

# COIMBRA MÉDICA

ANO II

MARÇO DE 1935

N.º 3

## SUMÁRIO

	pag.
A DEFESA SANITÁRIA DAS COLÓNIAS PORTUGUESAS — António Meliço Silvestre . . . . .	163
SOBRE O VALOR PROGNÓSTICO DA REACÇÃO DE SEDIMENTAÇÃO DOS GLÓBULOS VERMELHOS E DA FÓRMULA LEUCOCITÁRIA NA TUBERCULOSE PULMONAR — Antunes de Azevedo. . . . .	180
FUNÇÕES DO SISTEMA DIENCÉFALO-HIPOFI-SÁRIO — Oliveira e Silva . . . . .	215
NOTAS CLÍNICAS -- REUMATISMO CRÓNICO — M. Bruno da Costa. . . . .	224
— SOROPROFILAXIA (SÔRO-PREVENÇÃO E SÔRO-ATENUAÇÃO DO SARAMPO — Lúcio de Almeida. . . . .	230
LIVROS & REVISTAS . . . . .	238
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . .	XXI

---

*MOURA MARQUES & FILHO*  
COIMBRA

## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. A. Vieira de Campos — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da Fonseca — Prof. Santos Viegas — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes Sarmiento — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa — Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

### REDACCÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessôa  
António Meliço Silvestre  
Augusto Vaz Serra  
José Bacalhau

José Correia de Oliveira  
Lúcio de Almeida  
Luiz Raposo  
Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano . . . . .	50\$00
Colónias . . . . .	65\$00
Estranjeiro . . . . .	75\$00
Número avulso — cada. . . . .	10\$00

### PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

---

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

---

Toda a correspondência deve ser dirigida  
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

# VITACOLA

Farinha de cereais maltosada, com cacau, lecitina de ovos, glicerosfosfatos, cola fresca de S. Tomé, vitaminas, cafeina, muscarina, etc.

**VITACOLA** estimula o sistema genito-neural, aumenta o peso, fornece as calorias necessárias, faz recuperar as forças musculares, dá alegria de viver e trabalhar.

Produto do Laboratório de química  
**L U S O - A L E M ã O**

Representante nos Distritos da Guarda,  
Coimbra, Vizeu, Aveiro e Leiria

**LABORATORIOS "LUX,"**  
**COIMBRA**

# ÁGUA DA CURIA

A água da Curia, tomada internamente, não exerce apenas uma acção lixiviante ou d'arraste dos produtos de intoxicação.

Estudos recentes reconheceram na água da Curia um poder zimos-ténico, estimulante da actividade fermentativa, e uma acção filática de def-za contra todos os venenos endogenos e exogenos (Congresso de Hidrologia de Lisboa).

E, pelo seu **ião cálcio**, (Vittel, cálcio 0 29 por litro—Curia, cálcio 0,55 por litro), é um poderoso agente de mobilisação do ácido urico tissular, devido à combinação **uro-calcica**, que se forma no organismo (Inst. d'Hyd. de Paris, Prof. Degrés).

# Z I G - Z A G

**O MELHOR PAPEL DE FUMAR**  
Sempre imitado, nunca igualado

É a opinião das sumidades médicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ninguém que prese a sua saúde deve usar outro papel, pois todas as imitações são muito parafinadas e, portanto, estreitamente prejudiciais. Vejamos:

*"...Não ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... Não ha nenhum país, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG não seja preferido por fumadores de todas as classes sociais."*

(a) DR. GEORGES DARZENS  
Adjunto da Universidade de Paris

*"...O papel ZIG-ZAG não contém nenhuma matéria tóxica, nem pasta de madeira, nem cloro... O papel ZIG-ZAG é um papel para cigarros de qualidade superior, em que não se encontram nenhuns vestígios de substâncias nocivas à saúde..."*

(a) DR. RAMÓN CAJAL  
Director do Instituto Terapeutico de Madrid

Poderíamos juntar mais transcrições, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL

**A CASA HAVANEZA - LISBOA**

24 - Largo do Chiado - 25

# LABORATORIO **SANITAS**

A Calcina Orgânica (Calciorgan) é  
**5 VEZES MAIS ASSIMILAVEL**  
do que os preparados de Calcina minerais

---

Vêr o trabalho publicado pela Secção de Estudos Biológicos do LABORATÓRIO SANITAS «A hipótese de Trendelenburgo sobre a assimilação dos sais de cálcio», em que se descrevem as experiências feitas em animais e os seus resultados. — Este livro é enviado aos Ex.<sup>mos</sup> Médicos, pelo LABORATÓRIO SANITAS.

LABORATORIO  
**HORUS**  
GUIMARÃIS

## O Levocálcio na Calciterápia

O cálcio é o agente estimulador das secreções das glândulas musculares sanguíneas em especial das paratiróideas.

O cálcio convém para a estabilidade dos tecidos orgânicos.

O cálcio é o elemento primordial da Vitamina D, sem o qual o organismo não teria o necessário desenvolvimento fisiológico e o raquitismo seria inevitável.

O cálcio distribue-se por todos os tecidos vitais, sob a forma de sais inorgânicos e combinações em proporções que deve manter-se invariável para assegurar um trabalho perfeito.

A manutenção do tónus cálcico no protoplasma celular é a condição essencial à manutenção da perfeição das funções orgânicas.

Quando porém um agente de enfraquecimento orgânico exerce a sua acção nociva, a perda de cálcio dá-se em proporções anormais e as funções orgânicas atrofiam-se. É nesta altura que é preciso intervir com decisão e critério, carrilhando até à célula vital os derivados cálcicos que vão activar o metabolismo comprometido, reforçar a Vitamina D, e manter o tónus cálcico.

Está neste caso o LEVOCÁLCIO que tendo por base o LEVOLINATO de cálcio, sal neutro de cálcio do ácido levulínico da fórmula  $(CH_3CO CH_2) Ca$ , contendo 13% de Ca elemento, ou sejam mais 4% que o gluconato de cálcio, tem sobre todos os produtos cálcicos a vantagem de ser melhor suportado pelo organismo com ausência de reacções verificadas com os outros sais de cálcio e ainda por possuir uma maior solubilidade e maior riqueza em Ca elemento. LEVOCÁLCIO é uma verdadeira Vitamina D. — Ampolas de 5 e 10 c.c. a 10, 20 e 30%.

# A DEFESA SANITÁRIA DAS COLÓNIAS PORTUGUESAS (1)

POR

ANTÓNIO MELIÇO SILVESTRE

*Prof. auxiliar da Faculdade de Medicina*



.....  
Na despretençiosa palestra a que V. Ex.<sup>as</sup> me dão a honra de assistir, quero apresentar a traços largos o quadro da nossa política sanitária colonial, os princípios científicos e de ordem social que a orientam, bem como as directrizes novas que se lhe devem imprimir.  
.....

É freqüente entre nós, quando nos referimos à vasta obra da colonização portuguesa, pôr em relêvo sòmente as obras de fomento, aquilo que pode importar desenvolvimento comercial, industrial e agrícola, como sejam melhoramento de portos, estradas, caminhos de ferro, rêdes telegráficas e telefónicas, etc.

Assim é que, e com justificado orgulho, nós podemos afirmar que:

« Em Angola há 30.000 km. de estradas e em Moçambique 22.000 km.

Que a rêde de comunicações intellectuais (telefónicas e telegráficas) soma 28.000 km. no conjunto das colónias, melhorando-se de ano a ano.

Que as obras do pôrto do Lobito custaram 50 milhões de francos.

Que o pôrto da Beira em breve rivalizará com os melhores da África.

Que em Angola e Moçambique temos 3.750 km. de vias férreas.

Que as colónias francesas da África Ocidental, Madagáscar e África Equatorial, com unia superficie de 6.735.000 km<sup>2</sup> têm apenas 3.069 km. de vias férreas.

---

(1) Extrato duma conferência feita em 28 de Setembro de 1934, no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina do Pôrto, a convite da Direcção da Exposição Colonial Portuguesa.

Que o Congo Belga tem 3.700 km.

Que a Itália, a-pesar-de possuir tão grandes colónias, só tem 849 km. de vias férreas.

Que a Nigéria, com 19 milhões de habitantes só tem 1.831 milhas de linhas férreas.

Que a Rodésia do Norte só tem 506 km.

Fazendo o somatório das despesas desde 1850 a 1925 (num espaço de 65 anos, portanto) o Tesouro Nacional dispendeu nas colónias 150 milhões de libras-ouro.

Que, em face de tais números, não temos que recear confronto do nosso esforço colonizador com o de qualquer outro país ».

Pois, meus senhores, a-pesar-dos valiosíssimos trabalhos já citados, que constituem para nós, outros tantos títulos de glória e que ao nosso « Brio Nacional » é sempre grato recordar, uma obra há que raríssimas vezes é citada e que, no entanto, sobrelêva a tôdas as outras não só pelo elevado valor altruísta e humano, como ainda pelo seu aspecto social e económico.

Só por si, esta Obra justificaria para os portugueses a merecida designação de « Povo Colonizador por excelência ».

Quero referir-me à obra de Assistência médico-sanitária das Colónias Portuguesas e, dum modo especial, à assistência médico-sanitária ao indígena da nossa Colónia de Angola.

O desenvolvimento económico duma colónia depende fundamentalmente de dois factores: da conservação e multiplicação do indígena e da fertilidade do solo.

A-pesar das suas riquezas naturais e da fertilidade do solo, o futuro colonial é comprometido se a mão de obra indígena se torna insuficiente. Hoje, em política colonial, é doutrina aceite por todos considerar-se o prêto intimamente ligado ao solo, por assim dizer como um produto do próprio solo colonial; êle é que deve e pode cultivá-lo, pois está para isso nas melhores condições; o branco não pode substituí-lo com vantagem nesses serviços. Uma colónia será tanto florescente quanto melhores forem as condições sanitárias e económicas da população indígena. Daí a importância que a máxima *Salus populi suprema lex* vai tendo de há vinte anos a esta parte para os povos colonizadores, não só por motivos de ordem sentimental e humana, mas sobretudo por motivos de ordem económica. E digo de ordem económica

porque hoje felizmente, graças ao trabalho do economista americano Dublin — The money value of a man — podemos calcular em números, a desvalorização do capital humano duma nacionalidade, devida à cifra da mortalidade e da doença e, conseqüentemente, avaliar a sua enorme influência no balanço económico dum povo. Referindo-nos ao mais baixo vencimento que se encontra no livro daquele autor temos que:

Um homem de 20 anos vale.....	10.050	=	221
Um homem de 40 anos vale.....	8.700	=	191
Um homem de 60 anos vale.....	2.450	=	53

E' com dados desta natureza que nós podemos calcular quanto se valorizará o capital humano — o maior de todos — com a redução da cifra de mortalidade devido à aplicação das medidas sanitárias e sociais adequadas. Devo acrescentar que esta cifra se pode reduzir de mais de 1/3 na maior parte dos casos.

O citado autor americano leva mais longe a sua investigação pois consegue converter em números também os encargos que a doença pode trazer a um país.

Tudo números enormíssimos, números astronómicos! Razão tinha pois Calmette quando afirmava: « Les dépenses faites pour la sauvegarde de la Santé Publique sont les seules qui soient productrices de richesse puisqu'elles protègent le capital humain; si elles grèvent momentanément le budget, elles constituent en réalité le plus fructueux des placements d'épargne ».

\* \* \*

Dai veio a preocupação dos povos colonizadores em descobrir, para as remover, as principais causas que contribuem para o desaparecimento do indigena, como sejam: a *mortalidade infantil*, *alimentação defeituosa*, *má hygiene das águas*, *da habitação* e do *vestuário*; *alcoolismo*; *doenças* como *variola sífilis*, *tuberculose*, *doenças venéreas* (blenorragia, etc. estas adquiridas no contacto com o europeu), *lepra* e *doença do sono*.

Há necessidade de chamar, por vezes, para prover às necessidades das empresas de certa localidade, operários de localidade diferente pelo clima, pelos costumes, pelos hábitos e até pelas

doenças; a emigração forçada e o recrutamento, por vezes inconveniente da mão de obra indígena, são outras tantas causas de mortalidade com a agravante de aqui se produzir sôbre os mais fortes, sôbre os reprodutores da espécie. A vida assim em comum exige a aplicação de severas medidas de higiene.

Por cima de tudo isto há entre êles a anarquia social, pois que vivem verdadeiramente à lei da natureza, e dominados por acentuada desordem psíquica, encontram-se eivados de superstições e preconceitos que muito contribuem para dificultar a entrada da civilização.

São de Sua Ex.<sup>a</sup> o Ministro das Colónias as palavras:

« O médico é hoje o primeiro agente da nossa obra colonizadora: veio substituir o soldado. Só êle pode parar a baixa da natalidade negra, rejuvenescer a raça, dar-lhe a saúde e o vigor que, sob os mais rudes climas, vão faltando ».

E na verdade, meus senhores, o médico tem, nas colónias, largo e importantíssimo papel a desempenhar, quer na selecção e recrutamento de individuos que hão-de constituir a mão de obra necessária para as diversas empresas agrícolas, comerciais e industriais, quer na profilaxia dos diferentes flagelos (tripanosomiase, paludismo, febre amarela, anquilostomiase, etc.).

Deve-se dar o devido relêvo ao problema da alimentação que é importantíssimo não só no combate ao paludismo, como diz Marchou (1), coma para todas as outras doenças.

Para ter populações robustas é preciso olhar pelas suas condições de existência, aumentar o seu bem-estar, levantar o seu nível económico, atendendo sobretudo ao problema da subsistência.

A êste propósito, devo confessar que foi com bastante surpresa que observei na estatística de mortalidade de Luanda, de há bem pouco tempo, algumas mortes devidas a béri-béri. É preciso uma nutrição sã e suficiente não sòmente no ponto de vista químico, como também energético; completa em sais e vitaminas (Á, B, C, D, E, P); para que dela façam parte todos os aminò-ácidos que a Ciência provou serem absolutamente necessários à vida, é preciso que nela entrem proteínas animais e vegetais. Daqui a necessidade imperiosa de se fazer a profilaxia das epizo-

---

(1) « A cura do paludismo está na marmita ».

tias dos gados, estando por conseguinte a vida social indígena intimamente ligada à criação de gados e animais domésticos; deve-se, portanto, proteger os gados e favorecer também as plantações indígenas. Para resolver êste magno problema da Assistência ao Indígena, a acção médica, só por si, não basta; o esforço do Estado também não resolve em todos os casos integralmente o problema. Visto que o problema sanitário é complexo e se prende com variados problemas que no conjunto interessam a evolução económica da colónia, há necessidade de recorrer a colectividades de beneficência, de aproveitar iniciativas particulares, de aceitar recursos financeiros de associações industriais e comerciais; de servir-se da Escola e do Exército para infiltrar no espírito do indígena conhecimentos de Higiene, usando a propaganda por meio de films, etc. E para a coordenação inteligente de todos estes esforços há necessidade de recorrer aos serviços administrativos. E' no combate ao maior flagelo das regiões tropicais — a tripanosomiase — que a simbiose médico-administrativa mais se põe em evidência. Com efeito, não falando já da acção das equipes sanitárias, postos de vigilância, etc., em que a acção médica só se torna eficaz pela existência nas equipes das autoridades civis, temos a profilaxia mecânica e agronómica (desmatamentos e aproveitamento de granjas) que decorre quasi exclusivamente à conta da administração e temos a verdadeira profilaxia administrativa que consiste nas medidas a aplicar para se proteger a colectividade sã.

Mas há mais exemplos desta simbiose: nas capitais e nos grandes centros coloniais, quando se trata de prevenir afecções contagiosas como peste, febre amarela ou paludismo, há medidas comuns a tomar, tôdas da alçada dos serviços administrativos. Com efeito, é destruindo o veículo que se combatem mais eficazmente e, para tanto, temos de procurar e remediar todos os defeitos de canalização e distribuição das águas; reparar no problema dos esgotos, etc., todo um conjunto de medidas de carácter administrativo e que todos V. Ex.<sup>as</sup> conhecem bem. Devem pois possuir os funcionários administrativos das Colónias bons conhecimentos de Higiene Pública.

