca de 3400 a 3600 A., outra 140 vezes mais intensa entre 2000 e 3000 A. com um máximo para a radiação 2500 A.

M.^{me} V. Henri fazendo experiências com uma lâmpada de vapor de mercúrio fixou como radiações de actividade bactericida máxima aquelas cujo comprimento de onda é igual ou inferior a 2800 A que são de resto as mais facilmente absorvidas pelo protoplasma microbiano.

Da leitura dos vários trabalhos sôbre o assunto, parece-me poder concluir, que a radiação bactericida óptima é aquela cujo comprimento de onda oscila entre 2600 e 2800 A. e que segundo Marshall Ward, não só destroi os micro-organismos, como também os seus produtos de secreção.

Restava-me agora escolher de entre as várias origens actínicas que possuo aquela que melhor conviria para o caso em questão; isto é, aquela com a qual podéssemos obter radiações com o comprimento de onda desejado e fazê-las incidir directamente sôbre a região que desejamos tratar.

O estudo comparativo da análise espectral das radiações emitidas pelas várias origens actínicas capazes de produzirem o ultra-violeta médio (2500 a 3000 A.), levaram-me a conclusão de que é de entre elas a lâmpada de Kromayer (lâmpada de vapor de mercúrio) aquela que o fornecia com um maior número de fachas de absorpção correspondentes ao comprimento de onda desejado; além disso como nesta lâmpada as radiações térmicas são em absoluto absorvidas não tínhamos a recear o seu efeito antagonico. Uma outra vantagem apresentava ainda que era a sua aproximação ou mesmo contacto, se o desejássemos, com a região a tratar, evitando assim a absorpção pela camada de ar interposta das radiações úteis; pois não devemos esquecer que o ultra-violeta médio é facilmente absorvido pelo ar atmosférico mesmo em camada pouco espessa.

Sei bei, que tanto a lâmpada de Finsen Reyn como o arco polimetálico de Saidmann, teem dispositivos destinados a corrigir alguns dos inconvenientes apontados, contudo o seu manejo é bastante mais complexo.

Além de tudo o que acabo de expôr, a lâmpada de Kromayer apresentava sôbre as outras a vantagem de possuir localisadores de forma especial que introduzidos na cavidade bucal nos permitiam fazer incidir as nossas radiações directamente sôbre a região affectada e só sôbre ela.

Nas 2 primeiras applicações servi-me dum localizador de quartzo de forma cônica com circulação de água, que se coloca em frente da janela da lâmpada e substitui-o por ser mais cómodo nas seguintes por um outro em forma de vareta que se fixa à lâmpada por meio dum dispositivo especial.

A lâmpada de Bach ou qualquer outro modelo semelhante, a meu vêr, não convêm para o caso presente; pois não só teríamos que a aproximar demasiadamente do paciente para aproveitar as radiações de pequeno comprimento de onda, o que seria desagradavel pelo excessivo calor produzido; como também por as não conseguirmos fazer incidir duma maneira constante sôbre a

região amigdaliana por causa do levantamento involuntário da língua, para a qual o localizador de Kromayer funciona como abaixador.

A grande vantagem das origens actinicas artificiais sôbre a helioterapia é a de empregar apenas as radiações úteis, evitando as antagonicas (vermelhas e infravermelhas) que na luz solar se encontram associadas, encurtando deste modo a duração e o número das exposições.

O resultado obtido é bastante animador, para que em casos rebeldes de portadores de bacilo de Löffler se tente êste processo terapêutico, evitando assim não só a dissiminação dêste agente microbiano; como também isolamentos por vezes bastante prolongados, que em familias com mais de uma creança acarreta sensíveis transtornos.

Creio ter deixado bem frisada a técnica a empregar, e se o faço é apenas com o fim de evitar, que applicações mal praticadas possam ser apontadas como insucessos e desse facto resultar o abandono dum processo do qual creio tudo temos a esperar.

DEMÊNCIA PRECOCE E ESQUIZOFRENIA

POR

LUÍS PACHECO

A demência precoce a-pesar-de ser uma entidade mórbida admitida por todos os psiquiatras, nem por isso conseguiu ainda uma unidade de opinião ácerca dos limites que convém assinalar-lhe e dos variados aspectos e factos clínicos que sob esta determinação se agrupam.

Com Kraepelin, a escola alemã, e os que a seguem, deram-lhe uma desmesurada extensão reunindo sob a mesma rubrica, as formas hebefrénica e catatónica — anteriormente descritas por Kahlbaum e Heckert como doenças distintas — e todos os delírios alucinatórios sistematizados ou não que evoluçionavam para a demência. A analogia de evolução e a idade habitual do seu aparecimento, foram o critério que permitiu constituir esta nova forma nosológica com as suas três modalidades: hebefrénica, catatónica e paranoide.

A psiquiatria francêsa nunca admitiu êste ponto de vista afirmando, com razão, que se é legítimo considerar como formas clínicas dum mesmo processo mental a hebefrénica e a catatónica, o mesmo não sucedia com os delírios alucinatórios, alguns dos quais não conduzem à demência ou só a esboçam de uma maneira muito ténue e depois de uma muito longa evolução. Na demência precoce incorpora apenas os delírios desconexos, de frouxa sistematização, facilmente conduzindo a estados de *deficit* psíquico, formando com êles a variedade paranoide desta psicose. Todos os outros delirantes crónicos com alucinações habituais

— que são os perseguidos de Lasegue, os perseguidos — megalomanos de Foville, os delirantes crônicos de Magnan — afastados assim da esfera da demência paranoide constituem o grupo das psicoses alucinatórias crônicas que Kraepelin também já hoje aceita e que vêem descritas na última edição do seu tratado com o nome de parafrenias. Assim constituída, a demência precoce da primitiva classificação alemã, abrange formas clínicas de natureza diversa que evoluem diferentemente: umas conduzindo precocemente ao *deficit* psíquico, outras não levando, senão tardiamente e de uma maneira inconstante, a um enfraquecimento intelectual que não merece o nome de demência.

Este agrupamento artificialmente criado e reunindo afecções que primitivamente se consideraram de natureza semelhante, necessitava desmembrar-se afim de distinguir as formas que nêlo entravam. Regis orientando-se neste sentido descreve dois tipos «um tipo constitucional degenerativo: «survenant chez de jeunes sujets plus ou moins tarés antérieurement, qui, après certaines promesses intellectuelles, s'arrêtent d'abord, puis déclinent à l'occasion et sous l'influence autotoxique du processus pubéral» e um segundo tipo *accidental* que se inicia por um estado de confusão e que evoluciona para a cronicidade, constituindo assim uma demência post-confusional.

A clínica confirma muitas vezes a opinião de Regis, mostrando-nos casos de doenças infecciosas que atravessam um período confusional, mais ou menos longo e deixam como *reliquat* psíquico um estado de inferioridade mental que pelas suas características se pode catalogar na demência precoce. Assim acontece por exemplo com a encefalite letárgica. Mas nem sempre a primeira etape se verifica no tipo *accidental* de Regis e o critério etiológico falha como já tinha falhado o critério evolutivo de Kraepelin para a classificação desta psicose.

A unidade de grupo não podendo ser mantida pela aceitação do critério evolutivo de Kraepelin, pois que muitas das formas descritas podem evolucionar durante anos e por vezes durante toda a vida sem apresentar enfraquecimento intelectual, e não sendo possível o seu desmembramento, segundo o critério de Regis, visto que a predisposição constitucional nem sempre se pode estabelecer no seu primeiro tipo e a etape confusional falta muitas vezes no segundo, naturalmente se impunha o ponto de

vista psicológico que permitisse diferenciar a psicose, impondo-a como unidade nosológica, e interpretar as modalidades clínicas observadas na prática. A perturbação psíquica essencial e primitiva foi sucessivamente classificada de *dissociação* (Claude) *desarmonia* (Astein) *discordância* (Chaslin) *ataxia intrapsíquica* (Strausky).

Para Claude o sintôma dominante é «uma espécie de dissociação nos processos mórbidos tal que ao lado de sinais que traduzem um enfraquecimento da inteligência, se verificam, por momentos, sinais de uma actividade psicológica parcelar levando a manifestações que contrastam realmente com a expressão geral ordinária do psiquismo do indivíduo». Para Chaslin o que domina a mentalidade dêstes doentes é a discordância existente entre as suas várias manifestações psíquicas.

Em 1911 Bleuler insistindo nas condições psicológicas que caracterizam o síndrome justificava assim o emprêgo do novo termo esquizofrenia para substituir o de demência precoce: «Chamo à demência precoce esquizofrenia, porque, como desejo demonstrar, a dissociação das diversas faculdades psíquicas é uma das suas propriedades mais importantes».

E como para êle o que importa considerar é o processo psico-patológico que consiste numa alteração do pensamento e da faculdade de sentir e sobretudo das relações com o mundo exterior, engloba no mesmo grupo estados de aspecto completamente diferente, sob a mesma denominação de esquizofrenia. Assim, ao lado dos doentes com os 7 sintômas mais típicos da demência precoce: catalepsia, estupor, estereotípiã, maneirismo, negativismo, sugestibilidade, automatismo e impulsividade, encontramos estados maníacos, melancólicos, catatónicos ou delirantes.

Em cada um dêstes casos, diz êle, existe uma maior ou menor dissociação das funções psíquicas; declarada a doença a personalidade perde a sua unidade, o equilíbrio dos diferentes complexos psíquicos não se realiza mais, os complexos psíquicos não chegam mais como no indivíduo normal a constituir um conjunto homogêneo e coordenado de tendências; pelo contrário um complexo domina passageiramente a personalidade, ao passo que os outros grupos de representações ou de tendências são dissociados ou pelo menos sem acção. Muitas vezes também o

pensamento é incompleto e ideias fragmentárias são associadas a outras ideias de uma maneira completamente inadequada.

Disto resulta que as concepções são incompletas, privadas da maior parte dos seus elementos componentes, o que conduz, em muitos casos, sómente a representações parciais.

A capacidade de associação é também assegurada muitas vezes só por fragmentos de ideias ou de concepções, resultando assim na expressão do pensamento ao lado de verdadeiras incorrecções, extravagâncias e bizarras para um espírito normal.

Ao lado destas profundas modificações que caracterizam a psico-patologia da demência precoce, uma outra alteração aponta Bleuler como característica de esquizofrenia: o predomínio mórbido que a vida interior toma nas suas relações com o mundo exterior. É o que Bleuler denomina autismo e que Janet já tinha definido pela perda do sentimento da realidade.

Para Bleuler «os esquizofrénicos, nos casos graves, sem esperança de melhoras vivem num mundo que elles evocaram para si»; estão fechados dentro de si mesmo, gosando dos seus desejos, que consideram como completamente realizados; limitam tanto quanto possível o seu contacto com o mundo exterior. Chamo autismo, diz o professor de Zurich, o desprendimento da realidade marchando de par com a preponderância relativa ou absoluta da vida interior. O mundo autístico é para estes doentes igual à realidade ou pelo menos uma outra forma de realidade e elles não podem distinguir uma da outra.