Na Assistência ao Indígena há então medidas que podemos englobar em dois grupos: medidas de *ordem médica* e de *ordem administrativa*. Nas medidas de ordem médica distinguimos

ainda a *assistência directa* ou *terapêutica* que tem como finalidade curar os doentes, aliviar os incuráveis e prolongar a vida dos inválidos e a *assistência proflática*, ou *higiênica*, que tem como finalidade manter a população com boa saúde e diminuir as causas de morte.

A primeira tem resultados mais visíveis mas é de menor alcance, em todo o caso, o médico deve recorrer a ela, se quere ganhar a confiança do prêto. Ainda na Conferência Internacional de Higiene que teve lugar na Colónia do Cabo, de 15 a 25 de Novembro de 1932, êste assunto foi ventilado e foi opinião unânime dos Congressistas que as duas funções da medicina — curativa e preventiva — deviam continuar intimamente ligadas em todos os povos de inferior cultura, porque um doente curado torna-se um óptimo agente de propaganda e mesmo porque os períodos de actividade terapêutica são ocasiões esplêndidas para a propaganda da Higiene.

Isto mesmo foi expresso por um Congressista da seguinte forma: « E' preciso dar ao enfermeiro uma instrução um pouco mais profunda em matéria de Higiene Pública e ao Inspector Sanitário uma instrução mais completa em matéria de terapêutica ».

A Assistência ao Indígena é feita em Hospitais especiais (Dispensários), colocados em pontos estratégicos e dispendo pelo menos de um sala para tratamentos, uma sala para os medicamentos, um gabinete de consulta, ao lado a habitação do enfermeiro, e lugares para um certo número de doentes (palhotas); o doente vive ali com a sua família que o alimenta e acarinha, ficando os medicamentos a cargo do Governo.

Os hospitais das capitais de distrito são mais completos e já providos dos modernos recursos de terapêutica e de cirurgia.

Os agentes da Assistência Sanitária são médicos devendo ter como auxiliares pessoal de enfermagem, parteiras, enfermeiras visitadoras, na sua maioria gente de côr.

Há missões volantes de reconhecimento nosológico que simultâneamente praticam a vacinação e fazem propaganda higiênica.

Estas missões é que vão à frente, escolhem os locais dos Dispensários e fazem o recenseamento médico sanitário dos indígenas e praticam a vacinação anti-variólica.

Para a preparação do pessoal subalterno funcionam umas

escolas especiais junto dos Hospitais onde os médicos com maior ou menor dificuldade instruem o indigena; formam por vezes, preciosos auxiliares destes serviços. Estes são os princípios e dados gerais do problema da Assistência Médica ao Indigena. Vejamos agora a forma como foi resolvido em Angola.

\* \* \*

Região muito atrasada e de fraca densidade populacional, a primeira tentativa de Assistência médico-sanitária surgiu em 1914, quando governava pela primeira vez a colónia o General Norton de Matos, e é definida na Portaria Provincial n.º 406, de 27 de Março de 1914. Por aquele Diploma constituía-se em cada Circunscrição uma Comissão de Assistência ao Indigena, formada pelo Administrador, pelo médico e por um dos sobas da região, a quem competia:

a) Serviços de Assistência profilática e terapêutica como vacinações e revacinações, distribuição de medicamentos, desinfectantes, artigos de pensos, etc.

b) Serviços de Higiene Social como assistência às grávidas, puérperas, crianças.

c) Serviços de Higiene Pública formando brigadas de saneamento local com o fim de combater o paludismo, a triponosomiase, etc.

d) Serviços de propaganda e ensino da Higiene bem como Serviços de Estatística, etc.

E' realmente um diploma muito completo e pena foi que as autoridades médicas e administrativas do tempo não estivessem preparadas para o aplicar, nem as circunstâncias ocasionais permitissem a sua execução.

Segue-se depois como acontecimento de relêvo na História da Higiene em Angola, o Congresso de Medicina Tropical de Luanda promovido pelo ilustre Director dos Serviços de Saúde e Higiene da Colónia Sr. Dr. Damas Móra, e em que foram lançadas as bases da organização da Assistência médica ao Indigena, mas cujo plano só se completou e entrou em execução no tempo do Alto-Comissário Sr. Coronel Vicente Ferreira, 1926-927.

A C. A. I. é formada por altos funcionários e presidida pelo

Alto Comissário; constituem-se missões volantes e procede-se ao recenseamento médico, calculando-se em 1927 que haveria 6 000 trip. para 3.600.000 habitantes que tem a Colónia. As regiões infectadas dividem-se em zonas, sectores e sub-sectoros, constroem-se os postos sanitários a que se deu o nome de Sanzalas-enfermarias; organiza-se um pavilhão de Cirurgia em Luanda. Com esta organização obtiveram-se trabalhos notáveis não só no que diz respeito ao combate à doença do sono, como também a outros flagelos.

CONTRA A DOENÇA DO SONO — A-pesar-de a maior actividade do serviço de Assistência se orientar para a construção e instalação de novos postos sanitários realizam-se:

1927 —	372.380 tratamentos aos indígenas
	319.850 atoxilizações
1928 —	1.031.800 consultas e tratamentos
	1.314.160 atoxilizações
1929 (ano em que foi extinta a C. A. I.).	
	1.125.217 consultas e tratamentos
	1.524.452 atoxilizações
1930 —	1.196.241 tratamentos e consultas
	1.193.418 atoxilizações
1831 —	830.229 consultas e tratamentos
	261.555 atoxilizações
1932 —	800.503 consultas e tratamentos
	175.569 atoxilizações.

Os indígenas acodem aos postos de concentração de 15 em 15 dias, ou de 30 em 30 dias, conforme lhes é ordenado, onde recebem de meio a 1 grama de Atoxil em injeção subcutânea. A atoxilização praticada sistematicamente tinha em vista nos doentes impedir a circulação periférica de tripanosomas e nos sãos, colocar o organismo num estado de não receptividade para evitar de ser infectado pela picada duma glossina contagiada.

Além destas medidas higiénicas que se dirigiam à fonte e à receptividade, praticaram-se outras medidas que se dirigiam ao veículo fazendo-se desmatamentos e desarborizações e aproveitamento dos terrenos limpos para granjas, onde se produzem géneros alimentícios aproveitados pelas sanzalas-enfermarias e até mesmo como fonte de receita para a C. A. I.

Só no Quanza-Norte as granjas mediam 380 hectares.

Os resultados práticos foram dos mais animadores: a mortalidade desce 50%, a natalidade triplicou; a fecundidade da raça renasce com impetuosidade; a percentagem dos infectados decresce consideravelmente. Ao mesmo tempo aparecem trabalhos notáveis no campo da investigação científica, verificando-se e limitando-se zonas de glossinas taquinóides, nigrofusca, sub-mor-sitans.

Simultâneamente as equipas da C. A. I. praticam outros serviços sanitários de vulto, como sejam a vacinação e revacinação contra a variola, que conseguem reduzir praticamente a zero; extinguem a peste que era endémica em 8 cidades (inclusivé Luanda) tratam inúmeros casos de *pian* que curam com stovarsol e injeções intra-musculares de salicilato de bismuto; descobrem novos focos de bilharziose que tratam com emetina; encontram focos de anquilostomiase que curam com timol e que combatem profilaticamente difundindo fossas fumegantes, já feitas pelos indígenas.

Nas visitas de reconhecimento às aldeias indígenas aparecem bastantes casos de lepra, tuberculose, doenças venéreas, etc. que combatem com o conhecido arsenal terapêutico, etc. *Paludismo*—Medidas tendentes à destruição do anopheles (larva, ninfa, insecto perfeito) visto ser absolutamente impossível a quininação profilática de tôda a população indígena.

Pena foi, meus senhores, que numa obra tão necessária e que tanto nos dignificou aos olhos do estrangeiro (O reputadíssimo médico colonialista belga Dr. Trolly considera a nossa obra de Assistência de Angola como a mais perfeita que conhece) tivesse havido uma solução de continuidade desde 1929 mas, felizmente para nós, Sua Ex.<sup>a</sup> o Ministro das Colónias ordenou já o seu imediato prosseguimento.

Se agora confrontarmos os dados estatísticos similares, v. g. de colónias e territórios sob mandato francês, números extraídos do Anuário Sanitário Internacional de 1930, publicado pelo Comité de Higiene da Sociedade das Nações, verificamos o seguinte:

1.º — Que avaliada a despesa da C. A. I. durante 28 meses (1927, 1928 e só meses de 1929) e calculada, por outro lado, a importância de todos os serviços clínicos por ela executados nesse tempo na tabela muito inferior encontra-se que a despesa

da C. A. I. durante êsses 28 meses orça por 27,1% do que o Estado gastaria se os serviços fôsem pagos por essa tabela inferior. A despesa da C. A. I. foi 8.000.000 Ags.

2.<sup>o</sup> — Que a taxa de incidência da tripanosomíase que oscilava entre 20 e 30% baixou, em dois anos, pelo menos de 2%; a mortalidade baixou no mesmo tempo de 50%.

3.<sup>o</sup> — Que no Daomé e Alto-Volta as taxas de incidência da tripanosomíase baixaram no mesmo tempo respectivamente de 3,5% para 1,9% e de 1,31% para 0,16%

4.<sup>o</sup> — Que o Camaráo, com uma superfície de 431.200 km<sup>2</sup> e uma população de 1.861.000 habitantes, portanto, números inferiores aos de Angola, foi conduzido a resultados sensivelmente iguais aos nossos, mas que gastou com a Saúde Pública só em 1929, a quantia de 10.709.103 frs. ou seja 17% da sua despesa total.

5.<sup>o</sup> — Que o Togo com uma população de 747.693 habitantes, portanto bastante inferior à de Angola, gastou com a Saúde Pública só em 1929, a quantia de 2.287.000 frs.

Meus senhores:

Um acontecimento de relêvo que interessa à política médico-sanitária das Colónias Portuguesas é sem dúvida a *Conferência da Cidade do Cabo* — 15 a 25 de Novembro de 1932 — pelos trabalhos importantes lá realizados e discutidos.

A abertura de estradas, caminhos de ferro e sobretudo o rápido estabelecimento de linhas aéreas entre diferentes pontos da África e desta com as outras partes do mundo, trouxe aos médicos sanitaristas da África novos problemas que nesta Conferência se procuraram resolver. Trata-se nada menos do que do grave problema da febre amarela; existindo em quasi tôda a África os insectos vectores dêstes vírus (*stegomia fasciata* ou *aedes egypti*), a facilidade de comunicações que o progresso estabelecia, trouxe sérias apreensões sôbre a sua possível expansão não só a tôda a África como daí para a Índia, etc.

Apreciaram-se pois na Conferência as medidas tomadas pela Convenção Sanitária Internacional de Setembro de 1932 que estabeleceu as medidas de profilaxia internacional aérea, tal qual

como a Convenção Sanitária Internacional de 1926 estabelece as medidas de profilaxia marítima Internacional. Pela Convenção de 32 são criados os aeródromos anti amarilósicos que são aeródromos especiais obedecendo a uma conjunto de disposições minuciosamente estudadas pela Comissão da febre amarela do Office Internacional d'Hygiène Publique (desinfecção do avião; vacinação do pessoal do avião; carta de saúde dos viajantes, etc.), tendo em atenção tudo o que conhece da epidemiologia da febre amarela e em que se procuram conciliar, na medida do possível, os interesses da saúde pública com os interesses comerciais; a quando da Convenção as autoridades médicas ouviram autoridades em matéria de aeronáutica e as medidas foram tomadas e preconizadas de comum acôrdo.

Estas medidas são tomadas para proteger não só os territórios das regiões orientais e meridionais da África, onde se não tem verificado a existência de febre amarela, mas também os territórios da Índia onde a introduzir-se a febre amarela, esta seria mais grave devido à falta de qualquer imunidade da parte da população. A Conferência entende que os princípios estabelecidos pela Convenção devem ser aceites por tôdas as regiões que, embora indemnes de febre amarela, reúnem as condições para se poderem tornar infectadas. Interessam também as disposições tomadas pela Convenção de 32 no sentido de combater outras doenças também transmissíveis por avião (raiva, etc.).

A febre amarela é endémica numa parte considerável da África Ocidental, criando um estado especial de não receptividade numa parte maior ou menor da população. Surge muitas vezes febre amarela numa localidade sem haver importação de infecção exterior; são regiões onde ela é endémica tomando formas frustes, indagnosticáveis clinicamente nos naturais, visto que já possuem um certo grau de imunidade, mas tomando formas graves nos indivíduos chegados a essa região, tendo vindo de região indemne. Há, por conseguinte, necessidade de levantar a carta de endemicidade para a febre amarela em tôdas as regiões da África, mas a clínica não pode fazer êste trabalho por si. Êste estudo pode hoje fazer-se cientificamente graças aos trabalhos e descobertas recentes feitas pelos laboratórios da Fundação Rockefeller, pode fazer-se pela aplicação à população em estudo, do *método dos «tests» de protecção e imunidade* que se baseia fundamentalmente

na descoberta feita em 1930 por Max Theiller: «o rato branco é receptivo ao vírus da febre amarela quando inoculado por via intra-cerebral».

**TÉCNICA:** tomam-se em 3 tubos de ensaio respectivamente 3 c.c. de sôro do indivíduo em estudo, 3 c.c. de sôro de indivíduo imunizado e 3 c.c. de sôro de indivíduo receptivo; junta-se a cada um dos tubos 1,5 c.c. de emulsão e 20 0/0 de cérebro de rato contendo vírus fixo de febre amarela. Prepare-se uma emulsão esterilizada de amido a 2 0/0. Feito isto, anestesia-se pelo éter 3 séries de 6 ratos brancos receptivos cada uma e injectam-se no cérebro com a emulsão de amido e no peritoneu com 0,6 c.c. da mistura soro-vírus.

Os ratos que morrerem de 5 a 10 dias depois da inoculação consideram-se como tendo sucumbido à febre amarela, é claro quando os resultados dos ratos testemunhas sejam satisfatórios. Se todos os ratos dum grupo, excepto um, sobrevivem, a amostra de sôro considera-se dotada de poder proceptor. Se 4 ou mais dos 6 ratos morrem no mesmo lapso de tempo, o sôro considera-se de indivíduo receptivo. Os resultados intermediários consideram-se não concludentes.

A descoberta de Max Theiller foi ponto de partida para a preparação dum método de vacinação que se tem revelado de segura eficácia nos poucos casos em que se tem aplicado. Consiste em injectar no indivíduo a vacinar, a mistura *sôro de indivíduo imunizado* — vírus-fixo. O sôro dos indivíduos vacinados tem-se revelado positivo aos «tests» de protecção, dois anos depois da vacinação. Sendo a febre amarela uma infecção tão traiçoeira, que tem ceifado tantos investigadores de mérito, que têm procurado conhecer os seus segredos (Noguchi, Stoker, etc.), os casos de vacinação levados a efeito foram só em pessoal dos Laboratórios destinados ao estudo dessa infecção. Tem-se também já aplicado aquela vacinação às equipas dos aeródromos anti-amari-lósicos e a poucos mais, porque o processo ainda não é prático.

Angola não se considera uma região infectada de febre amarela, mas é susceptível de se tornar infectada. Além disso de 1860 a 1900 apareceram em Angola bastantes casos duma infecção que devia ser febre amarela visto que se acompanhava dos seguintes caracteres:

1.º A aparição desta doença verificou-se sempre durante os meses quentes e húmidos e nunca na estação fria.

2.º Grande número de casos registou-se nos brancos recém-chegados da Europa.

3.º Em todos êsses casos se encontravam muitas hematemese e a morte sobrevinha com granpe rapidez.

Temos portanto necessidade de determinar a carta de endemicidade para a febre amarela pelo método dos «tests» de protecção e imunidade.

Quanto a linhas de navegação aérea, pouco temos a recear que por aí venha a infecção, a não ser em «aterrissages» forçadas de aeroplanos vindos de regiões infectadas; nestes casos devemos exigir que nos provem as medidas profiláticas tomadas na partida do avião em observação durante a sua permanência na Colónia. Há em projecto, mas em projecto sòmente, as linhas de Luanda a Mossâmedes e o prolongamento da linha de serviço aéreo belga.

Uma vez em serviço estas linhas, Angola respeitará os princípios profiláticos respectivos aceites pela Convenção de 32.

\* \* \*

Na Conferência do Cabo a que já fizemos referência, tratou-se entre outros assuntos também dum outro problema que diz respeito a Angola; é o problema da *peste*.

Em Angola registaram-se variados casos de peste nas cidades que são portos de mar, até o ano de 1929; os últimos foram em Pôrto-Alexandre (Mossâmedes).

Em princípios de Janeiro de 1932 surge uma epidemia de peste bubónica precedida da respectiva epizootia no Sudoeste Africano que pouco depois, em Fevereiro, se estendia à parte meridional da província de Angola.

A epidemia foi comunicada por telegrama ao Director dos Serviços de Saúde e, por proposta do médico de Saúde, o Governador do distrito de Huila mandou um destacamento de 70 soldados para a fronteira (Windhoek) formando um cordão sanitário (!) numa extensão de 20 km., cordão que se não manteve devido à falta de chuvas e secura dos poços. As principais medidas tomadas foram: isolamento dos doentes e protecção dos contactos com vacinas e soros.

Reúne em N'Giva uma Comissão de 5 médicos (2 portugueses

e 3 da União-Sul-Africana) para estudo da epidemia e da qual dão a seguinte explicação<sup>(1)</sup>:

— Tendo sido pouco abundantes as chuvas na estação precedente e não se tendo por êsse motivo produzido as inundações que habitualmente produzem a destruição dos ninhos de ratos, estes criaram-se em enorme proporção e espalharam-se em todos os sentidos (à razão de 200 milhas por mês). Cria-se um pôsto junto da fronteira e para lá é enviada uma missão médica hoje é permanente por Decreto ministerial de 3 de Setembro de 1932 e que é composta por :

- 1 médico-chefe;
- 1 médico-chefe de laboratório;
- 2 médicos auxiliares;
- 4 enfermeiros europeus;
- 1 farmacêutico.

Esta missão presta bons serviços porque consegue encontrar ratos infectados 10 a 15 dias antes de aparecer a infecção na população, o que permite orientar e aplicar na altura devida as medidas profiláticas adequadas.

Todos os assuntos que dizem respeito à Saúde Pública são olhados pelas nossas autoridades coloniais com elevado carinho, dedicação e saber, justo é confessá lo; temos sòmente necessidade de estimular entre os nossos médicos coloniais o gòsto pela investigação científica no estudo das questões de patologia exòtica ainda mal conhecidas. É sòmente nas colónias que êsses assuntos podem ser estudados.

Trabalhos de patologia exòtica feitos na Metròpole poucos há; conhecemos, por exemplo, um sòbre a peste e êsse magistralmente feito pela forma e pela justeza das ideias pelo Prof. Dr. Angelo da Fonseca a quando da epidemia de peste do Pòrto de 99, mas ocasiões dessas são felizmente muito raras.

Julgamos, portanto, necessária a criação, nas nossas Colónias, de Institutos de investigação científica dirigidos por personalidades de comprovada competência técnica. Institutos desta natureza

---

(1) A estrutura geológica da fronteira condiciona o desenvolvimento accentuado dos roedores (ratos polimásticos).

existem desde há muito tempo nas colónias estrangeiras, e elevado tem sido o seu rendimento em descobertas de assinalado valor. Assim v. g. no Instituto Pasteur de Saigon (Indochina), Calmette que foi o seu fundador, fêz trabalhos notáveis sôbre a raiva utilizando o búfalo como animal vacinífero; foi lá que êle preparou o primeiro sôro anti-venenoso contra a cobra capêlo (*naja tripudians*); foi lá que êle fêz o isolamento do *Amylomyces Rouxii*. Neste Instituto fêz Yersim a descoberta do bacilo da peste, em 1894, e Simond descobriu o veículo da peste (a pulga do rato).

No Instituto Pasteur do Senegal, Marchoux estudou o sindroma disentérico e fêz trabalhos importantes sôbre o paludismo, indo depois com Salimbeni e Simond estudar a febre amarela ao Rio de Janeiro.

No Instituto Pasteur de Tunis, Charles Nicolle tem feito trabalhos notáveis sôbre o tifo exantemático (descobrimdo que o veículo desta infecção é o piolho) sendo hoje uma das primeiras autoridades sôbre êste assunto.

Nos Institutos de investigação científica da fundação Rockefeller têm sido feitos trabalhos notáveis sôbre várias endemias tropicais, especialmente sôbre a febre amarela, etc.

Meus senhores:

Não quero deixar de me referir a um diploma legislativo, sumamente honroso para nós pelo seu alto valor económico e social e que é o «Código de trabalho Indigenas nas Colónias Portuguesas de Africa» aprovado pelo Decreto n.º 16.199 de 6 Dezembro de 1932.

É um diploma que protege essas massas consideráveis de indigenas que as necessidades da Agricultura, Comércio e Indústria, bruscamente separam do seu meio familiar e que, colocados em condições climatéricas novas, submetidos a uma alimentação diferente da habitual e em trabalhos novos para êles, se encontram física e moralmente em condições em que a sua resistência orgânica fica diminuida para a doença.

Naquele diploma se encontram inteiramente salvaguardados todos os interêsses morais e materiais dos indigenas.

É regulamentada a alimentação em quantidade, qualidade e

distribuição suficientes para evitar não só as chamadas doenças por carência, como também esse estado de depauperamento orgânico que se encontra no limiar das mais variadas doenças. São prescritas as condições a que deve satisfazer a habitação, o número máximo de trabalhadores que poderão alojar-se; constroem-se cozinhas junto das habitações; diz-se que as retretes não devem ficar a uma distância inferior a 100 metros, etc. Indica-se o número de peças que devem compor em cada caso o vestuário, bem como a sua qualidade. A assistência médica obrigatória é prestada por organizações particulares instaladas e mantidas pelos próprios patrões, ou pelos organismos de Assistência que o Governo tiver em cada Colónia.

Compreende:

- a) Assistência médica propriamente dita.
- b) Intervenções médico-cirúrgicas nos acidentes de trabalho.
- c) Vacinação anti-variólica e outras medidas preventivas.
- d) Tratamentos feitos por patrões e enfermeiros, que sejam compatíveis com os seus conhecimentos médicos.

Este diploma é completíssimo, como se vê, em medidas de assistência médica, nos acidentes de trabalho e assistência social.

Ao chegar ao local do trabalho, o médico da empresa aproveita alguns dias de descanso concedidos aos indígenas para proceder à vacinação anti-variólica e eventualmente às vacinações contra febre tifóide, peste, cólera, disenteria, etc., se estas operações não tiverem já sido feitas. Duas observações convém fazer acerca do grau de robustez do indígena:

a) Um indígena nado e criado numa região de savana, se fôr transportado para trabalhar numa zona florestal, não produz tanto nem tem a mesma robustez que tinha na região anterior.

b) Quando se deslocam para uma região onde é endémica uma dada doença, indígenas duma região indemne para essa doença, desencadeia-se por vezes nos recém-chegados uma grave epidemia que poupa os naturais por já terem adquirido um certo grau de imunidade.

A acção do médico duma empresa é assim muito vasta: luta profilática contra doenças endemo-epidémicas (vacinação preventiva, despiolhamento periódico, etc.); medidas de higiene pública (luta

# Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

**COIMBRA**

Grande sortido em material cirúrgico, tais como:  
Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocautérios, Forceps, Fonendoscópios, Bazzi-Bianchi, Stetoscópios, Ecoscópios, Termómetros, Estojos para Anatomia  
Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

**ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA**

**Extraordinariamente poderoso**

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar.

(Injecções em série)

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

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**

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

Depositários  
exclusivos

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

# 3

razões para se  
prescrever a

## ANTIPHLOGISTINE

EM

### PNEUMONIA

- 1. Analgésica :** Alivia a dôr pleurítica;
- 2. Resolvente:** Favorece a resolução;
- 3. Calmante:** Acalma os sistemas nervoso e muscular, o que assegura repouso e bem estar ao paciente.

Aplicada em forma de colete sôbre tôda a parede torácica, a **ANTIPHLOGISTINE** muito contribuirá para promover o repouso e o sono, que são essenciais para suster a vitalidade do enfêrmo.

---

THE DENVER CHEMICAL MFG Co., Nova York, N. Y.

DISTRIBUIDORES EM PORTUGAL:

**ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.**

Caes do Sodré, 8 — LISBOA

contra mosquitos e larvas, problema de águas potáveis e de esgotos, etc.); medidas recreativas, como organização de jogos, dança, música, cinema, etc., pois é necessário levar ao indígena aquela serenidade moral que é absolutamente necessária a um bom rendimento físico.

Este diploma prevê, com as garantias necessárias, tudo o que diz respeito à utilização racional e económica do capital humano. Este conjunto de medidas sociais completa o problema da Assistência Médica ao Indígena nas Colónias. Exige, como se vê, a cooperação de variadas actividades: esforço financeiro, educativo, administrativo e médico.

\* \* \*

Prosseguindo na esteira brilhante da magnífica obra de saneamento delineada, e já executada em parte, conseguiremos ver transformadas as nossas Colónias da Zona tropical, de «paraíso dos parasitas» como ponto de vista sanitário lhes chamava Carlos França, num verdadeiro paraíso para os indígenas.

Alimentamos as mais fundadas esperanças de que, num futuro muito próximo, lhes será dado inteiro cumprimento para nossa maior glória e interesse. E temos bem fundadas esperanças por que o que deixamos dito dá direito a que façamos nossas as palavras com que o Prof. Bento Carqueja remata o seu consciencioso estudo sobre «O Povo Português».

«Povo que no seu *abstractum* encerre os elementos preciosos observados no povo português e se revele nos seus caracteres demográficos mais importantes pela forma como esse povo se manifesta, não é positivamente um povo inferior, um povo a que não esteja reservado um grande e nobre Destino.

A estrutura do povo português denuncia-o apto para as mais rasgadas empresas que a civilização imponha e permite contar com ele para cooperar na realização dos grandes destinos da Humanidade».

SERVIÇOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS

*Director: Prof. A. Vieira de Campos*

SERVIÇOS DE TERAPÊUTICA MÉDICA CLÍNICA

*Director: Prof. João Porto*

---

**SOBRE O VALOR PROGNÓSTICO DA REACÇÃO  
DE SEDIMENTAÇÃO DOS GLOBULOS VERMELHOS  
E DA FORMULA LEUCOCITÁRIA  
NA TUBERCULOSE PULMONAR**

POR

ANTUNES DE AZEVEDO

Assistente da Faculdade

Os actuais conhecimentos de tisiologia devem-se em grande parte à extraordinária actividade laboratorial dispensada nos mais variados ramos das ciências médicas como Anatomia Patológica, Química-Biológica, Bacteriologia, etc., que vasto campo têm encontrado na tuberculose para resolução de tão numerosas incógnitas. Mas se problemas sem conta se encontram já resolvidos, novos horizontes se advinham e melhor nos apercebemos do muito que temos para conhecer.

Dum polimorfismo que desafia todas as doenças, é dotada a tuberculose pulmonar duma capacidade evolutiva tão caprichosa que nunca conhece terreno firme o clínico que sôbre esta matéria tenha de pronunciar-se. Dizia Charles Lepine a um médico que o interrogava sôbre qual seria a evolução dum tuberculoso: «*Quand on vous posera cette question, détournez toujours la conversation*».

Não admira pois que o tisiologo tenha procurado fundamentar, nas mais variadas provas, o juizo feito na simples observação clinica. Logo em 1908, um ano volvido sôbre a sua descoberta, a reacção de Von Pirquet foi utilizada com fim prognóstico por Wolf-Eisner e Feichmann. Mais ou menos precoce no seu aparecimento, mais ou menos intensa na sua actividade, cêdo as suas

características foram relacionadas com a evolução da tuberculose. Nas formas graves de tuberculose generalizada, no períodos finais de tuberculose pulmonar, no decorrer de determinadas doenças, como a febre tifoide, a coqueluche, etc. ou por virtude de certos estados fisiológicos, a reacção torna-se cada vez menos intensa chegando a desaparecer.

Pelo contrário nas formas flóridas de tuberculose pulmonar as reacções são quasi sempre fortemente positivas.

Alguns autores como Vigneron, Léon Bernard, Marfan, etc., veem na forte positividade da reacção um indício de evolução favorável que traduz uma boa resistência do organismo. Outros, porém, negam todo o seu valor prognóstico, como Cordier, Courmont, etc. Entre as reacções humorais propostas para a diagnose precoce e para o estudo prognóstico tem sido muito apreciada a partir de 1926, a reacção de Vernes (sero-floculação pelo resorcina).

O estudo da floculação do sêro dos tuberculosos tinha já sido estudado com outros produtos como o sulfato de alumínio por Matéfy ou o cloreto de cálcio em soluto alcoolico por Doranvi. A determinação do índice óptico pelo fotómetro de Vernes-Bricq e Yvon fornece-nos valores a ter em conta no diagnóstico e no prognóstico da doença. Para os individuos normais o I. O. varia de 0 a 15; são suspeitos de tuberculose os doentes em que o I. O. vai de 15 a 30 e acima de 30 há sérias razões para se pensar em tuberculose. Tilmant diz que a reacção de Vernes pela resorcina é o termómetro da infecção tuberculosa; Cantagrill encontra a reacção positiva em 90% de casos de tuberculose evolutiva e pelo contrário negativa em 98% de individuos saos ou portadores de lesões cicatrizadas.

Guérin opina que o valor prognóstico da reacção de Vernes, é hoje universalmente admitido.

Jousset enfileira ao lado dos autores citados dizendo que a sero-floculação é o método por excelência para seguir um tuberculoso. Entretanto não são raros os casos de discordância entre a clinica e a reacção de Vernes; Gaté e mademoiselle Schoen encontraram falta de paralelismo em 31% dos casos que observaram; Levi-Valenrri e Loufrani opinam pela falta de interesse da reacção de Vernes para o prognóstico da tuberculose. Não é uma reacção verdadeiramente especifica; certas doenças febris,

como a febre tifoide, estados septicemicos, febres eruptivas, etc. podem influenciar o valor do índice óptico.

A sero-aglutinação, a determinação do índice opsonico e tantas outras reacções humorais, umas específicas outras sem especificidade, tem sido apontadas para auxiliar o tisiologo na sua difícil tarefa.

Entre as reacções específicas, o estudo da fórmula sanguínea e da sedimentação das hemácias têm merecido um interêsse particular.

Por sugestão do Prof. João Porto realizamos em doentes da sua clínica particular e noutros internados nos seus serviços hospitalares e nos do Prof. Adelino Vieira de Campos aquelas provas hematológicas e aqui vimos dar conta dos resultados a que chegámos. Aos referidos Professores os nossos maiores agradecimentos.

Para a prova de sedimentação utilizámos a técnica de Westergreen; os resultados vão expressos pelo índice de Katz.

Os esfregaços foram corados pela técnica de May-Grunwald-Giemsa; referimos o hemograma de Schilling com o índice de desvio nuclear e a relação Linfocitos-Monocitos.

Antes de apresentarmos as nossas observações e os resultados colhidos, escrevemos algumas palavras sòbre as referidas reacções hematológicas, citando opiniões de alguns autores.

### Reacção da sedimentação das hemacias

Adicionado dum produto que o torne incoagulável, o sangue aspirado em pipetas mantidas verticalmente, separa-se em camadas, duas bem nítidas, uma superior clara constituída pelo plasma e a outra situada abaixo desta de côr vermelho-escura, formada à custa das hemacias. Este fenómeno aproveitado na clínica conhecido pela designação de sedimentação das hemacias tem merecido um particular interêsse dos investigadores como testemunham centenas de publicações.

O fenómeno era já conhecido dos nossos antepassados que com certa freqüência se referem à *crusta phlogística*, coágulo com características especiais, que traduz um inicio de sedimentação e que pode verificar-se no sangue de determinados doentes (hemofilicos, anémicos, etc.) quando a coagulação é retardada.

Já em 1897 Biermacki descreveu um método de sedimentação mas que não teve aproveitamento clínico. Em 1913 sob o título « A sedimentação espontânea do sangue para o cavalo ». Um processo simples de hematologia clínica » publicou na Revista Geral de Medicina Veterinária, Césari, veterinário francês, a sua técnica. Usou o autor provetas de 8 mm. de diâmetro e 30 cm. de altura e como anti-coagulante o floreto de sódio a 3 0/0; êste soluto era adicionado ao sangue na proporção de 1 para 9. Referia o valor da sedimentação pelo quociente de  $H_2/H_1$  sendo  $H_2$  a altura do sedimento de 24 horas e  $H_1$  do sedimento de meia hora.