Esta feliz concepção associada às noções freudianas conduz a uma interpretação original de certas perturbações mentais mas o problema da demência precoce não fica mais esclarecido não só porque para dentro dela vêem agora outras que nada têm que vêr com esta psicose, como também porque a generalização do processo psico-patológico do autismo, que caracteriza a esquizofrenia, a todas as formas de demência precoce vêm confundir casos que devem manter-se separados.

Julgamos por isso preferível a concepção de Claude que ao lado da demência precoce com as suas formas hebefrénicas e catatónicas coloca a esquizofrenia considerando a primeira como uma decadência primitiva, progressiva, mais ou menos completa atingindo em graus diversos as faculdades intellectuais, provocada por alterações orgânicas dos centros nervosos supe-

riores e traduzindo-se pela destruição mais ou menos pronunciada das diversas funções psíquicas, e a segunda como a expressão mais completa de um estado constitucional: a constituição esquizoide.

A constituição esquizoide de Kreschmer ou esquizofrenia latente de Bleuler caracteriza-se por tendências constitucionais muito especiais:—uma inclinação marcada desde a infância para a «réverie», para o recolhimento, para a absorção na vida interior.

Representando o contacto com a realidade um grande esforço a vida interior é deliberadamente preferida. «A actividade pragmática é reduzida em relação à actividade intelectual, sem que a discordância entre estes dois modos de actividade seja incompatível com uma existência normal.

Sob a influência de um choque emotivo ou de um estado toxi-infeccioso a evolução do esquizoide será diferente: se a adaptação ao mundo exterior e o contacto com a realidade cessam, apresentando sinais de dissociação e de discordância, temos a esquizomania; se em lugar de uma simples dissociação sobrevem uma verdadeira deslocação das funções psíquicas realiza-se o quadro da verdadeira esquizofrenia.

O indivíduo não só perde completamente o contacto com o mundo exterior, como também o interesse da sua própria existência. E contudo apesar da inércia, do estado aparentemente demencial a actividade psíquica continua a exercer-se e certas operações mentais, mesmo delicadas, são possíveis, por momentos. O que existe é uma demência aparente, um comportamento demencial ou segundo a expressão de Minkowski uma «demência pragmática».

Podem estes três estados não ter sucessão regular e a doença suspender a sua progressão num determinado momento. Os primeiros sinais manifestam-se ordinariamente na adolescência ou na juventude.

Se esta modificação às concepções de Bleuler fôr aceita pelos psiquiatras teremos como formas verdadeiras da demência precoce, a hebefrénica e a catatónica que para uns são de natureza degenerativa e para outros o resultado de uma auto-intoxicação ou a consequência de uma doença infecciosa, segundo Regis. A esquizofrenia representaria uma outra forma clínica de

demência precoce, definida pelo critério já exposto de Henri Claude.

Quanto à demência paranoide de Krapelin, mesmo divorciada dos delírios sistematizados (parafrenia) a sua existência é posta em dúvida por vários autores: Nayrac, Devaux et Logee e Rogues de Fursac. Êste último na nova edição do seu manual não a descreve e liga-a à psicose alucinatoria crônica.

Tais são as principais tendências que se manifestam actualmente a êste respeito.

NOTAS CLÍNICAS

A INSUFLAÇÃO DAS TROMPAS PRATICADA NO HOSPITAL BROCA COM O APARELHO DO DR. DOUAY (1)

POR

AL FLORESCO E GEORGES NAUM

Tivemos ocasião de assistir no serviço do Prof. Jean Louis Faure a um certo número de insuflações tubárias.

Este método pode dar úteis indicações nas seguintes circunstâncias:

1.º — Para precisar o diagnóstico etiológico da esterilidade e assim permitir uma terapêutica eficaz.

2.º — Para elucidar o cirurgião sobre o estado anatómico das trompas, na salpingite crônica, a-fim-de que ele possa praticar uma racional operação conservadora.

Estas duas questões estão na ordem do dia.

Há alguns anos, os nossos predecessores satisfaziam-se em curar as suas doentes mesmo à custa de sérias mutilações. Hoje o nosso critério é diferente e temos o desejo de fazer melhor. O esforço dos cirurgiões tende cada vez mais para as operações conservadoras, sempre que o estado anatómico deixa antever esta possibilidade. A noção de permeabilidade ou impermeabilidade das trompas é capital na cirurgia deste órgão. As trompas impermeáveis não têm razão de existir.

Em princípio, uma trompa permeável deve ser conservada; uma trompa obliterada deve ser operada ou para restabelecer a sua permeabilidade ou para a sua extirpação se a lesão é de tal ordem que o restabelecimento da permeabilidade é impossível.

Na realidade, a questão é complexa e não pode ser solucionada na prática tão facilmente como em teoria, como adiante veremos.

No último congresso de cirurgia a questão da permeabilidade das trompas foi seriamente debatida; estudaram-se sobretudo as operações conservadoras susceptíveis de restabelecer a sua continuidade. Algumas destas operações de restauração funcional não passam ainda de tentativas. Convidam-nos porém, a prosseguir nesta via, e, sobretudo, a procurar maior exactidão nos diagnósticos.

Para obter esta exactidão, temos dois métodos à nossa disposição: a injeção intra-uterina e intra-tubária de lipiodol e o método da insuflação

(1) Por nos parecer de interesse prático transcrevemos na integra o artigo destes nossos colegas romenos.

Qualquer destes métodos prudentemente manejado pode prestar serviços. Veremos mais longe os ensinamentos dados pela insuflação.

A luta contra a esterilidade é uma das mais árduas da medicina: «Lors-qu'on a vu l'insistance naïve et touchante avec laquelle certaines femmes, privées à leurs insu, para une opération, de leurs organes genitiaux, ou d'autres mariées tardivement à la veille de la ménopause viennent solliciter du médecin des conseils pour faciliter une fécondation, qu'elles appellent de tous leurs vœux, on comprend combien est profond chez elles l'instinct de la maternité (J. L. Faure)».

Entre as múltiplas causas da esterilidade na mulher, uma das mais frequentes seria a obliteração das trompas, obliteração que Rongy e Rosenfeld encontraram numa proporção de 42 % dos casos, Jacoby 30 %, M. L. Brand 40 %, Graaf em mais de 50 %.

A insuflação tubária, permitindo reconhecer se as trompas são permeáveis, contribue não somente para fazer salientar a importância e frequência, outrora não suspeitada, da obliteração tubária, mas, marcando a rigor a natureza e a sede do obstáculo, permitiu-nos melhorar os nossos resultados por uma escolha mais judiciosa tanto dos processos como das indicações operatórias.

A insuflação tubária foi feita pela primeira vez em 1917 por I. G. Rubin de New York que teve a ideia de praticar o pneumo-peritoneu por via endo-uterina.

A intenção era suprimir a punção abdominal; mas após alguns insucessos devidos à obliteração das trompas, depressa se apercebeu da importância do processo sob o ponto de vista ginecológico.

O método do pneumo-peritoneu por via endo-uterina devia mais tarde ser abandonado, mas o processo de Rubin ficava como uma bela aquisição da cirurgia ginecológica.

Este novo processo espalhou-se rapidamente na América e na Alemanha, graças à simplicidade da sua técnica e, sobretudo, graças às importantes indicações que nos podia dar no estudo da esterilidade.

No serviço do Prof. J. L. Faure a insuflação tubária foi praticada pela primeira vez por G. S. Currier, em Julho de 1923 e depois constantemente empregada como meio de exploração e tratamento sobretudo pelo dr. Douay que se tem especialmente dedicado ao estudo desta questão.

TÉCNICA DA INSUFLAÇÃO :

Rubin realizava a insuflação endo-uterina graças a um engenhoso aparelho, cujo princípio é idêntico ao do usado para o pneumo-tórax artificial.

Numerosas modificações lhe foram depois introduzidas, principalmente por G. Currier; R. Dickinson, Selheim, Jacoby, Bethel, Solomons, F. Dauson, Pollaert, Sproat, Heaney, Moussali, utilizaram diferentes aparelhos, alguns muito engenhosos como o de Moussali, outros duma extrema simplicidade: uma seringa de Guyon por exemplo.

Como diz o dr. Douay não se deve levar ao extremo a simplicidade dos

aparelhos sob pena de nos expôrmos a decepções — visto o método da insuflação não ser absolutamente inofensivo.

No serviço do Prof. J. L. Faure empregamos um aparelho muito simples e de grande precisão que o Dr. Douay mandou construir há dois anos e que lhe tem dado inteira satisfação. O aparelho de Douay compõe-se dum reservatório de vidro com tampa metálica de vedação perfeita, sendo a tampa munida de tres orificios. O orificio central está em comunicação com um manómetro metálico de grande precisão graduado de 1 a 3 milímetros de mercúrio. Os dois outros, munidos de torneiras, permitindo a sua fácil oclusão, comunicam por intermédio de dois tubos de cauchu — um com a pêra de insuflação de oxigénio — e o outro com a sonda uterina.

A sonda uterina metálica, de extremidade ligeiramente curva, apresenta à distância aproximada de 3 cm. uma dilatação cónica que serve para obter o orificio do colo.

O aparelho está construído de tal sorte que que passam para o peritoneu 30 a 40 cc. de oxigénio todas as vezes que o reservatório se esvasia.

A técnica da insuflação é extremamente simples, não necessita nenhuma espécie de anestesia e pode ser feita em qualquer gabinete médico.

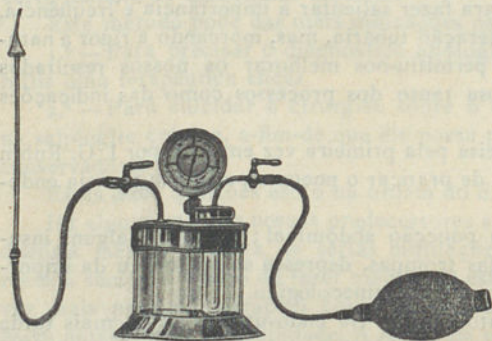


Fig. 1. — Appareil de Douay

É preciso, em primeiro lugar, assegurar-mo-nos do bom funcionamento do aparelho e, em particular, de que a vedação é perfeita, só depois enchendo o reservatório de oxigénio.

Depois da desinfecção habitual dos órgãos genitais, introduz-se suavemente a sonda uterina no canal cervical diligenciando adaptar a curvatura do instrumento à curvatura do canal. Deve executar-se este tempo da insuflação com o máximo de atenção a fim de não provocar a menor laceração do colo. Se um escoamento sanguíneo de uma certa importância se produz, deve-se renunciar à insuflação que se adiará para o mês seguinte.

Só excepcionalmente haverá necessidade de fixar o colo com uma pinça (manobra que devemos evitar o mais possível) ou de encher a vagina de água fervida para verificar a boa adaptação ao colo.

Colocado assim o aparelho, faz-se subir a pressão no reservatório de 10 cm. Fecha-se então a torneira do lado do insuflador e deixa se passar o gaz para a cavidade uterina, abrindo-se a segunda torneira.

Durante este tempo o operador munido dum estetoscópio bilateral faz manter os dois tambores, pela própria doente ou por um ajudante, sobre as

regiões dos ovários. Se a prova é negativa, o que sucede habitualmente com 10 cm. de pressão, recomeça-se com 15, 18 e 20 cm.