Mais tarde em 1917, Fahraeus apresentou ao Congresso de Cirurgia e Ginecologia de Estocolmo os seus estudos sobre sedimentação das hemacias e foi verdadeiramente a partir desta data que se generalizou o interêsse clínico da prova.

O autor utilisava pipetas de 10 cm. de altura, 1 cm. de diâmetro e graduadas em milímetros na sua face externa. Serviu-se como anti-coagulante do citrato de sódio de 2 0/0 que juntava ao sangue na proporção de 2 para 8. Os resultados que nos fornecem as autores são muito variáveis porque multiplas são as tecnicas utilizadas, são diferentes as pipetas pelo que respeita a sua altura e diâmetro, são diferentes os anti-coagulantes utilizados e finalmente diferentes são ainda os processos de leitura.

Sapert utilizou pipetas de 20 cm.; Sabrazes de 12 cm. de altura e 2 mm. e meio de diâmetro; Cordier e Chaix 8 cm. de altura e 6 mm. do diâmetro; Westergreen pipetas de 300 mm. graduadas até 200 e 2,5 mm. de diâmetro, etc.

A par dos chamados macrométodos utilizam-se os micrométodos como sejam os de Pamtchenkow, Balachowski, Langer e Shemidt, etc. que teem a vantagem de dispensar a punção venosa; o sangue é recolhido por picada na polpa do dedo. Tzank e Flandin utilizam como anti-coagulantes os arsenobenzois; em 1903 Gilbert e Tzank aconselham o sulfarsenol em soluto a 5 0/0; Lumière e Couturier, serviram-se dos sais de zinco; Balakowski emprega o oxalato de potassio a 10 0/0. A hirudina os sulfosalicilatos teem sido igualmente utilizados. O citrato de sódio cuja acção anti-coagulante foi descoberta por Peckelaring é hoje o mais empregue.

Na leitura dos resultados, ou referimos o tempo que o sedi-

mento das hemacias levou a percorrer um determinado caminho como na tecnica de Lizenmayer, ou o espaço percorrido num tempo fixo (uma, duas e 24 horas) sendo esta a técnica a mais habitualmente seguida porque é incomparavelmente mais cómoda. No processo de Lizenmayer registamos o tempo que o sedimento das hemacias leva atingir um traço marcado na pipeta 18 mm. abaixo do nível superior da mistura sangue anti-coagulante. São reputados valores normais 600 minutos para homem e 300 minutos para mulher (Fourcade). Com as pipetas de Westergren consideram-se valores normais:

1 hora	1 a 3 mm.	para homem e 4 a 7	para a mulher
2 horas	5 a 10	» »	» » 8 a 12 » » »
24 horas	90	» »	» » 110 » » »

Segundo Flatzek para os indivíduos normais a velocidade de sedimentação da primeira hora pode ser igual, superior ou inferior ao da segunda hora.

Katz aconselha a determinação da velocidade horária média:

$$\frac{a + \frac{b}{2}}{2}$$

$a$  = sedimentação da primeira hora

$b$  = » » segunda hora

Cordier segue uma técnica que parece prática; utiliza tubos hemolise e como anti coagulante serve-se de um soluto de citrato de sódio a 5 % que adiciona ao sangue na proporção de 1 para 9. Com uma seringa aspira o soluto anti-coagulante 0,2 cm<sup>3</sup>., punctua a veia da flexura recolhendo 1,8 cm<sup>3</sup>. de sangue e lança o todo no tubo de hemolise, procurando por movimentos de inclinação no tubo fazer um mistura bem homogénea. O sangue citratado deve atingir cêrca de 65 mm. de altura; ao fim de uma hora com uma régua graduada lemos a altura do plasma e a altura do plasma mais sedimento. A velocidade da sedimentação é obtida pela relação  $\frac{h \times 100}{H t}$

$h$  — altura do plasma

$H t$  — altura do sedimento mais  $h$

Se o sangue citratado atinge por ex. 65 mm. e a coluna do plasma mede 28 mm., para 1 mm. a coluna do plasma será 28

vezes menor e 100 vezes maior que este valor se nos referirmos a 100 mm.

$$\frac{28 \times 100}{65} = 43 \%$$

É extremamente complexo o fenómeno de sedimentação das hemácias que está longe de obedecer à fórmula de Stokes:

$$V = \frac{1}{2} g \frac{(D - d)}{n} r^2$$

g = aceleração da gravidade

D = densidade das particulas solidas

d = » do meio de suspensão

n = viscosidade » » »

que regula a velocidade da queda de particulas sólidas no meio de suspensão líquida. Na verdade multiplos são os factores que regulam o mecanismo da sedimentação das hemacias alguns sendo-nos mal conhecidos e muitos por certo ignorados.

Alguns autores como Bismarck, Starlinger e outros referem que a velocidade de sedimentação varia na razão directa do número das hemacias mas tal não acontece. O sangue dos anémicos dá quasi sempre sedimentação acelerada. A velocidade de sedimentação variando na razão inversa do número de eritrócitos há que ter em conta este facto na apreciação dos resultados colhidos em indivíduos que habitam regiões de certa altitude, onde frequentemente encontramos poliglobulias; os valores registados podiam ser falsiados se ao mesmo tempo se não procedesse a uma contagem dos glóbulos rubros. M. Reale registou a sedimentação de cento e tantos doentes do Sanatório Ailanta Montana-Vernale e com certa frequência encontrou valores baixos relacionados com o factor apontado. O sangue do carneiro e da cabra cujo número das hemacias oscila por 7-8 milhões tem sedimentação mais acelerada que o sangue do homem. Para Wieschnan e Schurmeyer o volume das hemacias constitui um outro factor a ter em conta; a velocidade de sedimentação varia na razão directa do volume.

O menor número de hemacias e o maior volume das mesmas no sangue da mulher são dois factores que explicam em parte os valores mais elevados da sedimentação para esta.

Entretanto os factores que mais influenciam a velocidade de sedimentação residem fora de dúvida no plasma.

Tem a colessterina um papel importante acelerando ou retardando a sedimentação?

Para Kuster a hipercolesterinémia acelera a sedimentação; nas grávidas em que ela é acelerada há aumento de colessterina e outro tanto acontece na esclerose-arterial. Nos tuberculosos há para muitos, hipocolesterinémia e temos em geral acelerada a sedimentação.

Salomon, Valtis e outros negam qualquer relação entre a sedimentação e a percentagem de colessterina.

Fourcade não pode «comparar a dosagem da colessterina com a velocidade de sedimentação».

O aumento da lecitina parece retardar a velocidade de sedimentação que de certo modo está relacionada com o quociente  $\frac{\text{colessterina}}{\text{lecitina}}$ .

Para Macabruni a velocidade de sedimentação varia na razão directa da riqueza do plasma em cloretos. Os sais de cálcio tem uma acção inversa como demonstram Takski e Jamaguchi.

O oxigénio acelera a queda das hemácias e acção oposta desempenha o ácido carbónico e os lipoides.

Quando o PH se desloca no sentido acidotico a sedimentação é influenciada de modo que é retardada a sua velocidade.

São as modificações plasmáticas a grande razão de ser das variações da velocidade de sedimentação e é incontestável que reside o factor de maior importância no desequilíbrio dos protídeos.

Estudos numerosos tem incidido sobre como se comportam as diversas fracções proteicas no sangue dos tuberculosos e valha a verdade que nem sempre tem sido concordes os trabalhos orientados neste sentido.

Entretanto duma maneira geral assinala-se um aumento de fibrinogénio e da globulina e baixa da serina. A êste desequilíbrio dos protídeos chama Frish desvio à esquerda. Entre as hemácias existe uma fôrça de repulsão que condiciona em parte a sua estabilidade de suspensão no meio plasmático.

Essa propriedade de repulsão mútua resulta da carga eléctrica negativa que lhe fornecem os protídeos que tem adsorvidos.

A carga eléctrica das fracções proteicas varia na razão directa

do afastamento do seu ponto iso-eléctrico do PH do sangue cujo valor médio é de 7,4.

O fibrinogénio, a globulina e a serina teem respectivamente os seguintes pontos iso-eléctricos: 6,5, 4,4, 7,7.

Compreende-se assim que as variações dos protídeos possam influenciar a velocidade de sedimentação das hemacias.

Não é a reacção que nos tem ocupado especifica e o seu valor diagnóstico é considerado duma maneira geral de pouca valia, enquanto que na prognose ela tem sido reputada de alto valor.

A aceleração da sedimentação verifica-se nas formas evolutivas e corre muitos casos parêlhas com a extensão das lesões. Em série ela fornece-nos uma curva que reflete mais ou menos fielmente a marcha evolutiva do processo tuberculoso. É ella a única reacção que pode garantir-nos a estabilidade das lesões e a sua passagem à inatividade (Malavé, Poper). Para Louwental concorda com a evolução clínica da doença e as suas variações antecipam-se a outras que possam ser colhidas pelo exame clínico.

Nas formas fibrosas localizadas os valores obtidos são normais (Fourcade, Degeorges). Em 98% dos casos de Marcel Degeorges a reacção de sedimentação indicou o sentido evolutivo das lesões; a maior parte das vezes diz ainda o referido autor que o prognóstico pela referida reacção precedia o prognóstico clínico.

Em certos exemplares a reacção de sedimentação permitia prever o agravamento das lesões que a clinica não fazia supôr e outras vezes em cortejos clínicos alarmantes, a sedimentação tem previsto uma evolução francamente favorável que depois se verificou.

Melville e Dunlop encontraram paralelismo entre a reacção de sedimentação e a tuberculose e se algumas vezes falta a concordância nem por iso ella deixa de ser um bom elemento prognóstico.

O Prof. Morais Sarmiento encontrou para os doentes com tuberculose fibrosa índices de sedimentação oscilando entre 13,5 e 75,5 mas quasi sempre registou valores abaixo de 40 e que desciam quando se verificavam melhoras.

Foi nos tuberculosos com evolução favorável que maior número de vezes se registou paralelismo com a clinica, em (73,3%) dos casos.

Nos doentes com tuberculose produtiva o índice de sedimentação oscilou entre 2,5 e 73,5 baixando nos melhorados; O índice de sedimentação corria parilhas com a evolução clínica em 55 % dos casos.

Nos doentes portadores de tuberculose exsudativa o índice de sedimentação variou entre 6,2 e 97,5 predominando valores elevados; foi igualmente nos doentes melhorados que mais vezes houve concordância com a evolução clínica, 84,7 %. Para M. Reale os valores de reacção de sedimentação estão estreitamente relacionados com a forma de tuberculose. E' a tuberculose uma doença essencialmente crónica em que se sucedem fases de actividade e de acalmia; a doença evoluciona por surtos, por *poussées* separadas por fases de intervalo.

Nem sempre é fácil no início diagnosticar a *poussée* e a reacção de sedimentação presta-nos aqui um valioso auxílio; a queda das hemacias está acelarada e pelo contrário na fase de intervalo a prova dá-nos valores normais. No início da *poussée* evolutiva pode faltar a febre como esta pode acompanhar aquela nos primeiros dias e desaparecer em seguida; a sedimentação então não segue paralelamente o gráfico térmico e os seus valores patológicos são de grande interêsse para o clínico.

Entretanto se a grande legião de investigadores defende com calor o valor prognóstico da reacção de sedimentação, outros há como Robinovitch, Kempner, Banandj, etc. que negam a sua utilidade prática.

Rist e Fillanzant, registam baixos valores de sedimentação em casos avançados, por vezes de evolução fatal; semelhante facto é igualmente apontado por outros autores como Westergreen, Meegard, etc. no período pre-agonico para o que as alterações humorais devem interferir poderosamente.

Há baixa das globulinas que para alguns autores está relacionada com a deminuição das faculdades de resistência. O Prof. Morais Sarmiento em doentes com tuberculose exsudativa de evolução progressiva e que terminavam pela morte, verificou baixa do índice de sedimentação em 44,4 % dos casos. Se a velocidade de sedimentação é particularmente influenciada pela tuberculose, ela não é estranha a outros estados mórbidos, o que lhe faz perder muito do seu valor.

O paludismo, a febre tifoide, a febre de Malta, os neoplas-

mas, a pneumonia, as bronco-pneumonias não bacilares, etc. influenciam de certo modo a reacção e até uma corisa banal a pode influenciar segundo Gueissaz.

E' indispensável, nesta como noutras provas especificas, uma apreciação criteriosa dos seus valores, pesando com cuidado todos os factores que a podem influenciar, tanto no sentido positivo como no negativo.

### Fórmula leucocitária

O estudo dos leucócitos no decurso das doenças infecciosas não é muito recente. Inicialmente o quadro leucocitário era expresso numa forma em que se separavam os diversos tipos de glóbulos brancos sem qualquer distinção adentro dos neutrófitos.

As variações quantitativas e qualitativas dêstes elementos, cêdo mostraram um certo interêsse clínico o que estimulou os investigadores a orientarem os seus trabalhos no sentido de se aperceberem do seu valor diagnóstico e prognóstico.

De funções complexas que não é nosso propósito enumerar aqui, desempenham os leucócitos, nos fenómenos de imunidade, um papel bem flagrante.

Foi Arneth quem em 1917 teve o mérito de dividir os neutrófilos em 5 classes fundamentando-se no aspecto morfológico dos núcleos. O autor referia que os neutrófilos são elementos de núcleo com tendência para a lobulação à maneira que envelhecem.

As células de núcleo muito segmentado seriam elementos adultos, e jovens pelo contrário, as células de núcleo menos lobulado.

Estabeleceu o autor 5 classes e determinava a percentagem de cada uma. Normalmente para o homem teríamos:

5	Elementos da 1. <sup>a</sup> classe (Núcleo único)
35	» da 2. <sup>a</sup> » ( » com 2 lóbulos )
41	» da 3. <sup>a</sup> » ( » » 3 lóbulos )
17	» da 4. <sup>a</sup> » ( » » 4 lóbulos )
2	» da 5. <sup>a</sup> » ( » » 5 ou mais lóbulos )

Nas doenças infecciosas, os neutrófilos maduros perecendo na luta contra os agentes agressivos, os centros hematopoiéticos

procuram remediar o mal lançando na circulação elementos resultando duma proliferação precipitada, imaturos, mais jovens e menos lobulados.

O predomínio das células das primeiras classes era designado por desvio para a esquerda e por desvio para a direita entende-se o predomínio de elementos pertencentes às últimas classes.

Bomsdorff determinava o número das células de cada classe, multiplicava os valores encontrados pelo número que designa a classe respectiva somando os produtos.

A soma constitui o índice de Bomsdorff.

Se reputarmos normais para o esquema de Arneth os valores acima referidos, nós teremos para o índice de Bomsdorff o valor de 270:  $(5 \times 1) + (35 \times 2) + (41 \times 3) + (17 \times 4) + (2 \times 5) = 276$ .

O valor do esquema de Arneth tem sido exaltado por vários investigadores. Para Th. e J. Stephani o esquema de Arneth traduz melhor as resistências do indivíduo que o aspecto local da lesão bacilar. Marcel Degeorges determinou o esquema de Arneth em 129 doentes dos Serviços Hospitalares de Cordier e traduziu os valores encontrados pelo índice de Bomsdorff.

O autor julga normal para o homem um índice de Bomsdorff 250-260 e para a mulher 240-250: Dos 129 doentes, 27 serviram de testemunho porque ou não eram tuberculosos ou se apresentaram em período de inactividade; para estes, internados por emagrecimento, astenia, temperaturas sub-febrís, os valores do índice de Bomsdorff mostravam-se abaixo dos normais; é que estes doentes apresentavam muitos dêles mau estado geral e, melhorados pela cura higieno-dietetica, cêdo os índices de Bomsdorff se normalizaram. Marcel Degeorges chega a conclusões opostas às de Bezançon e Weil que negam o valor prognóstico do esquema de Arneth.