Fazem-se assim 5 ou 6 tentativas na mesma sessão. É conveniente retirar a sonda no intervalo de cada insuflação para que o útero repouse e se esvasie do gaz que possa conter.

Quando as trompas estão fechadas, a pressão mantém-se constante no reservatório; a prova considerada negativa deve ser repetida, pelo menos, duas vezes, com intervalos de um mês, antes de assentarmos numa obliteração completa e definitiva das trompas.

Se, ao contrário, as trompas são permeáveis assistimos aos seguintes fenómenos:

1.º) A queda brusca da pressão no aparelho que passa de 18 ou 20 a 6, sinal capital, uma vez bem verificada a não existência de qualquer causa de erro.

2.º) Um ruído particular perceptível à auscultação da região hipogástrica. Este ruído é devido à passagem do ar produzindo-se, do lado da trompa permeável, com um silvo contínuo, duma tonalidade baixa no caso de uma larga permeabilidade; de um timbre agudo quando o calibre da trompa está mais reduzido. Pode ainda revestir a forma de um ruído particular e regular produzido pelas bôlhas do gaz que se expandem à saída do pavilhão, tão característico, que não pode ser confundido com os ruídos passageiros e sonoros dos gazes intestinais.

3.º) O desaparecimento da macicez hepática obtida pela percussão do fígado feita antes e depois da insuflação. Este desaparecimento que se observa após a injeção de 200 cm.³ de gaz torna-se mais aparente quando se faz sentar a doente. É um sinal de certeza da permeabilidade tubária. Em caso de dúvida pode utilizar-se o exame radioscópico.

4.º) A dôr na base do tórax e sobretudo na espádua direita devida à irritação do frénico. Esta dôr aparecendo um pouco mais tarde (5, 10, 15 minutos após a insuflação) produz-se nas mesmas condições que a sonoridade hepática. É em geral, suportável e transitória; mas, se é mais violenta, basta voltar a deitar a doente para a ver desaparecer.

ACIDENTES DA INSUFLAÇÃO:

A insuflação tubária é uma operação que bem conduzida em casos rigorosamente escolhidos, não pode dar lugar a nenhum acidente.

Os raros casos de acidente publicados são todos devidos a erros de técnica ou a más indicações operatórias, erros que hoje sabemos melhor evitar.

Os acidentes que se vêem sobrevir durante a insuflação podem ser devidos:

1.º) A RUPTURA DA TROMPA POR EXCESSO DE PRESSÃO:

G. Currier observou um caso de ruptura a uma pressão de 250 mm.

Segundo as experiências do Dr. Douay e Wibeaux, as trompas podem resistir algumas vezes muito bem até 330 mm. e mesmo 400 mm. de mercúrio. Em regra geral observa-se a ruptura a 350 mm. Nas trompas doentes e de paredes adelgaçadas o Dr. Douay e Wibeaux viram a ruptura produzir-se mesmo a 250 mm.

Em virtude das alterações, sempre possíveis, das paredes da trompa, é prudente na prática manter a pressão abaixo de 250 mm.

A pressão máxima a atingir na primeira sessão é de 200 mm.

Quando se renova a insuflação no mês seguinte, poder-se há subir a pressão até 220 ou 230 mm.

Nestas condições evita-se com segurança a ruptura da trompa por excesso de pressão.

2.º) A INFECCÃO :

Podemos infectar a doente com as manobras endo-uterinas.

É um êrro que se deve saber evitar.

Emquanto à infecção do peritoneu pelas mucosidades sépticas que o ar possa impelir diante dêle — a experiência mostra que uma corrente regular de gaz atravessa as trompas sem arrastar nenhuma mucosidade e isto pela boa razão que elas aderem mais às paredes da trompa que à parede das bôlhas do gaz.

A importância do factor infecção é tanto menos de temer que toda a infecção aguda do aparelho genital é uma formal contra-indicação da insuflação. Nós voltaremos a esta questão a propósito das indicações da insuflação.

3.º) A SÍNCOPE RESPIRATÓRIA :

Por irritação do frénico ou do vago.

É um acidente bem raro que se evita injectando o gaz lentamente e nunca ultrapassando a quantidade de 200^{cm}3 de oxigénio.

4.º) A EMBOLIA GAZOZA :

É o mais freqüente dos accidentes observados; porém à data actual devemos saber evita-lo.

A experiência tem mostrado que toda a lesão da mucosa uterina é uma contra indicação à insuflação.

Nunca se deve traumatizar o colo; se semelhante acidente se produz devemos adiar a insuflação.

O emprego do oxigénio representa, sob êste ponto de vista, um real progresso, havendo, todos os accidentes publicados, sido observados com o emprego do ar.

INDICAÇÕES :

O método da insuflação tubária tem indicações não sómente como meio de exploração e diagnóstico pre-operatório, mas também como agente terapêutico de grande importância contra a esterilidade de origem tubária de que nós conhecemos melhor, actualmente, a importância e a extrema freqüência.

Nos casos de esterilidade tubária, nem o estudo dos antecedentes, nem a observação mais cuidada, nem mesmo o exame operatório mais minucioso, permitirão desvendar a sede e a causa da esterilidade; unicamente a insuflação permitirá reconhecer com facilidade a lesão obliterante das trompas.

A sua importância é considerável sobretudo nos casos onde, quasi sem

sintomas, uma infecção gonocócica latente vem obstruir as trompas por uma *poussée* ligeira de salpingite, passando, bastantes vezes, despercebida.

As múltiplas indicações da insuflação tubária podem ser classificadas em cirúrgicas, médicas e terapêuticas.

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS :

A insuflação pode ser empregada pelo cirurgião para decidir sobre a intervenção operatória a preferir, para durante a execução desta verificar a sua eficácia e mais tarde os seus resultados.

Antes de uma operação por anexite crónica a insuflação permitirá dirigir o acto operatório do lado da trompa obliterada respeitando a trompa permeável.

OBSERVAÇÕES: M.^{me} A. . . 27 anos, entra no hospital a 12 de Maio de 1924 com uma salpingo-ovarite esquerda muito dolorosa. Nenhum antecedente patológico notável. Primeiras regras aos 13 anos e meio, normais. Casada em Outubro de 1919. Gravidez normal em 1921 com parto de termo (Junho de 1921) — Post-partum sem incidentes. Depois, esterilidade, não obstante o vivo desejo de maternidade. Exame: Palpa-se no Douglas à esquerda um tumor anexial bastante volumoso e doloroso à palpação. Nenhuma melhora, salvo ligeira diminuição de dores após 25 sessões de diatermia. A doente pede uma intervenção. Antes, o Dr. Douay faz a pesquisa da permeabilidade tubária.

Insuflação a 17 de Maio de 1924. Aparelho de Douay. Oxigénio. Realizam-se algumas tentativas fazendo subir progressivamente a pressão até 150 milim. Neste momento a auscultação indica a permeabilidade da trompa direita.

Operação a 19 de Maio de 1924. Extirpação dos anexos esquerdos, deixando tranquilos os anexos direitos. Apendicectomia. Encerramento da parede abdominal pelo processo habitual. *Suites* operatórias normais. A doente abandona o hospital a 1 de Junho de 1924 completamente curada.

A doente volta a 23 de Outubro anunciando um atraso das regras de 15 dias, depois em 14 de Novembro, confirmando a ausência das regras e fazendo pensar numa possível gravidez. A 2 de Abril de 1925 gravidez de 7 meses normal. Parto de termo a 16 de Junho de 1925; feto vivo.

Tivemos também ocasião de ver algumas mulheres tratadas por operações plásticas do colo do útero nas quais a insuflação nos mostrou o verdadeiro obstáculo à fecundação sob a forma de obliteração tubária. Eis um outro exemplo:

OBSERVAÇÃO: M.^{me} P. . . 24 anos, casada há 3 anos.

Regulada aos 13 anos e meio. Regras dolorosas; duração 5 a 6 dias. Nega corrimento.

Exame: Útero pequeno, móvel, sem inflamação. Orifício do colo pequeno. Istmo muito apertado não sendo permeável ao histerómetro.

Diagnóstico : Estenose ístmica.

Operação a 23 de Julho de 1924. Anestesia geral (Sleich). Dilatação com as velas de Hegar. Raspagem. Incisão bilateral do colo e colocação dum tubo de Iribarne. *Suítes* normais. Sai do hospital a 28 de Julho. Volta a 13 de Março de 1925; bons resultados plásticos; regras normais e indolores; duração 2 a 3 dias. Continua sem os resultados desejados.

Volta a 2 de Dezembro de 1925. Continua o mesmo estado. Colo bem e facilmente permeável.

Insuflação a 8 de Janeiro de 1926. Primeira prova a 200 mm. negativa; segunda a 200 mm.; a auscultação mostra uma permeabilidade à direita pouco nítida. Baixa de pressão muito lenta até 150 mm. Terceira e quarta prova — a pressão cai lentamente até 100 mm. A quinta prova de 200 mm. a pressão cai rapidamente. Permeabilidade bilateral apercebida com o estêtoscópio bi-auricular. Sonoridade hepática. Dôr pequena, ao levantar-se, sob o seio direito. Dez minutos depois dôr na espádua direita com sensação de constricção tórácica e dificuldade respiratória muito suportável.

Durante a intervenção a insuflação permitirá ao cirurgião verificar o êxito de uma operação plástica mostrando-lhe a permeabilidade de uma néo-stomia; mas em tais casos é necessário empregar uma quantidade mínima de oxigénio com o máximo cuidado, pela possibilidade de uma embolia gazona, sempre de temer.

Nos mezes que seguem a intervenção a insuflação pode ser empregada não sòmente para verificar a permeabilidade tubária, mas, sobretudo, para manter e consolidar esta permeabilidade por insuflações cateterizantes repetidas. Assim, pois, a insuflação permite ao cirurgião dirigir mais judiciosamente as doentes para a sala de operações, escolher o seu acto operatório, verificá-lo e estabilisá-lo depois.

INDICAÇÕES MÉDICAS :

No caso de esterilidade sem lesão aparente só a insuflação permite verificar o estado das trompas e, por consequência, dirigir a terapêutica com conhecimento de causa quer do lado do útero ou do ovário, quer do lado das trompas. Se as trompas estão permeáveis, o médico dirigirá a sua atenção para a opoterapia ovárica ou para um tratamento uterino. Se, pelo contrário, a insuflação mostra a impermeabilidade das trompas o médico diligenciará, antes de tudo, torná-las permeáveis por todos os meios conhecidos: massagens, diatermia, curas hidro-minerais, etc. e, sobretudo, pela repetição da insuflação.

OBSERVAÇÕES : — Mme G... 22 anos, entrada no hospital Broca em Outubro de 1925, consultando por não ter filhos. Grande desejo de maternidade. Sofre durante o primeiro dia das regras. Exame: Acha-se um útero pequeno retrofleto e ligeira metrite. O Dr. Douay pratica uma insuflação tubária que restabelece a permeabilidade das duas trompas como mostra a auscultação. Confia-se em seguida a doente a Mlle. Docteur Lucienne Mœurs para massagem. O tratamento começado em fins de Outubro consistiu em 15

Vacina antipiogenica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **Antipio**

FORMULA — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abscessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., *com acção tambem preventiva.*

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influencia, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diárias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação direta nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

É garantida a sua inocuidade.

Nos casos gravissimos o Medico deverá recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc. e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Médico.

Polivacina antipiogenica Bruschetti

(Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alterando com a VACINA CURATIVA.

Sôro-vacina Bruschetti

(Caixas de 10 ampôlas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

Vacina curativa Bruschetti

(Caixas de 3 ampôlas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antipiogénia (para as formas bacilosas).

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetti

(Caixas de 5 ampôlas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraquecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

Vacina antigonococica Bruschetti (Polivalente)

(Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **Antigono**

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de germens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite blenorragica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diárias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampôlas), alternadas em alguns casos com instillações uretrais de vacina (1 ampôla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mês depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214 — LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

FORMULA — Associação de soro normal de cavalo e adrenalina (Soro equino adrenalinico). — Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofilias etc.).

USO — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutanea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampôla de 2 cc. de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Tambem temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Soro pneumo-diftérico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e cronica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

USO — De duas a quatro ampôlas no primeiro dia em injeccão subcutanea, e duas ampôlas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeccão intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampôla de 2 cc de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID
DIRECTOR EXCMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTES

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

FORMULA — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de germens por centimetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — Como curativa: uma injeccão subcutanea de dois em dois dias, começando por $\frac{1}{2}$ cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

Como preventiva: bastarão tres injeccões de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

Atosferin "Ibys"

FORMULA — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa. Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha tambem a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

USO — Injeccão intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampôla pela ordem da numeração que teem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

OBSERVAÇÕES — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

IMPORTANTE — *Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.*

Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidiftérico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

sessões. No mês de Abril de 1926 a doente volta com ausência de régras de três meses.

Diagnóstico de útero grávido.

Parto no mês de Outubro, de termo; filho vivo e são.

Nêstes casos, menos raros do que se supõe, a insuflação tem um real efeito terapêutico.

Trata-se provávelmente duma aglutinação das franjas do pavilhão ou de aderências fracas, mas suficientes para obstruir o canal tubário e que cedem à pressão repetida do gás. A nossa estatística pessoal compreende um número considerável de casos semelhantes de obliteração tubária curados por insuflações repetidas (1)

Casos há em que a desobstrução sobrevem numa única sessão à terceira ou quarta tentativa: há outros mais difíceis em que o gás não passa senão à segunda, terceira ou quarta sessão.

Eis um exemplo:

OBSERVAÇÕES: — Mme. B... 23 anos, casada há 3 anos; régras regulares de 4 dias, sem dores. Nega corrimento. Não apresenta perturbações de insuficiência ovárica.

Exame: — Colo aberto. Útero facilmente permeável ao histerómetro.

Insuflação feita a 20 de Maio de 1925. Aparêlho de Douay. Oxigénio. As cinco primeiras provas são negativas a 200-205 mm. Á quinta prova—210 mm. —um pouco de oxigénio parece passar do lado direito. Dôr ligeira. Á sexta 210 mm. o oxigénio passa livremente. Ausculta-se e ouve-se à direita o ruído característico. A doente apercebe-se da penetração do gás. A auscultação à esquerda, ao contrário, continua negativa. Levantando-se, a doente sente uma dôr entre as duas omoplatas e no epigastro.

CONCLUSÕES: — Trompas fechadas. A direita tornada permeável sob a influência da insuflação.

Nunca devemos apressar-nos a diagnosticar uma obliteração tubária definitiva. Ao contrário, é necessário repetir, pelo menos quatro vezes, com um mês de intervalo, a insuflação antes de concluir pela necessidade duma intervenção, pois temos visto a permeabilidade restabelecer-se quasi sempre em alguns meses sob a influência do tratamento médico e da insuflação repetida.

Para obter da insuflação todos os bons resultados que se possam esperar é preciso não somente praticá-la com toda a atenção possível como fazê-la exclusivamente nos casos e momentos em que ela está verdadeiramente indicada.

Segundo a nossa experiência a melhor época para esta prova acha-se a cerca de oito dias após o fim das régras. É o momento em que a cavidade virtual das trompas pode ser mais facilmente distendida. Não devemos praticar a insuflação senão depois de um muito cuidadoso exame ginecológico.

(1) — Ver tese de Wibaux — Paris, 1926.

Um útero sangrando, qualquer infecção cervical, anexos dolorosos e inflamados, estado febril, devem ser considerados como contra-indicações (Douay).

Com a condição de respeitar estas contra-indicações e de a fazer prudentemente, a insuflação tubária é um método de exploração benigno e inofensivo, capaz de dar indicações e resultados apreciáveis, e cujo direito de existência no nosso arsenal terapêutico parece definitivamente adquirido.

BIBLIOGRAFIA

- CARLOS HANSER — Sur la visibilité de l'utérus et des annexes (Bull. et Mém. de Soc. de Radiologie Médicale de France. N.º 119 — Mai 1925).
- CARRY — American Journal of Obstetric and Gynecology. — N.º 4, 1921.
- CLAUDE BÉCLERE — De l'importance des mesures de pression au cours des injections intra-utérines de lipiodol. (Gyn. et Obst. — T. XIV. — Août 1926).
- COTTE — Istrumentation pour injection intra-uterine de lipiodol. — Soc. de Ch. de Lyon, 25 de Fevrier 1926.
- COTTE ET PIERRE BERTRAND — L'exploration radiologique de l'uterus et des trompes après injections de lipiodol. — Société de Chirurgie de Lyon, scéance du 14 Janvier 1926. — Lyon Chirurgical, Mai-Juin 1926.
- L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes. (Gyn. et Obst. — T. XIV, Août 1926).
- DABNEY — Diagnosis of sterility in women. — (South — Med. Journal — Birmingham, 1922 XV — p. 101).
- DARTIGUES ET DIMIER — Du diagnostic des affections utérines par la radiographie endo et peri-utérine. — Paris hirurgical. — Juin-Septembre 1916.
- DAWSON — The Rubin test simplified. (Surg. Gyn. and Obst. — 1921 — XXXIII, p. 567).
- DELLEPIANE — Alcune osservazioni a proposito del inoto de Rubin por l'esame della parvieta della tromba di Fallopie. (Folia Gynée — XIX p. 181. — Pavia 1923-1924).
- DOUAI — Insufflation tubaire pour la recherche de la permeabilité des trompes (Gyn et Obst. 1924. N.º 9, p. 728).
- Stérilité féminine. (Gyn. et Obst. T. XI. N.º 4, 1925).
- Stérilité d'origine tubaire. (Gyn. et Obst. T. XII Juillet 1925).
- G. E. DAVIS — Protective change in the oviduct. (Obst and Gyn. 1920. — XXXII, p. 243).
- GREGOIRE, CLAUDE BÉCLERE ET DARBOIS — De l'utilité de l'examen radiologique dans le diagnostic des affections utéro-annexielles. — (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. N.º 30 — p. 995).
- Exploration radiologique des organes génitaux de la femme a l'aide du lipiodol. (Bull. et Mém. de la Société de Radiologie. N.º 124 — p. 239).
- Examen radiologique de l'utérus et des annexes. Techniques et résultats. — Journal de Chirurgie. T. XXVII, Juin 1926.
- LEHMANN — L'insufflation tubaire. — Thèse de Paris, 1924.
- MAUCLAIRE, PIOT ET JULE — Injection de lipiodol dans un utérus didelphe. (Société de Chirurgie de Paris, 2 Décembre 1925).

- MAURY — Some remarks on the economic aspects of salpingitis based on 257 cases of salpingite. (J. Tenor. Med. Assoc. Nashville 1922-1923, XV, p. 443).
- OTT — Ein neue method zur Prufung der Tubendurchgangigkeit. (Zentrablatt für Gynaekologie, 1925. N.º 107, p. 546).
- PAUL SEIDES — A simple method of determining patency of Fallopian tubes. (Surgery, Gyn. and Obst. XII, Nov. 1926).
- PIERRE MOCQUOT — L'examen radiologique de la cavite utérine. (Société de Chirurgie de Paris, 8 Juillet 1925).
- RUBIN — Then non operative determinative of patency of Fallopiantubes. (The Journal of American Medical Association, September 1920 — p. 661).
- R. WIBAUX — La stérilité d'origine tubaire. — Thèse de Paris, 1926.
- SCHOTTER — Salpingografie. — (Zentralblatt für Gynaekologie. — Fev. 1925).
- SERDUKOFF — Les méthodes actuelles pour le diagnostic de la stérilité tubaire. (Gyn. et Obst. T. XIV. Août 1926).
- SICARD ET FORESTIER — Injections intra-vasculaires sous contrôle radiographique. (Soc. de Biologie, 12 Mai 1923).

Revista dos Jornais de Medicina

Quando e como devem ser combinadas a cura dietética do emmagrecimento e a tiroideoterapia? (*Wann und wie soll eine diätetische Entfettungskur mit Schilddrüsenherapie kombiniert werden?*), por LEO POLLAK. — *Wiener Klin. Woch.* N.º 43, 1926.

Segundo o A., o emprêgo da tiroidina no tratamento da obesidade não pode assentar em determinados corolários fisiológicos. No mixoedema, por exemplo, pequenas doses de extrato de tiroideia podem tornar normal o metabolismo basal. As outras formas de obesidade normal apresentam, por via de regra, o metabolismo basal normal. A sua determinação não nos esclarece sôbre o tratamento da obesidade.

A escolha do processo de tratamento obedece, portanto, a puro empirismo. Se a dietética não produz efeito, lançamos mão da tiroideoterapia. Quando a obesidade é exógena, a dietética deve ser empregada inicialmente.

Nos casos chamados constitucionais e pouco adiantados devemos associar à tiroideoterapia duas semanas de dietética.

Na obesidade climatérica a tiroidina dá bons resultados.

Na obesidade proveniente de perturbações do sistema hipofisário (hipófise + cérebro médio) nenhuma melhoria obtemos com a dieta. Nestes casos, a tiroidina deve ser convenientemente doseada porque a sua acção tóxica é rapidamente atingida.

Na doença de Dercum (*Adipositas dolorosa*) também se obtêm resultados apreciáveis com a tiroidina.

Quanto às contra-indicações da tiroideoterapia, a glicosúria constitui a principal. Sob a acção desse tratamento, pode manifestar-se uma diabetes latente. A análise de urinas impõe-se, portanto, principalmente, antes de elevarmos as doses.

As perturbações cardíacas com edemas cardíacos ou renais *não constituem contra-indicação* para a tiroidina que, nesses casos, actua extraordinariamente como diurético.

Na *insuficiência acentuada do músculo cardíaco* não se deve empregar a tiroidina.

A hipertonia é também uma contra-indicação.

Doses. — Para o tratamento da obesidade não são necessárias, em geral, grandes doses, como para o mixoedema. Podem empregar-se os produtos da casa Merck em comprimidos de 0,1 gr., podendo dar-se três por dia. Mantem-se esta dose durante 4 a 5 dias e aumenta-se na segunda semana até 0,6 gr., e na terceira semana até 0,9 gr. Haverá três dias de pausa por semana, ou estabelecemos um tratamento de quatro semanas e duas semanas de pausa. O tratamento não deve prolongar-se além de dois a três meses.