Em 102 casos de tuberculose evolutiva encontrou o autor marcha paralela da evolução clínica e do índice de Bomsdorff; algumas vezes observou índices próximos do valor normal em doentes com lesões extensas mas então sempre havia a registar um bom estado geral. As oscilações do índice reflectiam a evolução da doença mostrando-se um precioso auxiliar na apreciação dos resultados colhidos com a terapêutica.

Críticas acerbas tem sido dirigidas ao esquema de Arneth

particularmente por Schilling e é o hemograma d'este autor que tem recebido nos últimos anos uma maior utilização prática.

Schilling considera 4 categorias de neutrófilos: mielocitos, metamielocitos, bastonetes, e segmentados. No sangue dos indivíduos normais encontramos 3 a 5 bastonetes e 51 a 67 segmentados, raramente havendo em circulação metamielócitos. O aumento do número total de leucócitos com neutrofilia e aumento de bastonetes, com aparecimento, por vezes, dos outros elementos mais jovens é designado por Schilling — desvio regenerativo dos neutrófilos. Em certos casos baixa o número de leucócitos, é elevado o número de bastonetes não havendo em circulação metamielócitos nem mielócitos, verificando-se este facto no decorrer das doenças toxi-infecciosas indicando mau prognóstico; este quadro leucocitário verifica-se no chamado desvio degenerativo de Schilling.

Os bastonetes degenerados teem um núcleo irregularmente curvo, picnótico, com alterações protoplasmáticas mais ou menos acentuadas. Os restantes elementos leucocitários são de alto valor para avaliar a resistência do organismo.

No decorrer das doenças infecciosas, sucedem-se 3 fases a que Schilling chama:

a) fase neutrófila, de luta: leucocitose, aneosinofilia, neutrofilia com desvio regenerativo, monocitopenia e linfocitopenia.

b) a fase monocitária, defensiva ou de vitória, em que diminui a neutrofilia e o desvio nuclear e ha monocitose.

c) fase linfocitaria, de cura, com linfocitose, eosinofilia e falta de desvio nuclear.

Vários autores nos falam do valor prognóstico das reacções celulares no decorrer da tuberculose. Adolf Sylla encontrou leucocitose pronunciada em todos os casos de tuberculose activa.

São para o autor de mau prognóstico a aneosinofilia, o desvio para a esquerda do esquema de Arneth, a linfocitopenia e o aumento dos neutrófilos granulo toxicos.

Para Gabe a eosinofilia depõe a favor duma evolução favorável da tuberculose. Melville e Dunlop dizem que para os indivíduos normais a relação neutrófilos linfocitos é maior do que a relação linfocitos-monocitos, e nos tuberculosos pode verificar-se o contrário podendo a observação das diferenças constituir um bom elemento de prognóstico.

Di Natalle toma como índice de mau prognóstico a neutrofilia com linfocitopenia.

Hermen encontrou monocitose com linfocitopenia nas formas graves. Para Oelsnitz a hiperleucocitose nas tuberculoses fechadas indica boa resistência orgânica e nas formas abertas infecção secundária.

Giudiceandrea observou ligeira neutrofilia e eosinofilia no início da tuberculose.

Muito recentemente o Prof. Moraes Sarmiento publicou nesta revista os resultados dos seus trabalhos realizados em cento e tantos tuberculosos; o hemograma de Schilling o índice de Houghton e a relação linfocitos-monocitos mostraram se elementos de interesse no prognóstico das diferentes formas clínicas.

Modernamente estudos experimentais e clínicos tem sido conduzidos de sorte a determinar como se comporta a relação linfocito-monocitária, isolada ou associadamente, com a prova de sedimentação; cabe a primazia nestes trabalhos aos autores americanos.

Sabin, Cunningham, e Doan inocularam coelhos com bacilos tuberculosos virulentos, com ultravirus e com B. C. G. em doses altas e provocaram o aumento do número de monocitos, diminuindo os linfocitos, baixando assim a relação L/M que traduz a evolução infecciosa.

Verificaram que o animal se caquetizava proporcionalmente com a descida daquela relação. Com os bacilos virulentos, ultravirus, ou B CG, a razão L/M conforme aumenta, diminui ou estaciona, assim exprime regressão, progressão ou estabilidade do processo infeccioso. Os mesmos autores empregaram a técnica da coloração supravital com vermelho neutro e com verde-Janus no sentido de melhor estabelecerem a distinção entre as células mononucleares.

Algum tempo depois dos trabalhos dos autores americanos Monaldi, repetia-os confirmando plenamente ou quasi as conclusões a que os primeiros tinham chegado. Monaldi admite a origem linfóide dos monócitos, ao contrário de Sabin e Cunningham que o julgam oriundo do sistema reticulo-endotelial.

A importância da linfocitose no decorrer da tuberculose experimental tinha sido já demonstrada por outros autores. Birkham mais recentemente realizou os mesmos estudos completados pela

reacção de sedimentação antes e após a inoculação das cobaias, chegando mesmo a observar a inversão da relação linfocitos-monocitos no momento da morte; observou ainda o estreito paralelismo entre a reacção M/L e a velocidade de sedimentação, existindo sempre valores aumentados após a inoculação do animal. Pela mesma época Zeyland publicou um estudo sobre o mesmo assunto mas fundamentado também na clínica, sobretudo infantil, e utilizando por igual a coloração supra-vital, concluindo que esta é insubstituível em trabalhos desta ordem nos animais de laboratório podendo ser dispensada para o homem. Em cães e cobaias torna-se difícil a identificação dos monocitos pelo que teve que recorrer à coloração supra-vital.

Nos trabalhos sobre o sangue humano o método de Papanheim satisfaz regularmente. O autor opina pelo interesse da relação monocito-linfocitaria em tisiologia. De um modo geral a relação referida corre parilhas com evolução clínica.

## OBSERVAÇÕES

I — M. C., de 25 anos., 26-5-933 — Bronco-pneumonia caseosa. Lesões ocupando todo pulmão esquerdo e um terço superior do pulmão direito. Temperatura: 38-39°. Baciloscopia positiva (E. G. V). Acentuada taquicardia. Fêz-se-lhe frenicectomia de que não beneficiou. Tem recebido sanocrisina.

Quadro leucocitário (1)

9600-0-0-0-0-28-47-21-4.

Índ. 1/1,6                      L/M: 5.

Sed.: 84,5.

II — L. P., 20 anos, 29-5-933. Bronco-pneumonia casiosa. Lesões ocupando ambos os pulmões em tôda a extensão. Baciloscopia positiva (E. G. VII). Temperatura 38-39°,5. Muita tosse. Muita expecturação.

Quadro leucocitário:

6600-1-3-0-0-20-41-30-5.

Índ. 1/2                      L/M: 6.

Sed.: 86,2.

(1) Da esquerda para a direita os valores correspondem ao número de leucócitos, basófilos, eosinófilos, mielócitos, metamielócitos, bastonêtes, segmentados, linfocitos e monocitos.

Índ. traduz a relação entre os neutrófilos não segmentados e os segmentados.

III — E. T., 26 anos, 26-5-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões nos dois terços do pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva (E. G. VI). Temperatura 38°. Recebe pneumotorax.

Quadro leucocitário:

7600-0-0,8-0-0-6,7-42,3-38,6-10,8.

Índ. 1/6                      L/M: 3,5.

Sed.: 46,7.

IV — M. C., 13 anos, 26-5-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões ocupando todo o pulmão esquerdo e o lóbulo superior do pulmão direito. Temperatura 37-38°. Acentuado emagrecimento. Baciloscopia positiva (E. G. VI).

Quadro leucocitário:

8800-0-2-0-0-38-40-16-4.

Índ. 1/0,7                      L/M: 4

Sed.: 85,5.

Repete-se a observação em 2-8-933, dois meses e meio depois. Lesões com igual extensão mas mais magra. Temperatura 37,5 38°,5

Quadro leucocitário:

6400-0-4,2-0-0-15,9-16,6-53,3-10.

Índ. 1                          L/M: 5,3.

Sed.: 73,2.

V — E. C., 19 anos, 20-5-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões ocupando os dois terços superiores do pulmão esquerdo e o lóbulo superior do pulmão direito. Temperatura 37-37°,8. Baciloscopia positiva (E. G. III).

Quadro leucocitário:

8400-0-1,3-0-1,5-11-56,6-25,1-4,3.

Índ. 1/4,5                      L/M: 5,8.

Sed.: 87.

Repete-se a observação em 18-7 dois meses depois. Lesões clínica e radiologicamente com a mesma extensão mas melhor estado geral- aumentou de peso 1 kg. e 200. Temperatura 36,8-37°,5.

Quadro leucocitário:

8000-0-3-0-1-16-44-33-3.

Índ. 1/2,5                      L/M: 6.

Sed.: 85,5.

VI — E. C., 25 anos. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões

**BISMUTOTERAPIA**

DA

**SIFILIS**

por

via intramuscular

**NEO-  
CARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA  
de butiltiliourate de bismuto

INJEÇÕES INDÓLORES  
ELIMINAÇÃO LENTA E CONTÍNUA

*A presença do enxofre na molécula  
pelas suas propriedades anti-tóxicas,  
favorece a acção terapéutica.*

Empolas de 1 cc.  $\frac{1}{2}$   
contendo 0<sup>gr</sup>. 075 de  
Bismuto metal  
Caixas de 12 empolas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

**BISMUTOTERAPIA**

DA

**SIFILIS**

por

via intramuscular

**NEO-  
CARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA  
de butiltiourate de bismuto

INJEÇÕES INDOLORES  
ELIMINAÇÃO LENTA E CONTINUA

*A presença do enxofre na molécula  
pelas suas propriedades anti-toxicas,  
favorece a acção terapeutica.*

Empolas de 1 cc.  $\frac{1}{2}$   
contendo 0gr.075 de  
Bismuto metal  
Caixas de 12 empolas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

ocupando todo o pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva (E. G. IV). Ausência de febre. Pouca tosse e pouca expectoração.

Quadro leucocitário:

7400-0-4,7-0-0-7 6-57,1-20,9-9,5.  
Índ. 1/7,5                      L/M: 2,2.  
Sed.: 45.

VII — M. da A., 22 anos, 2-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões que ocupam o lóbulo superior do pulmão direito e a região inter-cleido-hilar-esquerda. Temperatura 37,5-38°. Baciloscopia positiva (E. G. II).

Quadro leucocitário:

6600-1-3-0-0-20-41-30-5.  
Índ. 1/2                      L/M: 6.  
Sed.: 87.

Em 7-11-933, cinco meses depois: lesões com a mesma extensão e o mesmo tipo, melhor estado geral; aumento 5 kg.

Quadro leucocitário:

7400-1-2-0-0-10-51-20-6.  
Índ. 1/5,1                      L/M: 3,3.  
Sed.: 73,7.

VIII — R. de J. 30 anos. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões ocupando os dois terços superiores do pulmão direito e o terço superior do pulmão esquerdo. Temperatura 37,5-38°. Acentuada anorexia e emagrecimento. Muita tosse e expectoração. Baciloscopia positiva (E. G. IV).

Quadro leucocitário:

9400-0-3-0-2-30-40-24-1.  
Índ. 1/1,2.  
Sed.: 70                      L/M: 24.

IX — M. da C., 28 anos, 2-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões ocupando todo o pulmão direito havendo no lóbulo superior uma grande caverna, e lesões discretas na região inter-cleido-hilar esquerda. Temperatura 37-39°. Baciloscopia positiva (E. G. IV).

Quadro leucocitário:

7000-1-1-0-0-32-35-31-1.  
Índ. 1/1,1                      L/M: 31.  
Sed.: 80,5.

X — M. D., 30 anos, 12-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões ocupando a região inter-cleido-hilar direita e o terço médio

do pulmão esquerdo com pequena caverna. Muita tosse e expectoração. Anorexia e emagrecimento. Temperatura 37-37,5.

Quadro leucocitário :

6600-0-1-0-1-18,7-29,2-47,9-2.  
 Índ. 1/1,4                      L/M : 23,9.  
 Sed. : 55,5.

XI — M. C., 31 anos, 14-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva, ocupando os dois terços superiores do pulmão esquerdo e a metade superior do pulmão direito. Febre, tosse, expectoração. Baciloscopia positiva (E. G. III).

Quadro leucocitário :

9200-0,9-0-1,8-19,4-33,3-41,6-28.  
 Índ. 1/1,5                      L/M : 14,8.  
 Sed. : 97,5.

XII — A. F., 27 anos, 15-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva. Lesões de todo o pulmão direito e de dois terços superiores do pulmão esquerdo. Temperatura sub-febril. Baciloscopia positiva (E. G. III).

Quadro leucocitário :

7800-0-1-0-0-14-43-35-7.  
 Índ. 1/3                      L/M : 5.  
 Sed. : 37,5.

Seis meses depois em 13-12-933: o mesmo estado geral e lesões com o mesmo aspecto.

Quadro leucocitári :

10000-0-2-0-0-2-53-38-5.  
 Índ. 1/26,1                      L/M : 7,6.  
 Sed. : 14,2.

XIII — R. M., 31 anos, 13-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva ocupando todo o pulmão direito e um terço superior do pulmão esquerdo. Temperatura 37,5-38,5. Muita tosse e expectoração. Taquicardia. Baciloscopia positiva (E. G. IV).

Quadro leucocitário :

8400-0-1-0-1-18-39-35-6.  
 Índ. 1/2,5                      L/M : 5,8.  
 Sed. : 43,7.

XIV — J. M., 35 anos. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva ocupando os dois terços superiores do pulmão esquerdo e a região inter-

-cloido-hilar direita. Temperatura 37,5-38°,5. Muita tosse e expectoração. Grande emagrecimento.

Quadro leucocitário :

12200-0-2-0-0-2-70,2-14,8-11.

Índ. 1/35,1                      L/M : 1,3.

Nova observação em 6-12-933, seis meses depois mostrava melhora do estado geral, aumento de 8 kg, menos tosse e menos expectoração.

Quadro leucocitário :

8000-1-5-0-0-3 59-31-1.

Ind. 1/19,5                      L/M : 31.

Sed. : 4,5.

XV — A. C, 32 anos, 27-1-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva ocupando todo o pulmão direito e o lóbulo superior do pulmão esquerdo. Laringite especifica. Temperatura 37,5-38°. Muito emagrecido, tosse, expectoração. Baciloscopia positiva (E. G. VI).

Quadro leucocitário :

10200-0-3,1-0-0-8,2-67,5-14,6-6,3.

Índ. 1/8,2                      L/M : 2,3.

Sed. : 74.

XVI — A. L., 17 anos, 27-1-933. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva ocupando os dois terços superiores do pulmão esquerdo com grande caverna. Muita tosse e expectoração. Baciloscopia positiva (E. G. IV). Anorexia acentuada e emagrecimento.

Quadro leucocitário :

12400-0,5-1-0-0-4,5-57,2-29,7-7.

Índ. 1/12,7                      L/M : 4,2.

Sed. : 36,2.

Repete-se a observação em 21-3-933. Melhor estado geral. Aumentou 2 kg de pêso. Temperatura 37-37°,8.

Quadro leucocitário :

9200-0-1-0-0-8,2-76,9-9,8-3,8.

Índ. 1/9,3                      L/M : 2,5.

Sed. : 20.

XVII — M. C., 24 anos, 1-2-933. Tuberculose úlcero-caseosa ocupando todo o pulmão esquerdo e três quartos superiores do pulmão direito. Tuberculose laringea. Temperatura 38-49°. Muita tosse e ex-



Repete-se a observação em 18-7-933. Lesões do mesmo tipo com a mesma extensão. Continua com pneumotorax. Melhor estado geral.

Quadro leucocitário :

5600-0-2-0-1-5-28-62-2.

Índ. 174,6                      L<sub>1</sub>M : 31.

Sed. : 20.

XXIII — E. L., 34 anos. Tuberculose úlcero-caseosa localizada. Lesões na região infra-clavicular esquerda. Temperatura 36,8-37,5°. Bacilos (E. G. II). Bom estado geral.

Quadro leucocitário :

9200-0-5-0-0-3-27-64-1.

Índ. 179                      L<sub>1</sub>M : 64.

Sed. : 58.

XXIV — M. V., 26 anos, 5-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa localizada. Lesões do lóbulo superior do pulmão esquerdo. Temperatura 36,5-38°. Pouca tosse e expectoração. Regular estado geral.