Com a tiroideoterapia diminuímos o número de calorías da alimentação.

Muitos autores, como, por exemplo, Schmidt, recomendam a combinação do tratamento pela tiroidina com a proteínoterapia. Dão de três em três dias

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex^a. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar **Urotropina - Schering.** N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.), Berlin.

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante scientifico:

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

Ex.^{mo} Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura do

UROTROPINA SCHERING

Nome :

Enderêço :

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA, ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS 8^e)

“

eregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ, & CANIVELL Y C.^ª — MÁLAGA
Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.^ª
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

Ex.^{mo} Sr.

C. A. Glade

Rua Vitor Cordon, 7

Lisboa

4-7 cm³ de leite em injeção intramuscular, empregando também outros produtos proteicos, como o *hiperterman*. Começam por 1/2—2 cm³, mais tarde, 5 cm³ e prescrevem ao mesmo tempo 0,6 gr. diários de tiroideia.

E. COELHO.

A glicemia nas doenças cardíacas. (*Sur la teneur du sang en sucre dans les affections cardiaques*), por J. GOLDBERG. — *Arch. des Mal. du Cœur*. N.º 1. 1927.

Numa série de investigações feitas nos cardíacos verificou Büdingen a existência de hipoglicemia, à qual atribuiu diversas perturbações subjectivas. Injeções intravenosas de uma solução hipertónica de açúcar a 10-20 % produziam grandes melhoras nos seus doentes.

O A. põe de lado, neste trabalho, o valor terapêutico das injeções intravenosas de açúcar, e limita-se a dar os resultados das suas dosagens pessoais nos cardíacos. Nos doentes com afecções cardíacas compensadas encontrou a glicemia normal. Em dois casos de endocardite lenta observou hipoglicemia. Na insuficiência grave do músculo cardíaco verificou hiperglicemia. Quando o estado geral dos doentes melhorava diminuía a glicemia, tornando-se normal ou ligeiramente superior ao normal.

E. COELHO.

Lipodistrofia progressiva e hipertiroidismo, por G. MARAÑON e C. BLANCO SOLER. — *Revista Médica de Barcelona*. N.º 30. 1926.

Ao síndrome de Simons propõem os AA. que se denomine «Síndrome de Barraquer-Simons», porque o primeiro caso foi descrito e publicado por Barraquer.

Baseados em vários casos ultimamente recolhidos, os AA. acrescentam, aos já conhecidos, alguns comentários sobre a sintomatologia e a patogenia da lipodistrofia progressiva.

Em conclusão, afirmam que :

1.º A lipodistrofia progressiva — melhor dizendo, a lipodistrofia cervico-torácica — mais do que uma doença, parece constituir uma predisposição a um estado especial de adelgaçamento, determinado por factores neurovegetativos, cuja natureza desconhecemos. Há, portanto, casos, especialmente em mulheres, nos quais esta alteração se apresenta duma forma por assim dizer fisiológica e atenuada.

2.º Se nos casos assim predispostos sobrevém uma causa adicional, ela servirá de «reagente» e acentuará a forma típica do adelgaçamento. Entre estas causas, a mais frequente é, sem dúvida, o hipertiroidismo, porque coincide com perturbações neurovegetativas favoráveis às que determinam a predisposição lipodistrófica.

3.º Qualquer que seja o valor desta hipótese, o facto é que coincidem

muitas vezes, na prática, a lipodistrofia cervicotorácica e o hipertiroidismo, devendo procurar-se os pequenos sintomas de hipertiroidismo e determinar-se o metabolismo basal em todos os casos de lipodistrofia; por outro lado, deve examinar-se em todo o hipertiroideu o modo de distribuição da gordura.

4.º Sob o ponto de vista sintomatológico, o elemento essencial da lipodistrofia parece consistir no adelgaçamento cervicotorácico. Na metade inferior do corpo a gordura mantém-se normal, ou com maior resistência ao adelgaçamento, sobretudo se se produzem lipomas, como é frequente.

E. COELHO.

Ensaio sobre o tratamento da diabetes grave pela sintalina. (*Essai de traitement du diabète grave par la synthaline*), por MERKLEN & WOLF. — *Bull. Soc. Med. des Hôp.* N.º 41. 1927.

É o segundo trabalho publicado em francês sobre a aplicação d'êste medicamento.

Os AA. empregaram a sintalina em dois diabéticos graves com acetonúria permanente, tendo a glicemia inicial ultrapassado 3,50 gr., mantidos em equilíbrio com um regime pobre em hidratos de carbóne e com doses quotidianas de 30-40 unidades de insulina.

Os AA. associaram a sintalina à insulina, diminuindo o número de unidades desta. Nos dois doentes a sintalina não deu resultado, quer como medicamento adjuvante da insulina, quer como medicamento de substituição.

Os AA., dos seus dois casos, não inferem o que se passa noutros diabéticos. Parece-lhes, entretanto, que a sintalina não é um agente terapêutico capaz de substituir a insulina. Dizem que não abaixa a glicemia e a glicosúria.

Nesta nota os AA. não se pronunciam sobre as formas ligeiras ou de média gravidade da diabetes.

NOTA — *Num dos próximos números da Lisboa Médica publicaremos os resultados obtidos nos nossos diabéticos com a sintalina.*

E. COELHO.

A acção da insulina sobre a secreção gástrica no estado normal e patológico. (*L'action de l'insuline sur la sécrétion de l'estomac a l'état normal et pathologique*), por LIMICI, POPESCO e DICULESCO. — *Arch. Mal. de l'App. Dig.* n.º 1, 1927.

Todos os autores que ensaiaram a cura da engorda pela insulina notaram que, após algumas injeccões, se produz um aumento notável do apetite que, em alguns casos pode ir até uma verdadeira bolimia. Atribuiu-se a patogenia d'êste fenómeno à hipoglicémia post-insulínica, sendo considerado como um acto de defêsa do organismo para aumentar, por meio de uma refeição rica em hidratos de carbóne, a reserva glicogénica do figado. Isto serve, por sua

vêz, para restabelecer, o mais de-pressa possível, o equilíbrio humoral glicémico, que apresentam os indivíduos não diabéticos depois da injeccção de insulina.

Esta hipótese é suficiente para explicar o fenómeno. Todavia, é lógico admitir-se que, simultaneamente, se produz uma excitação dos elementos secretores do estômago, visto que existe uma relação íntima entre o apetite e a secreção, por um lado, e acção da insulina sobre o sistema vegetativo, por outro.

Incididos por diferentes factos contradictórios que, a este respeito, se têm apresentado, e sabido o interesse prático que comporta o conhecimento exacto da acção farmacodinâmica da insulina sobre as diferentes funções gástricas, os AA. propuseram-se a uma série de investigações com a intenção de estabelecer, o mais exactamente possível, a acção da insulina sobre a secreção gástrica, no estado normal e patológico.

Os AA. verificaram que a insulina, no estado normal, aumenta o HCl livre e a acidez total da secreção gástrica em jejum e mais consideravelmente no período digestivo.

Acção idêntica sobre a secreção gástrica tem sido descrita por diferentes autores para a histamina, para o extracto de ópio e para a pilocarpina.

No estado patológico, a acção da insulina comportou-se diferentemente. Assim, nas dipepsias hiperácidas produziu um aumento enorme dos valores ácidos e pépticos; na úlcera gástrica, também um aumento pronunciado; na anacidez gástrica, a insulina não fez aparecer o HCl livre quando a anacidez era a consequência de uma gastrite crónica, despertando o seu aparecimento, quando a patogenia da acloridria não se filiava em perturbações do estômago.

Este facto tem uma grande importância prática, porque nos mostra que a insulina pode servir não só como medicamento em certos casos de anacidez gástrica de patogenia vegetativa, mas como meio de diagnóstico, permitindo-nos destrinçar a patogenia das diferentes acloridrias.

O mecanismo da hiper-secreção e da hiper-cloridria explicam-no os AA. por uma acção directa da insulina sobre o sistema nervoso parasimpático.

No momento em que aparece a hipoglicemia, a acção directa da insulina sobre o sistema vegetativo do estômago associa-se, para excitar ao máximo o parasimpático, a acção deste desequilíbrio humoral.

Com efeito, é no apogeu da hipoglicemia que a secreção gástrica sofre as modificações quantitativas e qualitativas mais pronunciadas.

A apreciação exacta da parte que cabe a cada um desses factores pode ser feita, suprimindo a acção do segundo factor, isto é, do desequilíbrio humoral hipoglicémico. O autor propõe-se injectar no sangue uma solução de glucose para restabelecer prontamente o equilíbrio humoral glicémico, deixando apenas a insulina a actuar sobre o sistema nervoso vegetativo do estômago.

Nota: Esta última experiência foi já praticada por D. Santenoise e Garrelon, com outros fins. Tratava-se de saber se a hipertonia do vago consecutiva à acção da insulina era devida a uma acção própria da insulina ou consecutiva à hipoglicemia. Estes dois últimos AA. verificaram que a acção

vagotónica da insulina não é modificada se se produz um aumento da glicemia por uma injeção de glucose. (*Rev. Neurologique*, 1926, vol. I, pag. 1062).

E. COELHO.

A **sintalina**, derivado sintético da guanidina na prática clinica. (*Syn-thetische Guanidinderivat Synthalin in der Praxis*), por HIRSCH-MAMROTH e PERLMANN — *Deut. Med. Woch.* N.º 3. 1927.

Os AA. têm em tratamento 16 casos, nos quais observaram os bons efeitos da sintalina.

Nos doentes que apresentavam uma glicosúria pequena, esta desaparecia em poucos dias sob a acção da sintalina. Apenas um caso, que tinha na alimentação diária 120 gr. de hidratos de carbón e uma eliminação de 8 gr. de açúcar, deixou de ter glicosúria ao fim de 12 dias. Nos outros, foram suficientes 3 a 5 dias. Nos doentes com uma glicosúria de 33 a 47 gramas, esta nunca desaparecia senão passados 20 a 30 dias.

Os AA. seguiram sempre os esquemas de Frank, Nothmann e Wagner, que reproduzimos a seguir:

	I		II		III	
	Almoço	Jantar	Almoço	Jantar	Almoço	Jantar
1. Dia	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg
2. "	20 mg	—	20 mg	20 mg	—	20 mg
3. "	20 mg	20 mg	—	—	20 mg	—
4. "	—	—	25 mg	20 mg	25 mg	—
5. "	25 mg	20 mg	20 mg	25 mg	20 mg	25 mg
6. "	20 mg	—	—	—	—	20 mg
7. "	20 mg	20 mg	25 mg	25 mg	25 mg	—
	resp.	20 mg	25 mg			
8. "	—	—	20 mg	25 mg	25 mg	—
9. "	25 mg	25 mg	—	—	20 mg	25 mg
10. "	20 mg	—	25 mg	25 mg	—	25 mg
11. "	20 mg	25 mg	25 mg	25 mg	25 mg	—
12. "	—	—	—	—	25 mg	—
13. "	25 mg	25 mg	—	—	25 mg	25 mg
14. "	25 mg	—	—	—	—	25 mg
15. "	25 mg	25 mg	—	—	25 mg	—
16. "	—	—	—	—	25 mg	25 mg
17. "	25 mg	25 mg	—	—	25 mg	—

Observaram que a Sintalina exerce acção sobre a hiperglicemia.

Os sintomas resultantes da acção tóxica da sintalina assumiram pouca importância.

E. COELHO.

Sintomas abdominais da doença de Hodgkin. (*Abdominal Manifestations of Hodgkin's Disease*), por MULLER E RUSSEL BOLES — *The Journ. of Am. Med. Assoc.*, n.º 5, 1927.

Os AA. publicam tres casos clínicos, e concluem do seu pormenorizado exame que:

1.º Na doença de Hodgkin, as manifestações primárias das vísceras abdominais são excessivamente raras.

2.º Os sintomas da doença de Hodgkin, de tipo abdominal, são variáveis e podem simular numerosas condições patológicas agudas ou crónicas. O prurido, a diarreia e o tipo recorrente da febre são sempre sugestivos. Podem existir ascite, icterícia e adenopatias.

3.º Quando se suspeita da existência da doença de Hodgkin, deve proceder-se à biopsia de uma gânglio afectado. Quando a doença existe, raras vezes falta a imagem histológica clássica. Nas formas atípicas, frequentes exames do sangue confirmam o diagnóstico.

4.º A doença de Hodgkin, de tipo abdominal, deve ser diferenciada da peritonite tuberculosa; por vezes, da febre tifoide; do linfossarcoma das glândulas retroperitoneais; das esplenomegalias, particularmente da leucemia e da anemia esplênica, e também — mas mais raras vezes — da esplenomegalia do tipo Gaucher, da doença de Banti e da anemia de Jaksch.

5.º A intervenção cirúrgica radical pode ser indicada sempre que a observação clínica indique que o processo é crónico e não progressivo, e quando a esplenomegalia persiste após a radiação.

6.º Os resultados obtidos no tratamento da doença de Hodgkin dando ao doente «melhoras temporárias», devem-se a roentgenoterapia, aplicada localmente e a todo o organismo.

E. COELHO.

Carcinoma do estômago. (*Carcinoma of the stomach*) por G. EUSTERMAN e W. BUEERMANN (*da Mayo Clinic*) — *Jour. of Am. Med. Assoc.* N.º 5, 1927.

A concepção tradicional do carcinoma gástrico, em presença dos progressos da medicina, merece, segundo os AA., cuidada revisão. O estado actual do diagnóstico e do prognóstico é, neste trabalho, largamente desenvolvido. Os progressos dos nossos conhecimentos neste capítulo resultaram mais do estudo clínico e hispatológico dos carcinomatosos que vinham para a operação com o diagnóstico de úlcera, do que os dos casos de carcinoma observados em idade avançada.

As causas dos erros no diagnóstico precoce do carcinoma e no seu tratamento são devidos a vários factores: exame incompleto dos doentes; defeito do clínico em verificar a gravidade da dispepsia dos adultos; ensinamentos antiquados, ainda em voga.

Em alguns casos existem poucos sintomas ou a lesão pode ser muito adiantada sem que ocorram sintomas nítidos.

A úlcera carcinomatosa que ordinariamente simula uma úlcera benigna

é mais vulgar de que se supõe. Toda a úlcera gástrica é *potencialmente* um carcinoma. Oito por cento das úlceras carcinomatosas aparecem em doentes com menos de 40 anos de idade. A acloridia existe em 4,5 % das úlceras gástricas benignas e crónicas, em doentes de 30-40 anos.

A necessidade das observações, de exames laboratoriais ou de laporatomias exploradoras está na razão inversa da perícia do radiologista.

O critério radiológico da inoperabilidade é mais exato do que o da operabilidade.

As lesões gástricas intrínsecas que simulam o carcinoma são: a sífilis gástrica, o linfosarcoma e os tumores benignos. As lesões extrínsecas são: o carcinoma do pâncreas, carcinoma do duodeno e as doenças crónicas da vesícula, ou o carcinoma do sistema biliar. Várias doenças constitucionais, das quais a anemia perniciosa é a mais importante, podem apresentar sintomas similares dos carcinoma.

Existem importantes progressos na preparação preoperatória dos doentes, bem como na anestesia.

Das metástases dos outros órgãos, a que constitui um prognóstico mais desfavorável é a dos linfáticos perigástricos. 52 % dos doentes sem invasão linfática mantêm-se em bom estado ou livres de recorrência, três anos depois da operação. No grupo dos doentes com invasão linfática, a percentagem era reduzida a 18 %.

E. COELHO.

O tratamento da diabetes insípida com o novasurol per os. (*Zur Behandlung des Diabetes insipidus mit Novasurol per os*), por HITZENBERG e KAUFHEIL. — *W. Klin. Woch.* N.º 47. 1926.

Os AA. relatam dois casos; num o novasurol foi dado em injeccção, no outro, per os. Obtiveram bons resultados sobre a poliúria e sobre a concentração do cloreto de sódio.

E. COELHO.

Aparelhagem para a injeccção intra-uterina de lipiodol. (*Instrumentation intra-utérine de lipiodol*), por G. COTTE. — *Lyon Chirurgical.* N.º 4, tomo XXIII. 1926.

Para que a radiografia do útero e das trompas dê tôdas as indicações que podemos obter depois da injeccção de lipiodol, é necessário evitar o refluxo de líquido pelo colo, visto que, se isto sucede, as trompas podem deixar de ser injectadas e isso fazer crer na existência duma obliteração ao nível do *ostium uterium*.

O aparelho descrito pelo A. obsta a êste inconveniente.

F. FONSECA.

Acção da simpaticectomia periarterial sobre os enxertos dermoepi-
dêrmicos. (*Action de la sympathectomie, etc.*), por J. DARGER. — *Lyon*
Chirurgical. N.º 4, t.º XXIII. 1926.

O A. apresenta um caso em que uma ferida trófica, situada no centro
de uma zona de enxertos dermoepidêrmicos, cicatrizou depois duma simpaticectomia periarterial. O A. pergunta se a acção da simpaticectomia terá sido sobre os enxertos ou sobre o tecido do fundo da ferida.

F. FONSECA.

¿Uma artéria completamente obliterada pode tornar-se permeável?
(*Une artère complètement oblitérée peut-elle redevenir perméable ?*), por
R. LERICHE. — *Lyon Chirurgical*. N.º 4, t.º XXIII. 1926.

O A. apresenta um caso que mostra ser possível a repermeabilização duma artéria completamente obliterada. Entretanto não é natural que o novo canal intraarterial tenha uma real utilidade sob o ponto de vista funcional, visto que só tardiamente o coágulo se torna permeável e portanto quando já há muito funciona o regime de circulação compensadora.

F. FONSECA.

O tratamento da piorreia alveolar. (*The tratment of pyorrhœa alveolaris*)
por G. B. PRITCHARD. — *The Lancet*. N.º 5393, vol. CCXII. 1927.

Casos avançados. — A extracção radical dos dentes é o único método que oferece esperança de cura, podendo persistir durante anos um leve grau de infecção dos alvéolos e sendo as dentaduras artificiais mal toleradas. O melhor método de tratamento parece ser a raspagem seguida de vacinas.

Casos precoces. — Quando a infecção peridentária está localizada ao rebordo gengival o tratamento conservador tem grandes probabilidades de êxito. Na grande maioria dos casos a piorreia origina-se como uma gengivite localizada e algum tempo decorre antes que o processo se estenda. A estagnação de alimentos ou um traumatismo mecânico, seguidos de infecção, são a principal causa do processo, que as mais das vezes está localizado ao terceiro molar inferior, especialmente quando os espaços interdentários são apertados. Em tais casos a pressão pode ser transmitida ao canino, determinando congestão de todo o rebordo gengival e predispondo-o assim para a infecção. Algumas vezes o alívio da pressão pela extracção do terceiro molar determina melhoras, seguido de tratamento ortodôntico mecânico ou preferivelmente extractivo. Aplicações adstringentes, como glicerina e tanino e lavagens bucais com soluto de clorato de potássio são aconselháveis. Em muitos casos não é necessário tratamento ulterior, a não ser a limpeza periódica; em todos os casos se deve pensar na necessidade de cuidadosa limpeza artificial.

Limpeza artificial. — Escôva pequena, mole de comêço, mais rija depois, mas nunca muito rija. Lavagem da bôca depois de tôdas as refeições. Líquido ideal e que pode ser usado indefinidamente é o que contém ácido fénico a 1 por cento e 5 a 10 gr. de clorato de potássio para uma onça de líquido.

Líquido		Pó para dentes
Ac. carbólico	— 3ii	Clorato de pot. — gr. XV
Clorato de pot.	— 3i	Sap. dur. — » XXX
Glicerina	— 3i	Ol. cinnamon — MX
Água ad.	— Viii	Cretae precip. — 3i
Diluir a 1 : 5		

Casos intermediários. — Há os casos simplesmente locais e os que mostram sinais de infecção secundária. No primeiro caso pode haver gengivite aguda ou crónica e esta pode ser atrofica, ulcerativa e hipertrófica.

O primeiro cuidado a ter é a limpeza cuidadosa de toda a bôca e depois fazer a extracção dos dentes que não podem ser convenientemente limpos (principalmente os terceiros molares). Nos dentes onde particularmente se faz retenção, praticar a gengivectomia, especialmente quando existe gengivite hipertrófica. A medicação iónica pode ser usada em todos os casos, quer tenha sido feita ou não a gengivectomia. A autovacina pode ser usada com vantagem quando associada a tratamento local enérgico, mas é ineficaz sem êste último.

F. FONSECA.

Uma critica dos trabalhos recentes sôbre o sarampo. (*A review of recent work on measles*), por J. E. McCARTNEY. — *The Lancet*. N.º 5393, vol. CCXII. 1927.

Acentua a importância de rever os trabalhos recentes sôbre o sarampo, sob três títulos:

1 — Uso do sôro de convalescente humano.

2 — Uso do sôro animal.

3 — Diferentes organismos incriminados como agentes causais do sarampo:

a) Agente de Caronia.

b) Diplococo de Turnicliiff.

c) Estreptococo de Ferry e Fisher.

A dose de sôro de convalescente a injectar é de 6 cc. para as crianças abaixo de três anos e de 6 a 10 cc. para as idades superiores a 3 anos. A injectação deve ser feita nos cinco primeiros dias que se seguem ao do possível contágio. No sétimo dia o resultado é incerto e no oitavo não protege, embora o decurso da doença seja mais benigno. A imunidade passiva assim obtida dura de duas a quatro semanas. O sôro deve ser obtido de convalescentes nos primeiros sete a 11 dias que se seguem à queda da temperatura.

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

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

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

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

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

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

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

1627

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmac. de 1^{re} cl. Fornecedoras dos Hospitais, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

ELECTRARGOL

(Prata)

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

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é egualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Oites, 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 3 ampollas)

ELECTROPLATINOL

(Platina)

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

ELECTROPALLADIOL

(Pó)

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

ELECTRORHODIOL

(Rhodio)

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

ELECTR = Hg

(Mercurio)

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

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

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

ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

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

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

COLLOTHIOL

(Enxofre)

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

IOGLYSOL

(Complexo Iodo-glycoogenio)

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

ELECTROMANGANOL

(Manganez)

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

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

Curas iodada e iodurada

Affecções estaphylococcicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ie} - PARIS 4507

LISBOA MÉDICA

TONOFOSFAN



NOVA COMBINAÇÃO DE FÓSFORO ORGÂNICO

com ligação directa ao carbono
poderoso **estimulante do metabolismo e fortificante geral** para uso parenteral.