Quadro leucocitário :

8000-0-1-0-1-23-41-30-4.

Índ. 171,7                      L<sub>1</sub>M : 7,5.

Sed. : 80.

XXV — M. R., 27 anos, 6-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa localizada. Lesões do terço superior do pulmão esquerdo. Pouca tosse e expectoração. Temperatura 36,5-37°,4. Bacilos (E. G. II). Bom estado geral.

Quadro leucocitário :

14800-0-3-0-0-5-67-24-1.

Índ. 1713,4                      L<sub>1</sub>M : 24.

Sed. : 16,2.

XXVI — A. S., 22 anos. Tuberculose úlcero-caseosa localizada de um terço superior do pulmão esquerdo. Bacilos (E. G. II). Ausência de tosse, expectoração e febre.

Quadro leucocitário :

5200-1-1-0-2-9-64-20-3.

Índ. 175,8                      L<sub>1</sub>M : 6,6.

Sed. : 5.

XXVII — M. C., 26 anos. Tuberculose úlcero-caseosa do pulmão

esquerdo. Temperatura 36,5-37°,5. Muita tosse e expectoração. Bacilos (E. G. II)

Quadro leucocitário:

10800-0-3-0-1-13-50-25-6

Índ. 1/3,1                      L/M: 4,1.

Sed.: 65.

XXVIII — A. S. Tuberculose úlcero-caseosa extensiva ocupando todo o pulmão esquerdo, com aderências da base; à direita ocupam a 1/2 superior. Temperatura 37-39° todos os dias. Muita tosse e expectoração. Bacilos: (E. G. IV).

Quadro leucocitário:

9800-0-0,7-0-1,4-27,4-42,4-23-4,7.

Índ. 1/1,4                      L/M: 4,8.

Sed.: 92,4.

Nova observação em 30-11-933, tres meses depois. Continua com muita tosse e expectoração, mas melhor estado geral e local.

Quadro leucocitário:

12600-0-1-0-0-4-69-22-4.

Índ.: 1/17,1                      L/M: 5,5.

Sed.: 32.

XXIX — D. F., 31 anos. Tuberculose úlcero-caseosa do 1/3 superior do pulmão esquerdo e mais discretamente à direita na região inter-cleido-hilar. Temperatura 37-37°, 8 (E. G. III). Pouca tosse e pouca expectoração.

Quadro leucocitário:

4000-0-5-0-0-8-46-28-13.

Índ.: 1/5,7                      L/M: 2,1.

Sed.: 11.

XXX — M. A.. 25 anos, 12-9-933. Tuberculose úlcero-caseosa do terço superior do pulmão esquerdo e lobulo superior do pulmão direito.

Doente há 6 anos. Pouca tosse e pouca expectoração. Bacilos: (E. G. III).

Quadro leucocitário:

7400-0-4-0-0-4-39-45-8.

Índ.: 1/9,7                      L/M: 5,6.

Sed.: 73,7.

XXXI — J. C., 53 anos, 13-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa do

terço superior do pulmão direito e do pulmão esquerdo. Pouca tosse e pouca expectoração. Temperatura normal.

Quadro leucocitário :

8200-0,6-4,1-0-1,3-9,6-44,1-30,3-9,3.  
Índ. : 1/4                      L<sub>1</sub>M : 3,1.  
Sed. : 3,5.

XXXII — D. D., 25 anos. Tuberculose úlcero-caseosa do terço superior do pulmão direito. Doente há dois anos. Hidro-pneumotorax. Pouca tosse e pouca expectoração. Bacilos (E. G. IV). Ausência de febre.

Quadro leucocitário :

8800-0,5-4-0-2-10-58-20,3-5.  
Índ. : 1/4,8                      L<sub>1</sub>M : 4.  
Sed. : 42,5.

XXXIII — J. P., 40 anos, 15-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa dos dois terços superiores do pulmão direito. Temperatura 37,5-38,5 Tosse e expectoração. Bacilos (E. G. V).

Quadro leucocitário :

13400-0-3-0-0-15-26-53-3.  
Índ. : 1/2                      L<sub>1</sub>M : 18.  
Sed. : 92,5.

XXXIV — D. C., 29 anos, 14-6-933. Tuberculose úlcero-caseosa dos dois terços superiores do pulmão direito e do terço superior do pulmão esquerdo. Laringite da mesma natureza. Muita tosse e expectoração. Temperatura 37,5-38,5°. Mau estado geral.

Quadro leucocitário :

10000-0-0-0-1,6-21,3-35-33,3-8,3.  
Índ. : 1/1,5                      L<sub>1</sub>M : 4.  
Sed. : 58,7.

XXXV — M. G., 27 anos, 23-1. Tuberculose úlcero-caseosa do terço superior do pulmão esquerdo. Pouca tosse e expectoração. Ausência de febre.

Quadro leucocitário :

13.200-0,3-3,8-0-2,3-5-60-24,8-4.  
Índ. : 1/8,2                      L<sub>1</sub>M : 6.

Repete-se a observação em 17-2. Mesmo estado clínico.

Quadro leucocitário :

9800-0-2,3-0-0-2,3-61,2-32-2,3.  
Índ. : 1/26,6                      L<sub>1</sub>M : 13,9.

Nova observação em 17-3. Aumentou 2 kg. Bom estado geral.  
Quadro leucocitário:

9600-0-1,1-0-0-4-1-63,2-28,5-1,1.

Índ.: 1715,4                      L<sub>1</sub>M: 16,7.

XXXVI — J. G., 34 anos, 24-1. Tuberculose úlcero-caseosa ocupando o terço superior do pulmão esquerdo e caverna central do tamanho de uma nós. Temperatura 37-37,5° Laringite da mesma natureza. Pouca tosse e expectoração. Bacilos (E. G. III).

Quadro leucocitário:

9.400-0-1,3-0-0,6-15-44,8-22,14-4.

Índ.: 172,9                      L<sub>1</sub>M: 1,5.

XXXVII — J. A., 33 anos. Tuberculose úlcero-caseosa torpida ocupando os dois terços superiores do pulmão esquerdo e infiltrando discretamente a região inter-clóido-hilar. Anorexia. Pouca tosse e expectoração. Grande emagrecimento.

Quadro leucocitário:

7.000-0-3,8-0-27,19,6-50,5-18-5,2.

Índ.: 172,2                      L<sub>1</sub>M: 3,5.

XXXVIII — M. C., 48 anos, 26-1. Tuberculose úlcero-caseosa. Lesões ocupando o lóbulo superior do pulmão direito. Alguma tosse e expectoração. Temperatura, 37-37,4. Pêso 58 kg.

Quadro leucocitário:

10.400-0-2-0-2,8-12,9-61,3-28-2,7.

Índ.: 173,9                      L<sub>1</sub>M: 10,3.

Um mês depois outra observação, em 23-2. Menos tosse, mais apetite, melhor pêso 59,200 kg. e melhor estado geral.

Quadro leucocitário:

900-0-3,2-0-0-8,6-60,8-22,8-4,3.

Índ.: 177                      L<sub>1</sub>M 5,3.

Terceira observação em 23-3. Menos pêso, mais tosse e expectoração e menos apetite. Temperatura um pouco mais elevada.

Quadro leucocitário:

6800-0-1,8-0-0-12,2-58,2-24-4-3.

Índ.: 174,7                      L<sub>1</sub>M: 8.

XXXIX — A. M., 63 anos, 1-2. Tuberculose úlcero-caseosa do

terço médio do pulmão esquerdo. Temperatura 37,5-38°,5. Bacilos (E. G. II). Tosse e expectoração.

Quadro leucocitário:

11200-0,5-1,5 0-0-4,6-68,4-22,3-1,9.

Índ. 1/14,9 L<sub>7</sub>M: 11,7.

XL -- J. M., 54 anos, 9-2. Tuberculose úlcero-caseosa ocupando todo o pulmão esquerdo. Bacilos (E. G. III). Pouca tosse e pouca expectoração. Temperatura 37-38°.

Quadro leucocitário:

9200-0,4-0,9-0-1,9-15-39,8-30,5-11.

Índ. 1/2,3 L<sub>7</sub>M: 2,7.

XLI -- A. C., 20 anos, 16-2. Tuberculose úlcero-caseosa do lóbulo inferior do pulmão direito, com grande caverna na base. Bom estado geral. Não há tosse nem expectoração. Temperaturas normais.

Quadro leucocitário:

6000-0-2,5-0-0-4,5-58-29,6-5,1.

Índ. 1/12,8 L<sub>7</sub>M: 5,8.

Nova observação em 4-5. Mesmo estado pulmonar e geral.

Quadro leucocitário:

7600-0-1,4-0-0-4,3-61,9-29,4-2,8.

Índ. 1/14,3 L<sub>7</sub>M: 10,5.

XLII -- A. M., 28 anos, 30-3. Tuberculose úlcero-caseosa ocupando todo o pulmão esquerdo e a região peri-hilar direita. Laringite. Muita tosse e expectoração. Anorexia, emagrecimento. Temperatura 37,5-38°,5. Bacilos (E. G. VI).

Quadro leucocitário:

11600-0,5-2,7-0-4,2-10,8-60-15,1-6,8

Índ. 1/8,6 L<sub>7</sub>M: 2,2.

Nova observação em 9-5, portanto dois meses depois. Peor estado geral. Sinais pulmonares mais evidentes. Menos pêso.

Quadro leucocitário:

9000-0-1-0-0-14-55-24-6.

Índ. 1/4 L<sub>7</sub>M: 4.

XLIII -- M. S. Tuberculose úlcero-caseosa ocupando todo o pulmão

esquerdo mais densas no terço médio. Laringite secundária. Tosse e expectoração. Anorexia. Temperatura 37-37°.

Quadro leucocitário:

7000-0-1-0-0-21-42-25-11.

Índ. 1,2                      L<sub>7</sub>M: 2,2.

XLIV — J. C., 43 anos. Tuberculose úlcero-fibrosa. Lesões do lóbulo superior do pulmão esquerdo. Bacilos (E. G. II). Nada de febre, de tosse ou expectoração.

Quadro leucocitário:

10.200-0-2-0-0-6-52-37-5.

Índ. 1,8,6                      L<sub>7</sub>M: 7,74.  
Sed.: 30,5.

Nova observação em 31-7, dois meses depois. Situação clínica e anatómica idênticas.

Quadro leucocitário:

9000-0,5-0,8-0-0-8,2-64-20-6,2.

Índ. 1,7,8                      L<sub>7</sub>M: 3,2.  
Sed.: 37.

XLV — M. M., 28 anos, 9-6. Tuberculose úlcero-fibrosa do pulmão esquerdo ocupa o lóbulo superior. Bacilos (E. G. II). Temperaturas sub-febris.

Quadro leucocitário:

11400-0-0,5-0-0,8-12,9-52,1-25,5-7,6.

Índ. 1,3,9                      L<sub>7</sub>M: 3,3.  
Sed.: 71,5.

Repete-se a observação dois meses depois. Aumento de 2 kg. Melhor estado geral. Temperaturas normais.

Quadro leucocitário:

9200-0-0,8-0-2-9,8-60,4-20,3-6,7.

Índ. 1,6                      L<sub>7</sub>M: 3.  
Sed.: 22,7.

Outra observação, em 30-11-933. Melhor. Aumento de pêso. Temperatura normal.

Quadro leucocitário:

7800-0-3,5-0-0-2,6-59,2-33,6-10,6.

Índ. 1,23,1                      T<sub>7</sub>M 3,1.  
Sed.: 9.

XLVI — E. S., 30 anos, 15-6-933. Tuberculose úlcero-fibrosa extensiva ocupando todo o pulmão direito. Bacilos (E. G. IV). Muita tosse mas pouca expectoração e febre 37,1-38°,6.

Quadro leucocitário:

9000-0-5,8-0-1-6-57,6-23,4-5,8.

Índ. 178,2                      L<sub>1</sub>M: 4.

Sed.: 32,2.

XLVII — A. F., 23 anos, 2-2-933. Tuberculose úlcero-fibrosa de um terço superior do pulmão direito. Muita tosse e pouca expectoração. Temperaturas normais. Bacilos (E. G. III).

Quadro leucocitário:

7400-0-2,4-0-0-12,5-60,3-20-4,6.

Índ. 175                      L<sub>1</sub>M: 4,3.

Sed.: 35,5.

XLVIII — J. C., 23 anos, 3-2-933. Tuberculose úlcero-fibrosa de um terço superior do pulmão esquerdo. Pouca tosse e pouca expectoração. Não há febre. Bacilos (E. G. II).

Quadro leucocitário:

14000-0,4-1,1-0-0-7,3-41,2-37,7-6,1.

Índ. 175,6                      L<sub>1</sub>M 6,1.

XLIX — M. T., 46 anos, 9-2-933. Tuberculose úlcero-fibrosa de um terço superior do pulmão direito Hemoptises nos últimos tempos. Pouca tosse e pouca expectoração. Não há febre.

Quadro leucocitário:

7200-0,7-1,8-0-0,7-5,3-46,7-41,8-2,6.

Índ. 177,7                      L<sub>1</sub>M: 16

L — S. C., 21 anos, 29-5-933. Tuberculose úlcero-fibrosa extensiva. Lesões da metade superior do pulmão esquerdo e da região peri-hilar direita. Aderências pleurais à esquerda. Bacilos (E. G. IV). Temperaturas normais.

Quadro leucocitário:

8600-1,6-0-1,6-8,3-58,3-23,3-6,6.

Índ. 175,8                      L<sub>1</sub>M: 3,5.

Sed.: 47,7.

Repete-se a observação em 18-7-933. Diminuiu de peso 1,300 kg. Estado local, igual aparentemente.

Quadro leucocitário:

6400-0-3-0-0-5-76,5-13,1-4,3.

Índ 1715,3                      L<sub>1</sub>M: 3.

LI — F. F., 37 anos, 29-5-933. Tuberculose fibrosa localizada na região inter-cloido-hilar direita. Pouca tosse e ausência de expectoração. Temperaturas normais. Actualmente baciloscopia negativa.

Quadro leucocitário:

6600-0-13-0-1-12-47-25-2.

Índ. 173,6                      L<sub>7</sub>M: 12,5.

LII — J. A. Tuberculose fibrosa na região inter-cloido-hilar direita. Temperatura 37-37,8. Pouca tosse e expectoração.

Quadro leucocitário:

8200-0-6-0-0-13-35-40-6.

Índ. 172,6                      L<sub>7</sub>M: 6,6.

Sed.: 40,5.

Outra observação em 30-11-933. Pior estado geral, temperatura 37-37,7. Menos pêso.

Quadro leucocitário:

8400-1,8-3,2-0-5,4 47,2-32,7-9,1.

Índ. 178,7                      L<sub>7</sub>M: 3,5.

Sed.: 3,5.

LIII — C. P., 42 anos, 14-6-933. Tuberculose fibrosa na região inter-cloido-hilar esquerda e paquipleurite na base do hemitorax esquerdo. Bacilos (E. G. III) em Outubro de 1932, mas agora baciloscopia negativa. Não tem tosse, expectoração ou febre.

Quadro leucocitário:

8400-0-3,3-0-0-8-5-0-35,3-3,8.

Índ. 176,2                      L<sub>7</sub>M: 9,8.

Sed.: 35.

LIV — B. F., 49 anos, 31-6-1933. Lesões fibrosas discretas nas regiões inter-cloido-hilar direita. Derrame pleural ocupando um quarto inferior. Não tem tosse, expectoração ou febre. Bacilos (E. G. I).

Quadro leucocitário:

7600-0-1,9-0-0-5,9-74,9-11,1-5,5.

Índ. 1712,6                      L<sub>7</sub>M: 2.

LV — A. M., 23 anos, 23-11-933. Tuberculose fibrosa da segunda região inter-cloido-hilar direita. Bacilos (E. G. I). Ausência de tosse, expectoração ou febre.

Quadro leucocitário:

9000-0-0,7-0-0-5-68,5-24,3-2,3.

Índ. 1713,7                      L<sub>7</sub>M: 10,5.

LVI — J. T., 15 anos Tuberculose fibrosa localizada na região inter-cloido-hilar direita. Pleurite na base. Não tem tosse, expectoração ou febre.

Quadro leucocitário:

8200-0-9-0-0-1,8-72-15,3-1,8.