Especialmente recomendável para a continuação de uma cura arsenical (Solarson), nas neurastenias deprimentes, Basedow, e esgotamentos de várias naturezas, etc.

No comércio: Caixas com 20 ampolas de 1,1 c. c. (sol. esteril a 1 0/0).

TONOFOSFAN fortius (sol. esteril a 2 0/0) em caixas com 10 ampolas de 1,1 c. c.

Empacotamento original **Cassella**

....
J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius",

....
Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



Degkwitz diz ter obtido um sôro de carneiro que actua como o humano. Não explica como obteve êsse sôro, que parece não ter grande valor.

Critica os trabalhos de Caronia, cujos resultados não conseguiu justificar, nem verificar; acha insuficientes as provas fornecidas por Ferry e Fisher, para que possâmos considerar como agente causal do sarampo o «Streptococcus morbilli» e considera o trabalho de Turnicliiff como sendo dos três o que merece mais consideração.

F. FONSECA.

Secreção gástrica na doença de Graves. (*Gastric secretion in Graves's disease*), por H. MOLL e SCOTT. — *The Lancet*. N.º 5393, vol. CCXII. 1927.

Na doença de Graves há uma tendência para a ausência ou existência de valores subnormais da secreção de ClH. A secreção de ClH no adenoma tóxico e na hiperplasia da puberdade é usualmente normal ou subnormal, mas nunca falta. Há uma forte tendência para a regurgitação de bile na doença de Graves. Nesta doença o estômago esvazia-se rapidamente. A acidez total é usualmente elevada nos casos de acloridria.

Discutem a causa da acloridria e acentuam a importância que o simpático pode ter como inibidor da secreção gástrica.

F. FONSECA.

Ação da insulina na insuficiência suprarrenal. (*Action de l'Insuline dans l'Insuffisance surrénale*), pelo Prof. G. MARAÑON — *Presse Med.*, n.º 101, 1925.

As observações do A. permitem-lhe chegar às seguintes conclusões:

A insuficiência suprarrenal, cria evidentemente um estado de sensibilidade para a insulina e doses inofensivas desta substância produzem acidentes clínicos graves e mesmo mortais nos doentes adisonianos.

Esta hipersensibilidade não está em relação com o mau estado geral dos doentes adisonianos visto que não existe em outros doentes caquéticos embora as suas tensão e glicemia sejam também baixas.

O antagonismo experimental entre a adrenalina e a insulina permite supor que a diminuição da secreção adrenalínica é a causa dessa hipersensibilidade.

O remédio fisiológico dos acidentes post-insulínicos parece pois ser a adrenalina.

As últimas observações do A. demonstraram que nos diabéticos mortos em coma a-pesar do tratamento insulínico, havia lesões graves do aparelho suprarrenal. Este factor intervém possivelmente nos casos em que o coma sobrevém depois de desaparecida a acidose (casos de Campbell, Weinberger, Marañon).

F. FONSECA.

Sobre o tratamento ambulatorio da diabetes mellitus com sintalina.
(*Über ambulante Behandlung des Diabetes mellitus mit Synthalin*), por
M. NÖTHMANN e A. WAGNER. — *Therapie de gegenwart*. Janeiro de 1927.

Os AA. apresentam várias observações que demonstram o bom resultado obtido com a sintalina no tratamento ambulatorio da diabetes. Transcrevemos a tabela referente ao segundo caso.

Data	Sintalina em mgr.		Glicosúria
	Manhã	Tarde	
19—10	—	—	47 gr.
22—10	—	—	52 gr.
25—10	20	20	} não pesquisada
26—10	20	—	
27—10	20	20	
28—10	—	—	5 ^{gr} ,6
29—10	25	25	} não pesquisada
30—10	20	—	
31—10	25	25	
1—11	—	—	} não pesquisada
2—11	25	25	
3—11	20	—	
4—11	25	25	vestígios

Continua o tratamento segundo o esquema: 1.º dia, 2 vezes, 25 mgr.; 2.º dia, 1 vez, 25 mgr.; 3.º dia, 2 vezes, 25 mgr.; 4.º dia, pausa.

11—11			vestígios
15—11			negativa
22—11			negativa

Muitos diabéticos graves que na clínica foram submetidos ao tratamento combinado Insulina-Sintalina têm continuado o mesmo tratamento na consulta e sentem-se bem. Entre eles há uma doente que já esteve 4 vezes em côma e que nunca se sentiu tão bem como agora com a sintalina e 10 unidades de insulina em vez das 60 unidades que lhe eram injectadas diariamente.

Nos doentes tratados durante algum tempo com sintalina observa-se frequentemente uma subida da tolerância, de modo que com a mesma dose

da droga podemos aumentar albuminóides e hidratos de carbone sem que sobreenha glucosúria ou então diminuir a dose de sintalina.

O Cholaktol parece combater os sintomas gastro-intestinais por vezes ocasionados pela sintalina e permite assim aumentar a dose em que esta última é administrada.

F. FONSECA.

O atofanil no tratamento do reumatismo articular agudo das crianças.

(*Das Atophanyl in der Behandlung des kindlichen akuten Gelenkrheumatismus*), por E. ADLER. — *Ther der Gegenwart*. N.º 2, 1927.

O atofanil pode ser aconselhado no tratamento do reumatismo articular agudo infantil porque parece ser mais activo do que os preparados usados até hoje.

Em comparação com a aspirina o decurso da doença é encurtado. Depois de três injecções 77,7 % das crianças ficaram sem dores.

O número das recidivas não é mais pequeno do que com o tratamento pela aspirina.

Com o emprêgo do atofanil também não parece possível existir a endocardite.

É admirável a rapidez da acção do medicamento sôbre a dor, tumefacção, mobilidade e febre.

A A. empregou a seguinte técnica: Quando da entrada do doente no hospital injecta uma ampola do medicamento intravenosa ou intramuscular, repetindo a mesma dose no mesmo dia se ainda persistem fortes dores, o que raramente sucede. Repete a injecção nos dias seguintes até que desapareçam tôdas as manifestações articulares. O tratamento é continuado depois com aspirina. Na maioria dos casos são suficientes 3-4 injecções, em alguns bastam 2 e o número máximo necessário foi de 9.

F. FONSECA.

Dois casos de secreção láctea persistente. (*Dos casos de secreción láctea persistente*), pelo Prof. G. MARAÑON — *Revista Médica de Barcelona*, 1923.

As observações apresentadas pelo A. demonstram: primeiro que a menopausa pode continuar, sem interrupção, o estado de repouso ovárico do puerpério, prolongando também a secreção láctea normal e, segundo, que independentemente de toda a gravidês, uma situação endocrina e psíquica que simule a concepção pode influir no desenvolvimento das mamas e secreção láctea.

F. FONSECA.

Sobre o tratamento das nefroses. (*Ueber die Behandlung der Nierenbegleiterkrankungen (= Nephrosen)* pelo Prof. F. MUNK. — *Ther. der Gegenwart*. N.º 2, 1927.

A terapêutica das doenças dos rins é difícil porque não existe um tratamento racional activo dessas doenças. Nos não podemos actuar directamente sobre o processo mórbido nas chamadas doenças hematogéneas do rim. O médico deve procurar não perturbar o processo natural de cura e para isso necessita conhecer suficientemente a patologia renal.

Sob o ponto de vista terapêutico o A. chega ás seguintes conclusões :

1) — Degenerescência albuminosa, nefrose albuminosa ou tumefacção turva. Sobrevem nas doenças infecciosas agudas. Constitui o substracto anatómico da albuminúria febril. Sintomas clínicos: pequena albuminúria com insignificante parte morfológica. Esta forma de nefrose não necessita terapêutica especial, dependendo da doença causal e desaparecendo depois de terminada aquela.

2) — Degenerescência gorda ou nefrose gorda. Encontra-se em certos envenenamentos (fósforo, arsénio) e em pequeno grau nas leucemias, anemia perniciosa, etc. (O rim gordo da diabetes e doença de Basedow tem um outro carácter). A mesma terapêutica da nefrose albuminosa.

3) — Degenerescência necrótica. Aparece nos envenenamentos químicos (veronal, sublimado, etc.) e também em certas doenças infecciosas (difteria, febre amarela, cólera, etc.). Sintomas clínicos: oligúria e por vezes anúria de alguns dias. Na urina encontram-se numerosos aglomerados de epitélio e cilindros epiteliaes e vestígios de albumina. Nêste casos também uma terapêutica directa sobre a função renal e o processo mórbido é infructífera e por vezes prejudicial. O emprêgo de qualquer espécie de diureticos não tem acção alguma sobre a diurese. Limitação de albuminas e carne. A lavagem do rim baseada na obstrução mecânica dos canalículos urinários pelo epitélio necrosado, nunca dá bom resultado e pode ser altamente prejudicial. A alteração do parenquima nêstes casos é no rim e em todos os outros órgãos. É para notar que numa anúria de muitos dias uma injecção intravenosa de soro fisiológico prova a eliminação duma quantidade maior ou menor de urina de baixa densidade, mas o seu efeito terapêutico é pequeno.

4) — A degenerescência amilóide do rim localiza-se aos glomérulos e à membrana basal em muitos casos de tuberculose ou de supuração crónica. Os sintomas clínicos podem faltar por completo ou traduzirem-se por albuminúria e cilindrúria maiores ou menores. Assim se forma a pouco e pouco a esclerose renal amilóide com alteração das funções renais no sentido de hipostenúria. Frequentemente a degenerescência amilóide é acompanhada de degenerescência gorda ou lipóide, sendo o quadro da doença semelhante ao da nefrose lipóide. Quando a doença causal entra em latência ou se cura pode também desaparecer a alteração da função renal.

Não temos terapêutica que actue directamente sobre o processo amilóide do rim. Tudo depende do decurso da doença causal.

5) — Degenerescência lipóide ou nefrose lipóide. — Os principais sintomas são: grande albuminúria, cilindrúria e lipóides birrefringentes na urina,

edemas e ulteriormente colesterinemia. Não se trata propriamente duma doença do rim, mas sim duma perturbação geral fisico-química de todos os colóides dos líquidos e células do organismo. Todo o complexo sintomático se explica por esta alteração fisico-química.

O repouso no leito do doente edemaciado é aconselhável mesmo nos casos ligeiros. O tratamento dietético é importante.