Índ. 1,40 L/M: 8,5.

Nova observação em 12-11-933, seis meses depois, o mesmo estado.

Quadro leucocitário:

5000-0-3-0-0-5-72-17-3.

Índ. 1,14,4 L/M: 5,6.

LVII — J. R., 16 anos, 13-6-933. Tuberculose fibrosa na segunda inter-cloido-hilar direita. Temperatura 36,5-37,2. Ausência de tosse ou expectoração.

Quadro leucocitário:

4200-0-5-0-0-12-50-27-6.

Índ. 1,4,1 L/M: 4,5.

Sed.: 32,5.

LVIII — M. A. dos S., 35 anos, 26-5-933. Tuberculose fibrosa localizada, na região infra-clavicular direita. Ausência de febre, tosse e expectoração.

Quadro leucocitário:

9400-0-1,8-0-1-5,6-26-61,3-4

Índ. 1,73,9 L/M: 15,3.

Sed.: 32.

Vejamos agora como se comportam a reacção de sedimentação e a fórmula leucocitária dos nossos doentes.

Nos nossos dois casos de bronco-pneumonia caseosa, a reacção de sedimentação está de acôrdo com a clínica. O número de leucócitos não se afasta muito dos valores normais. Há ligeira leucocitose na observação I. O número de eosinófilos é normal numa das observações, e há aneosinofilia na outra. O hemograma mostra-nos um índice de desvio nuclear muito elevado e é normal a relação L/M. Nas observações de tuberculose úlcero-caseosa-extensiva (observações III a XX, e XXVIII, XXX, XXXI, XXXIV, XL, XLII, XLIII), a velocidade de sedimentação traduz-se por valores elevados, que estão em correspondência com o exame

clínico, mas na observação IV o índice de Katz é 4,5, o que está em desacôrdo.

Fizeram-se duas provas de sedimentação para as observações IV, V, VII, XII, XXVIII e XLII;

Observação IV .....	1.º exame	85,5	2.º exame	73,2
» V .....	»	87	»	85,5
» VII .....	»	87	»	73,7
» XII .....	»	37,5	»	14,1
» XXVIII .....	»	92,5	»	32
» XLII .....	»	45	»	53,2

Verifica-se concordância com a elevação clínica nas observações V, VII, XVIII e XLII.

Há leucocitose nas observações XII (10000), XIV (12200), XV (10200), XVI (12400), XXIV (12000), XXVII (10800) e XXXIV (10000).

Não parece que para êstes a gravidade exceda a daqueles casos em que não havia leucocitose. Há eosinopenia na maioria dos casos. Nas observações IV, V, VII, XII, XIV, XVI, XXVIII e XLII, os exames foram repetidos.

Observação IV .....	1.º exame	2	eosinófilos..	2.º exame	4,2
» V .....	»	1,3	»	»	3
» VII .....	»	3	»	»	2
» XII .....	»	3	»	»	2
» XIV .....	»	2	»	»	5
» XVI .....	»	1	»	»	1
» XXVIII .....	»	0,7	»	»	1
» XLII .....	»	2,7	»	»	1

Houve concordância com o estado clínico nas observações V, XIV, XXVIII, e XLII.

O índice de desvio nuclear afasta-se bastante do seu valor normal,  $1/16$ , na quasi totalidade dos casos; o seu valor é quasi sempre elevado, aproximando-se da unidade e atingindo  $1/0,7$  na observação IV. Nas observações com exames repetidos os índices modificaram-se da seguinte maneira :

Observação IV .....	1.º exame	1/0,7	2.º exame	1/1
» V .....	»	1/4,5	»	1/2,5
» VII .....	»	1/2	»	1/5,1
» XII .....	»	1/2,8	»	1/26,1

Observação XIV	1.º exame	1,351	2.º exame	1,19,6
» XVI	»	1,8,2	»	1,9,3
» XXVIII	»	1,1,4	»	1,17
» XLII	»	1,8,6	»	1,4

Os resultados são concordantes com a evolução clínica nas observações VII, XII, XVI, XXVIII e XLII.

Apenas em 9 observações a relação L/M é inferior à normal (III, V 2.º exame, VI, VIII 2.º exame, XIV, XV, XVI 2.º exame, XXXI e XLII); a relação está particularmente elevada nas observações VIII, IX, X, XI, XIV, 2.º exame e XVII. Os exames foram repetidos em 8 observações sendo estes os resultados :

Observação IV	1.º exame	4	2.º exame	5,3
» V	»	5,8	»	1,0
» VII	»	6	»	3,3
» XII	»	5	»	7,6
» XIV	»	1,3	»	31
» XIV	»	4,2	»	2,5
» XXVIII	»	4,8	»	5,5
» XLII	»	6,6	»	3,5

Houve concordância com a clínica nas observações V, XIV, XXVII e XLII.

Nos casos de tuberculose úlcero-caseosa localizada: observações XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXXII, XXXIII, XXXV, XXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX e XLI, a velocidade de sedimentação é francamente inferior à verificada nas formas extensivas de tuberculose úlcero-caseosa, na maioria dos casos.

Na observação XXII a prova foi repetida, apresentando a doente melhor estado geral, tendo a sedimentação descido de 28,2 para 20. O número de leucócitos está elevado nas observações XXV, XXVII, XXXIII, XXXV, XXXVIII, XXXIX e XLI em que há valores que excedendo 10000 não ultrapassam 15000.

Na observação XXXIX o número de leucócitos é de 4000.

Na observação XXXVIII, 2.º exame, doente melhorado; o número de leucócitos tinha baixado; no 3.º exame o valor era ainda mais baixo e o doente tinha piorado.

O índice de desvio nuclear afasta se do normal, mas os valores

não são tão elevados como nas observações de tuberculose úlcero-caseosa extensiva.

Nas observações XXXV, 3.º exame, XXXIV, XXI, XXII e XLI, os valores estão próximos de  $1/16$ .

No 3.º exame da observação XXXV o índice é de  $1/26,3$ .

Nalgumas observações encontram-se metamielócitos mas em pequeno número. Há uma certa neutropenia nalgumas observações como na XXII, 1.º exame, XXXV, 2.º exame, XXXVIII, 3.º exame. Há pelo contrário neutrofilia nas observações XXV, XXVI, XXXVII, XXXIV. Os exames foram repetidos nas observações XXII, XXXV, XXXVIII, XLI.

Observação XXII . . . .	1.º exame	1713,3	2.º exame	174,6	
» XXXV ..	»	178,2	»	1726,6	3.º exame 1713,4
» XXXVIII	»	173,9	»	177	» 174,7
» XLI. . . .	»	1712,8	»	1714,3	

O índice de desvio nuclear está de acôrdo com a clínica nas observações XLI, XXXV, XXXVIII. Na observação XXXV o índice modificou-se muito no 2.º exame, normalizando-se no terceiro, mostrando-se o doente melhor.

Os eosinófilos são representados por valores normais na quasi totalidade das observações.

Observação XXII . . . .	1.º exame	5	2.º exame	2	
» XXXV. . .	»	3,8	»	2,3	3.º exame 1,1
» XXXVIII.	»	2	»	3,2	» 1,8
» XLI . . . .	»	2,5	»	1,4	

Houve concordância com a clínica na observação XXXVIII.

A relação L/M apresenta valores elevados numa grande parte das observações; o valor mais elevado que se registou foi de 64 e o mais baixo 1,5.

Observação XXII . . . .	1.º exame	4,6	2.º exame	31	
» XXXV . . .	»	4	»	3,9	3.º exame 16,7
» XXXVIII.	»	10,5	»	5,3	» 8
» XL. . . . .	»	5,8	»	10,5	

Houve concordância com a clínica nas duas primeiras observações.

Tuberculose úlcero fibrosa.

Sedimentação: os valores encontram-se compreendidos entre 30 e 40 excepto na observação XLV. Repetiram-se os exames nas observações XLIV e XLV com os seguintes resultados:

Observação XLIV . . . .	1.º exame	30,5	2.º exame	37
» XLV . . . . .	»	71,5	»	22,77 3.º exame 9

O primeiro doente manteve-se estacionário e o segundo melhorou. Ha discreta leucocitose à excepção de 3 casos com o número de leucócitos normal. Na observação XLV o número de leucócitos baixou nos dois exames seguintes: Há eosinofilia na observação XLVI.

Observ. XLIV.	1.º exame	2	oesinófilos	2.º exame	0,8
» XLV .	»	0,8	»	»	0,8 3.º exame 3,5
» L . . . . .	»	1,6	»	»	3

O primeiro doente manteve-se estacionário, o segundo apresentava pior estado geral e o terceiro melhorou. Houve concordância na última observação.

O desvio nuclear é menos pronunciado; falta no terceiro exame da observação XLV e no segundo exame da observação L.

Observação XLIV . .	1.º exame	17,8,6	2.º exame	17,7,8
» XLV . . . . .	»	17,3,9	»	17,5,1 3.º exame 17,23,1
» L . . . . .	»	17,5,8	»	17,15,3

Há acôrdo com a clínica na observação XLIV e L.

Na observação XLV, 2.º exame, XLVII e L 2.º exame, há neutrofilia. A relação L/M está elevada e comporta-se da seguinte maneira nos exames repetidos.

Observação XLIV . . .	1.º exame	7,4	2.º exame	3,2
» XLV . . . . .	»	3,3	»	3 3.º exame 3,1
» L . . . . .	»	3,5	»	3

Houve acordo com a clínica nas observações XLV e L.

Tuberculose fibrosa localizada: Observações de LI a LVIII. A sedimentação nas observações LI, LII, segundo exame LV é normal.

Na observação LII, primeiro exame — 20,5 — 2.º exame — 3,5.

O doente piorou. Há eosinofilia nas observações LI, LII, LVI e LVII. Na observação LI o doente piorava, baixou o número de eosinófilos de 6 para 3,2. Os eosinófilos baixaram de 9 para 3 na doente LVI que se manteve estacionária. O índice de desvio nuclear está próximo do normal nas observações LIV, LV e LVI segundo exame.

Observação LII.....	1.º exame	17,6	2.º exame	18,7
» LVI	»	»	»	14,4

Há discordância com a clínica nas duas observações.

A relação linfocito-monocito está particularmente elevada nas observações LI, LV, LVIII. Na observação LIV o seu valor é baixo.

A doente tinha derrame pleural.

Na observação LII a relação L/M baixou, a doente tendo piorado; baixou igualmente na observação LIV, a doente manteve-se estacionária.

## CONCLUSÃO

Realizamos em 58 tuberculosos a fórmula leucocitária registando-a segundo o hemograma de Schilling e inscrevemos para cada observação o índice de desvio nuclear e a relação linfocito-monocitária; a técnica de coloração utilizada foi a de May Grunwald-Giemsa.

Destes 58 doentes, 2 apresentavam bronco-pneumonia caseosa, 25 tuberculose úlcero-caseosa-extensiva, 16 tuberculose úlcero-caseosa-localizada, 7 tuberculose úlcero-fibrosa extensiva e 8 tuberculose fibrosa localizada.

A prova de sedimentação das hemácias foi realizada em 37 destes doentes, dos quais dois pertenciam à primeira daquelas formas anatomoclínicas, 19 à segunda, 10 à terceira, 4 à quarta e 4 à quinta.

A prova de sedimentação das hemácias parece traduzir mais fielmente o estado clínico dos doentes; duma maneira geral os valores elevados correspondem a formas graves e às formas benignas correspondem valores baixos.

A fórmula leucocitária mostra-se nos como elemento de menos

valor; são frequentes as observações em que há discordância com o estado clínico.

Nas fórmulas úlcero-caseosas-extensivas há duma maneira geral eosinopenia, havendo aneosinofilia numa das observações de bronco pneumonia-caseosa.

Nas formas graves encontramos com frequência valores elevados para o índice de desvio nuclear, notando-se nalgumas observações o tipo predominantemente degenerativo.

A relação L/M não se revela elemento de interesse.

Nas formas fibrosas verifica-se uma certa tendência para a normalização do quadro leucocitário. Parecem-nos de maior valor os exames em série a avaliar pelo restrito número de observações em que os exames puderam ser repetidos.

A tendência para valores normais da velocidade de sedimentação e da fórmula leucocitária traduz com certa frequência evolução favorável.

## BIBLIOGRAFIA

A. DE MORAIS SARMENTO — *Alguns elementos de prognóstico da tuberculose pulmonar e sua critica* — Coimbra Médica — Janeiro de 1935.

BALACHOWIKI — *Le Sédio* — Tassomètre.

BENJAMIN BROOK — *The rôle de leucocyts in tuberculosis* — *The American Rev. of Tub.* 1930 n.º 6.

CLAUDE — *Coagulation plasmatique et sedimentation spontanée* — Thèse de Paris 1925.

CORDIER — Degeorges et Levrat — *Sur le pronostic en tuberculose pulmonaire: valeur des procédés de laboratoire.* (Soc. Méd. des Hôp Lyon, 7 Décembre 1927.

CORDIER — *Choix et Panfique. Nouvelles recherches sur la sédimentation* ( Soc. Méd. des Hôp. Lyon 3 mars 1925.

DUFFY — *Activité de la tuberculose pulmonaire déterminée par un étude comparée des radiogrames, la sédimentation et les réactions leucocytaires.* — *Tuberculose* Novembro 1932.

DUMONT — *A propos de la vitesse de sédimentation dans la tuberculose active* (Rev. de la Tub. n.º 4, août 1926).

ATCHEBERRY BONEO — *Sindrome somatico en la tuberculosis pulmonare.*

GILBERT, TZANK ET CABARIS — *C. R. de la Société de Biologie* 7 de Março 1926.

J. TOMCADE — *Contribution à l'étude de la sédimentation des hématies dans la tuberculose pulmonaire* — Thèse de Bordeus, 1928.

J. ALBERT WEIL — *Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. Esquisse d'une conception*

*nouvelle des processus pathogéniques de la tuberculose* — Thèse de Strasbourg, 1931.

MELLVILLE DUNLOP — *The prognostic value of the blood sedimentation test in tuberculosis*. Edimbourg. *Medical Journal* 1930, n.º 3.

MEYER — *Variations morphologiques du sang des tuberculeux* (*Rev. de hygiène y tuberculosis* n.º 213, 28 de Fevereiro 1926).

M. REALE — *Recherches cliniques comparatives sur la réaction de sédimentation des globules rouges et sur la formule leucocytaire dans la tuberculose respiratoire*, n.º 1, 1933.

PAPANICOLAU ET WEILER — *La V. S. dans la colapsothérapie*. *Paris Médical*, 19 de Novembro 1928.

POPERT ET KEINDLER — *Presse Médicale*, 1929, n.º 101.

STEPHANI TH ET J. — *Les variations de la formule d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire et leur valeur pronostique*. (*Rev. de la Tub.* n.º 2-1924).

SANCTIS MONALDI — *Variations du rapport des Lymphocytes-Monocytes dans la infection expérimentale du cobay : et par le bacille tuberculeux l'ultravirus et le B. C. G. Considérations sur l'origine des monocytes* *Annales de l'Institut Pasteur*, Janeiro 1930.

## FUNÇÕES DO SISTEMA DIENCÉFALO-HIPOFISÁRIO

### I

#### Breves reflexões sôbre alguns dos novos aspectos do problema hipofisário

##### A glândula diencefálica — nova formação endocrina

POR

OLIVEIRA E SILVA

Assistente da Faculdade de Medicina (1)

### CAPÍTULO I

#### Considerações gerais e breve resenha histórica

Quem, em lora irreflectidamente, seja levado ao contacto da intensa laboração científica de que o estudo da Hipofise tem sido objecto, e cuja importância se lhe deduzir pelos milhares de trabalhos que então se lhe oferecem, por certo, não deixará de sentir-se possuído dum sentimento de admiração e justificado espanto ao contemplar as dimensões do edificio, assim gigantesco, que a labuta ingente de numerosos obreiros vai construindo para a guarda de tão copiosa bagagem, movido pelo vivo impulso, logo formado, de conhecer as razões determinantes dum tão notável movimento científico, vai embrenhar-se rapidamente nos seus vastos domínios, procurando liberta-las e bem comprehende-las, e, após um curto olhar de relance, estará de posse dos bem poderosos motivos dêsse singular interêsse e dessa tão viva atracção.