O A. não aconselha a proibição do sal além de 3 semanas, permitindo depois a junção de 1-3 gramas. Como a eliminação azotada não está alterada é permitido ao doente o uso da carne. A alimentação com alimentos ricos em lipóides (ovos) aumenta a eliminação das substâncias birrefrangentes o que faz com que os limitemos na dieta para evitar assim a possível irritação do epitélio renal. A administração de líquidos necessita ser regulada pelo médico. A sede dos doentes não pode servir de regulador. O A. não vê grandes vantagens na dieta seca que para os doentes enfraquecidos constitue mesmo um perigo. A quantidade de líquidos ingeridos nas 24 horas não deve ser inferior a 800 c. c. e pode ir até 1,5—2 litros. Bebidas aconselháveis são: leite (o máximo $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ de litro), chá, café com leite, suco de frutos com água e, regularmente, $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ litro de água alcalina não rica em CO². O doente pode beber um pouco de vinho tinto com água. Não se devem empregar diuréticos fortes. Os edemas nunca constituem por si um perigo de vida na nefrose lipóide. Ureia, cloreto de cálcio, tiroidina, diuréticos vegetais não dão muitas vezes resultado. O próprio Salyrgan que actua tão eficazmente nos edemas cardíacos não dá efeito diurético notável e ocasiona por vezes perturbações intestinais e dejecções sangüíneas. Interessante é o facto que, mesmo nas nefroses lipóides de etiologia não luética, a fricção mercurial ligeira (Ung. ciner., Adeps suillus ãã, friccionar nos braços e peito) favorece a diurese. Uma terapêutica racional seria a baixa da pressão osmótica coloidal. A elevação da pressão sangüínea com pequenas doses de digitalis e a administração de citrato de sódio, bicarbonato de sódio e outros sais é aconselhável. Por vezes o edema só melhora com a drenagem cutânea por meio das cânulas de Curchmann. Processos que aumentem a sudação e medidas hidropáticas não teem valor. As dores nas regiões renais serão combatidas com aplicações quentes locais. Desaparecidos os edemas e a-pesar da persistência da albuminúria será concedido levante ao doente. Na nefrose sifilítica deve fazer-se tratamento anti-sifilítico. O A. aconselha fricções mercuriais, neosalvarsan (0,1-0,3 gramas), injecções de sais solúveis de mercúrio nos casos sem edemas e, mais tarde, iodo.

F. FONSECA.

Sobre uma nova reacção de oxidação do liquido céfalo-raquidiano.
(*Ueber eine neue Oxydationsreaktion des Liquor Cerebrospinalis*), pelo
Prof. Dr. LADIOLANO BENEDEK e Dr. EUGEN THURZÓ. — *Klin. Woch.* n.º 8, 1927.

O emprêgo da reacção de oxidação no diagnóstico tem valor comparável ao das reacções da globulina.

Resultados positivos obteem-se principalmente na demência paralítica e ainda mais rápidos na meningite.

F. FONSECA.

A mais simples técnica do pneumotorax artificial. (*Die einfachste Technik des künstlichen Pneumotorax*), por A. HENSZELMAM. — *Ther. der Gegeunart.* N.º 2, 1927.

Baseado num certo número de razões o A., abandonando o manómetro, reduz a aparelhagem do pneumatorax a uma agulha Rekord medianamente larga e à qual se adapta um pequeno tubo de borracha e uma seringa de 100 ou 200 c. c. A operação decorre do seguinte modo:

Desinfecção com iodo do campo operatório, especialmente do 4.º ao 6.º espaços intercostais na linha axilar média. Leve anestesia com cloreto de etilo, seguida da introdução da agulha na cavidade pleural. Aproximando o ouvido do pavilhão da agulha ouve-se bem a entrada do ar se não há aderências e apenas um ruído semelhante ao murmúrio vesicular se estas últimas existem. Com a seringa injecta-se depois ar na cavidade pleural. A primeira insuflação será de 300 a 500 c. c. de ar. O êmbolo da seringa servirá de manómetro, pois deslocar-se há no sentido da parede do torax quando a agulha estiver na cavidade pleural. *Só nestes casos se fará a insuflação.* O A. empregou este método em mais de cem casos sem observar embolias ou quaisquer outras complicações.

F. FONSECA

A adrenalina e a anestesia local. (*L'adrénaline et l'anesthésie lo. ale*), por G. CANUYT, J. TARRACOL e J. LA BARRE. — *La Rev. de Stom.* N.º 1. 1927.

A adrenalina, como excitante do sistema simpático, estimula simultaneamente as fibras vasculares vaso-dilatadoras e vaso-constritoras, sendo a acção vaso-constritora mais intensa com as doses em que nós habitualmente usamos a droga.

Além da sua acção hipertensora, que é uma consequência da vaso-constricção periférica e da acção excitante sobre o miocárdio, a adrenalina acelera também o mecanismo da coagulação de sangue. Os AA. viram que a adrenalina actua principalmente na primeira fase da coagulação.

Os AA. usam o cloridrato de adrenalina preparado sinteticamente por laboratórios de primeira ordem em soluto a 1 p. 1.000

Aconselham as seguintes prescrições operatórias:

- a) — Evitar empregar a adrenalina em tecidos inflamados.
- b) — Não dar adrenalina em hipertensos. Nos doentes além dos quarenta anos examinar cuidadosamente coração e rins.
- c) — Não fazer injecções intradérmicas de adrenalina.
- d) — Nenhuma solução anestésica deve ser injectada sob pressão, sobretudo ao nível do septo.

Seguindo estas prescrições, os AA. nunca observaram accidentes graves. Alguns indivíduos, principalmente mulheres simpaticotónicas, accusam cefaleias e palpitações. Nunca observaram hemorragias post-operatórias no decurso de numerosas operações tanto do septo e cornetos como das amígdalas. Neste

último caso, os AA. fazem a amigdalectomia máxima, isto é, com abertura do recessus palatino, e a quantidade de adrenalina empregada oscila entre XXX e XL gotas para 15 cc. de novocaína a 1 p. 100.

Os AA. acham o canivete mais nefasto do que a adrenalina.

F. FONSECA.

Diagnóstico dos síndromas tiroideos. (*Diagnostic des syndromes thyroïdiens*), por M. LABBÉ. — *Presse Med.*, de 14 de Agosto, 1926.

A prova de maior valia na destrinça das variadas formas de disfunção da glândula tiroideia, desde a doença de Basedow até aos casos de Mixœdema, a prova por assim dizer específica, é a do estudo do metabolismo basal.

Tôdas as formas com hiperfunção da glândula tendem para o exagêro do metabolismo e inversamente as formas com reduzida actividade glandular têm um metabolismo basal baixo.

O valores extremos vão de 75 0/0 até 40 0/0.

O estudo do metabolismo serve ainda como indicador seguro das variações espontâneas ou terapêuticas de cada caso.

MORAIS DAVID.

Alguns casos de granúlia fria e de granúlia crônica. (*Quelques cas de granulie froide et de granulie chronique*), por E. RIST, ROLLAND, JACOB, HAUTEFEUILLE — *Bull. Soc. Med. Hôp.*, Paris, 10 de Junho de 1926.

É hoje um facto assente a existência de formas de granúlia curáveis e sabe-se também que o quadro clínico desta doença pode apresentar-se tão falho de sinais que só o exame radiológico permite fazer a sua identificação.

Tem sido a observação radiológica o elemento decisivo do reconhecimento de lesões pulmonares miliares nos casos em que tanto a ausência de sintomas clínicos como a ulterior evolução são de molde a afastar o diagnóstico de generalização tuberculosa.

Os AA. citam 3 histórias curiosas. Uma referente a um caso de granúlia fria (apirética); post-puerperal, bilateral, sobrevindo a um derrame de pleura e observada clínica e radiologicamente durante 6 meses. A morte foi o resultado de uma meningite. A autópsia mostrou granulações tuberculosas dos dois pulmões e algumas granulações das meninges.

Outra história é a de um caso de imagem radiológica típica de granúlia direita, em que esta imagem desapareceu ao fim de um ano; é um caso de granúlia curada.

Na última história descreve-se uma pneumonia caseosa do lobo inferior esquerdo complicada de uma imagem radiológica de granúlia generalizada.

Ao fim de dois anos a-par da cura clínica constatou-se a cura radiológica.

MORAIS DAVID

A tetania infantil. Noções recentes, clinicas e physio-pathogenicas. (*La tétanie infantile. Notions récentes, cliniques et physiopathogeniques*, por LESNÉ e TURPIN. — *Revue de Médecine*, n.º 5, 1926.

As concepções patogénicas da tetania podem repartir-se em quatro grupos constituindo, por assim dizer, quatro teorias. Teoria paratireopriva, teoria hiper-alcalósica, teoria tóxica e teoria calcipriva. Diga-se, de-resto como os AA. também proclamam, que estas teorias não constituem concepções perfeitamente irreconciliáveis entre si mas que, muito pelo contrário, a verdade dos factos se contém em todas elas.

A teoria paratireopriva encontra-se largamente documentada na longa série de trabalhos experimentais. Os trabalhos memoráveis de Collip e dos seus colaboradores deram ainda a esta teoria um realce particular porque obtiveram um produto opoterápico eficaz, que consegue, fazer desaparecer os sinais de insuficiência glandular nos animais e no homem e mesmo provocar em animais normais ou operados um estado de hipercalcemia mortal.

A teoria hiper-alcalósica baseia-se nas alterações do equilíbrio ácido-básico dos humores, no sentido de uma hiper-alcalinidade.

A teoria calcipriva explica o quadro clínico pela baixa do cálcio no sangue, um dos sinais mais constantes na tetania. A alteração do equilíbrio $\frac{Na}{Ca}$, o aumento do Na em detrimento do Ca, importa um exagêro na excitabilidade muscular. É um tanto desconcertante porém o conhecimento de formas de tetania sem hipocalcemia.

A teoria tóxica finalmente, que pode em parte ajustar-se a qualquer das teorias precedentes, fundamenta-se na suspeita da formação de substâncias anormais tóxicas, geradas no organismo.

MORAIS DAVID.

ERRATA

No artigo publicado no Número 12, *A insulina no tratamento do hipertiroidismo e o antagonismo tiro-pancreático* por EDUARDO COELHO, a pág. 640, l. 12:

Onde se lê *dieta basal*, leia-se *dieta especial*

LACTOLAXINA FYDAU

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

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

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

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

Amostras gratis aos Ex.^{mos} Medicos, pedidos: Rua do Poço dos Negros, 36

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

*Tratamento completo das doenças do figado
e dos sindromas derivativos*

Litiase biliar, insuficiéncia hepática, colelmiã amiliar, doenças
dos paizes quentes, prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilsis
glicerinado
e de Panbiline



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

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Amonay (Ardèche) FRANÇA

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

PRODUTOS "WANDER,"

FORMITROL

Medicação interna do aldeído fórmico;
específico das doenças da boca e da garganta:
angina pseudo-membranosa, faringite crónica e aguda, etc.

OVOMALTINE

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

Alimento dos intelectuais e dos desportistas.

MALTOSAN (Sôpa de malte)

Dispepsias e toxi-infecções das crianças.
Permite observar um regime de dieta sem conse-
quências debilitantes.
De seguros efeitos nos casos mais rebeldes.

NUTROMALT

Açúcar nutritivo não fermentando no intestino.
Complemento indispensável ao leite de vaca no alei-
tamento artificial.
Combate a diarreia infantil e os perigos do desmamar.

ALUCOL

Tratamento dos estados hiperclorídricos.

CRISTOLAX

Laxativo não irritante. Específico da prisão de ven-
tre 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