Feita uma primeira análise e uma primeira arrumação metódica das matérias para uma destrição de planos de estudo, e dispostos, em agrupamento mais ou menos harmonico, os trabalhos

---

(1) Bolseiro da Junta de Educação Nacional e subsidiado pelo «Fundo Sá Pinto».

mais estreitamente relacionados com a fisiologia dêste misterioso órgão, mais e mais cresce o empenho no sentido dum imediato conhecimento do seu papel e da sua utilidade, pois a simples enumeração das rúbricas que se contem neste conjunto, a que a índole fisiológica imprime unidade, é de molde a precipitar sofregamente o estudioso, por forma a apoderar-se com certa avareza, do seu conteúdo tão original como inesperado.

\* \* \*

E' que, com efeito, ainda que nos detenhamos apenas dentro dos rigorosos limites que os métodos experimentais traçaram à hipofise, é bem fácil, hoje, preencher quasi toda a latitude do seu âmbito, com um número considerável de capítulos preciosos, constituídos precisamente por funções das mais importantes, das mais delicadas e subtis, e das mais complexas quanto ao seu determinismo e efectividade dos respectivos mecanismos.

A-pesar-de os estudos com carácter verdadeiramente científico sobre a hipofise datarem de menos de meio século, a situação que ocupa actualmente, em especial no complicado arranjo dos órgãos endocrinos, é de dominadora hegemonia, criada sobretudo pela notável actividade dos investigadores que nos últimos sete anos se teem interessado, com disvelado carinho, do seu estudo.

\* \* \*

Se não quisermos recuar os conhecimentos sobre a hipofise, além de 1886, pois, antes dessa data, eram a Anatomia e a Embriologia as ciências detentoras do seu estudo, veremos que é a propósito de alguns estados neurológicos que Pierre Marie chamou acromegalia, que se inicia o período fisiológico dos seus estudos, tendentes a uma explicação patogénica, aliaz inexacta, dessa afecção.

Mas, se a princípio, o interesse de ordem neurológica constituiu absorvente preocupação dos investigadores, foi-se modificando progressivamente a evolução científica, de tal maneira que, na época presente, embora em nada tenha diminuído esse interesse, tomaram tamanho incremento os trabalhos de fisiologia pura, determinados pelo seu papel preponderante no sistema endócrino

e pela influência directa exercida sobre importantes núcleos da vida vegetativa, que bem podemos afirmar que a hipófise representa, na verdade, um centro tão importante de funções e correlações funcionais que as manifestações da sua influência se encontram sempre ao procurar resolver a quasi generalidade dos mecanismos das grandes funções da vida nos Vertebrados e em especial no Homem.

### FUNÇÕES DA HIPOFISE

Seja qual fôr o critério escolhido para uma classificação metódica das numerosas funções da hipófise, nenhum será isento de motivos de censura.

Embora não seja, para o momento, intenção nossa encaminhar o estudo das funções da hipófise no sentido duma rigorosa dependência de particularidades estruturais das diferentes partes do complexo tubero-infundibulo-pituitário, desde já, deixamos vincado que essa é a orientação firme—ainda a que acarrete maiores entraves — a seguir no futuro das investigações experimentais.

No entanto, encontramos-nos mais ou menos autorizados a estabelecer, para já, uma distinção quanto ao subtractum das funções do sistema diencéfalo-hipofisário, podendo, para êsse efeito, considerar, a um lado o grupo das que tem por suporte anatómico o lobo anterior ou cromófilo, e no outro, o agrupamento funcional que assenta sobre o lobo, nervoso, a *pars tuberalis* e o diencéfalo e que, em rigor, constituem o verdadeiro sistema diencéfalo-hipofisário.

Reservamos para outra oportunidade o necessário desenvolvimento desta questão, mas pretendemos exprimir a opinião de que a ausência de fenda hipofisária não implica — pelo menos no Homem e na maioria dos mamíferos empregados no laboratório — a inexistência duma zona, de extensão variável, equivalente à *pars intermedia* dos animais providos de fenda, em continuidade também com a *pars tuberalis*, e tomando parte na constituição anatómica do aparelho hipofiso-tuberiano.

#### Funções do lobo anterior

No primeiro grupo, assim formado, ocupam uma posição notavelmente sobranceira, as funções que a hipófise exerce na esfera da sexualidade.

Embora desejemos limitar-nos simplesmente—por compatibilidade com os limites dêste artigo —, a uma breve enumeração das suas funções mais salientes, não devemos restringir a êsse ponto as que tocam às questões da sexualidade.

As relações entre a hipofise e os órgãos sexuais eram conhecidas desde longa data, no campo experimental, sobretudo por Cushing, Biedl e Aschner, e no domínio clínico, especialmente a partir de 1901, com os estudos de Babinski e Fröhlich sôbre o síndrome adiposo-genital.

Até 1926 os resultados das investigações, sobretudo de Alexandre Lipschütz, acêrca do determinismo da *lei da puberdade* e da *lei da constância numérica folicular*, deixavam em suspenso o conhecimento dessas causas que era necessário procurar fora dos órgãos sexuais e a que êste autor fêz corresponder as chamadas «substâncias X».

E' a partir desta data que se tornam conhecidos os factos de maior relevo e importância sôbre as relações hipofiso genitais, devidos aos trabalhos, tão brilhantes como fecundos, de Long e Evans, Zondek e Aschheim, P, Smith.

Bem perto de nós inicia-se uma das fases mais gloriosas para as ciências biológicas em geral e em especial para as ciências médicas. Os factos, então postos em destaque e profusamente desenvolvidos por uma valorosa pleiade de investigadores, devem ser guindados à alta categoria dos fenómenos essenciais da vida, ao lado dos resultados positivos acêrca do valor dos cromosomas no mecanismo da hereditariedade e do sexo.

Com os trabalhos iniciais dos autores apontados, da América do Norte e da Alemanha, e pelo esforço continuado, por êles e, entre muitos outros, por Allen, Andersen, Aron, Bellerby, Benoit, Brouha, Collin Desclin, Dixon, Engle Hauptstein, Houssay, Kallas, Lipschütz, Novelli, Paez Shapiro, Steinach, Thales Martins, Watrin, etc., organizou-se, em moldes definitivos, uma íntima associação funcional a que Brouha chamou últimamente e com muito justificados motivos, o sistema hipofiso-genital.

E', com efeito, um sistema cujos elementos estão relacionados, por uma estreita interdependência que se define pelas modificações histológicas e funcionais reciprocamente determinadas pelas alterações de qualquer deles.

Mesmo neste sistema, e embora sujeita às alterações possíveis

dos órgãos sexuais, à hipofise cabe um bem marcado predomínio, pois, se o conjunto das manifestações na esfera da sexualidade é provocado directa e imediatamente pelas hormonas sexuais, a verdade é que pertence à hipofise — pelo lobo anterior — o comando da sua produção, porquanto dela depende a conservação do estado anatómico e a integridade funcional dos órgãos sexuais produtores desses hormonas. Foi o facto capital, empolgante que as investigações posteriores a 1926 nos vieram trazer ao mesmo tempo que a solução de algumas incógnitas que obscureciam os problemas da sexualidade.

No sistema hipofiso-genital devemos, do mesmo modo, incluir o grupo de funções que a hipofise exerce sobre a glandula mamária, grupo hoje bem delimitado e bem estudado nos seus mecanismos de acção, sobretudo após os trabalhos de Arciniega, Gainer, Gavin, Grueter, Hammond, Kaufman, Nelson, Effner, Stricker, e os da escola de Nancy que acaba de contribuir (1) com factos da maior importância para a solução destes problemas que tão intimamente ligam a hipofise à gestação e à lactação que, no termo daquela, se estabelece

\* \* \*

Analogamente, poderemos considerar um sistema hipofiso-tiroideu, pois a hipofise é indispensável à integridade anatómica e funcional da glândula tiroideia, como decisivamente o atestam os trabalhos de Aron, Anderson, Biasotti, Caulaert, Houssay, Kojima, Krogh, Loeb, Lucien, Magzocco, Okkels, Parisot, Simpson, Schwastzbach, Uhgenhult, etc. que simultaneamente nos informam que a hipofise oferece bem apreciáveis modificações anatómicas e estruturais, quando o aparelho tiroideu tenha sido afectado, mais ou menos profundamente a título experimental ou como consequência de qualquer estado mórbido, como foi verificado, com toda a precisão, já em 1886, por Rogowitch.

---

(1) Weis — Contribution à l'étude histologique de la glande pituitaire du cobay, à l'état normal au cours de la gestation et dans le post-partum. (Thèse de Nancy, 1934, G. Thomas, édit.)

Atendidos os motivos que definem a importância respectiva dos órgãos sexuais e do aparelho tiroideu, a situação de paralelismo entre o sistema funcional hipofiso-genital e o hipofiso-tiroideu é evidente.

O mesmo não podemos afirmar relativamente ao aparelho suprarrenal e à paratiroideia, pois seria bem prematura uma sistematização das interrelações funcionais da hipófise e destes dois órgãos endócrinos, embora estejamos de posse de alguns dados experimentais e anatomico-patológicos, de indiscutível valor.

\* \* \*

De singular relêvo são também os resultados dos brilhantes trabalhos da notável escola de Fisiologia de Buenos Aires que, com Houssay, Biasotti, Mazzocco, Benedetto, Rietti, criaram um dos mais interessantes capítulos da fisiologia das correlações glandulares e sugeriram novos e importantes caminhos à fisiopatologia e à clínica dos estados diabéticos.

Com êles e, entre outros, com Guillaumin, Képinov, Kojima, Marañon e Orias, somos levados a novas considerações no domínio da fisiologia endopancreática e, em especial, a encarar os novos pontos de vista que as relações entre a hipófise anterior e a insulina nos oferecem.

Muito diferente do teor dos agregados funcionais estudados, o conjunto das relações estabelecidas entre o pâncreas endócrino e a pituitária define uma situação de antagonismo mais ou menos formal e, portanto, num estado de equilíbrio dinâmico de natureza hormonal típica, com as características inerentes a associações deste género.

\* \* \*

Em íntima correlação com a fisiologia endopancreática, o estudo do metabolismo dos hidrocarbonados, das gorduras e das substâncias proteicas ocupou igualmente a atenção e a actividade dos investigadores já citados e de outros como La Barre, Baudouin, Becht, Benetato, Braier, Campbell, Clark, Claude, Cushina, Draganesco, Geiling, Keeton, Jacobson, Marinesco, Nitzescu, Olmsted, Porak, Weed, Zunz, etc., que assim alargaram consideravelmente o âmbito dos delicados problemas da nutrição.

Também o capítulo do metabolismo basal, tanto em voga após os importantes trabalhos das escolas norte-americanas, foi motivo duma apreciável contribuição científica por parte de autores como Bernhardt, Castex, Chaovitch, Gavriła, Houssay e colaboradores, Nitzescu, Schteingart, etc.

Não escapou, igualmente, a questão tão interessante do metabolismo das substâncias minerais da composição normal dos plasmas sanguíneos, nem o complexo problema da físico química dos humores.

Se considerarmos, por último, o papel do lobo anterior nos fenómenos de metamorfose e as funções que primeiramente lhe foram atribuídas e com as quais, num critério cronológico estrito, deveríamos abrir o longo capítulo que estamos delimitando, concluímos que, com o seu papel no crescimento em geral e com o seu poder antitóxico, fica amplamente traçado o singelo quadro de possibilidades funcionais que caracterizam e elevam o lobo antehipofisário a um extremo grau de importância fisiológica.

### Funções do sistema diencéfalo-hipofisário própriamente dito

Focando, em seguida, e sob uma orientação meramente esquemática, o agrupamento de funções que cabe ao verdadeiro sistema diencéfalo-hipofisário, não desejamos de momento, entrar na discussão do problema mais complexo que se contém no vasto âmbito dos estudos hipofisários, o que consiste em fazer uma discriminação, mais ou menos rigorosa, da contribuição própria às formações glandulares — *pars intermedia*, *pars diencefálica* — e ao conjunto formado pelo hipotálamo, infundíbulo e núcleo glio-nervoso da posthipofise.

A despeito do seu menor número, não são menos interessantes as funções que desempenha este sistema.

É certo que a feição nitidamente dominante nos estudos sobre o lobo posterior tem sido a de índole farmacodinâmica, pois os importantes trabalhos de Oliver e Schäfer, em 1895, marcaram o começo duma era das mais brilhantes para a Farmacologia das secreções internas e, mais ainda, para a opoterapia endocrínica.

Os trabalhos com um acentuado cunho fisiológico são muito posteriores, tendo sido principalmente com Camus e Roussy, em

1913, que se inaugura, e com extraordinário êco, a fisiologia do hipotálamo.

É também digna de registo a contribuição que a clínica traz para o conhecimento da fisiologia e fisiopatologia dêste sistema, bem descrevendo e caracterizando alguns sindromas hipofiso-tubercianos e permitindo um certo número de aproximações e uma razoável integração com os dados experimentais e farmacológicos.

\* \* \*

O que resulta de definitivamente estabelecido como consequência da notável actividade científica dos numerosos investigadores, entre os quais mencionamos apenas Aron, Becht, Camus, Cau-laert, Collin, Cushing, Dixon, Drouet, Ehrhardt, Foix, Giusti, Goetsch, Le Grand, Halliburtou, Houssay, Marinesco, Mestrezat, Nicolesco, Roussy, é um agregado funcional em que sobressaem com a maior evidência as funções vasodinâmicas, as de regulação do metabolismo da água e das gorduras, e das quais devemos aproximar as acções farmacodinâmicas exercidas, sobre os órgãos de fibras musculares lisas e o belo capítulo das acções ocitócicas das preparações post-hipofisárias.

Há a considerar ainda as relações dêste sistema com as funções hipnicas, com a regulação da temperatura e a produção de substâncias melanóforo-dilatadoras.

Embora queiramos limitar-nos a um resumido enunciado de funções a estudar em trabalhos anteriores, não podemos abster-nos de considerar que o estudo do sistema diencéfalo-hipofisário envolve necessariamente o da fisiologia dos núcleos ou centros hipotálâmicos em estreita solidariedade com a glândula pituitária.

Á fisiologia hipofiso-diencefálica, está interessando urgentemente o mecanismo das funções vegetativas — modeladas e ritmadas pelos processos secretórios pituitários? — postas em jôgo pelos núcleos próprios do tuber, periventriculares e pelo núcleo langencial, êste último directamente relacionado com a hipofise por intermédio do *tractus supraóptico-hipofisário*, primeiro descrito por Cajal.

Com a extrema importância assumida pelas funções da vida vegetativa, pelo interêsse num mais perfeito conhecimento dos dispositivos anatómicos que lhe servem de suporte, compreendemos bem qual seja o empenho em resolver o lugar que cabe a êsses

núcleos hipotalâmicos na organização vegetativa onde Danielopolu, entre outros coloca o chamado centro coordenado diencefálico, capaz de influir no sistema simpático.

Conhecidas as relações dos núcleos tuberianos com o tálamo e o corpo estriado, vemos crescer a complexidade do problema e o interesse pela sua solução, mas antevemos, entretanto, que a fisiologia do sistema diencéfalo-hipofisário representa apenas alguns dos elementos duma intrincada concatenação funcional com sede no eixo encéfalo-medular.

É ao nível dos núcleos supraóptico e retroquiasmático que, no cão, adquire proporções mais definidas a **glândula diencefálica**, circunstância que devemos aproximar do facto das relações anatómicas estabelecidas entre estes núcleos e o lobo posterior da hipófise.

(*Continúa*)

## NOTAS CLINICAS

### **Reumatismo crónico**

(Esbôço étio-patogénico e clínico)

(CONTINUAÇÃO)

Factores secundários influenciam, uns a artrite, outros, a artrose, e alguns, os dois tipos lesionais. A infecção e a degenerescência articulares têm repercussão sobre alguns elementos do metabolismo.

No reumatismo crónico coexistem frequentemente perturbações em outros sistemas e aparelhos. Em trabalhos recentes demonstra-se existir características patogénicas e patológicas do reumatismo crónico, de valor, pelo esclarecimento que prestam à clínica desta afecção e pelas consequências terapêuticas.

Operam como factores predisponentes e determinantes do reumatismo, o frio, as variações do estado higrométrico do ar, o traumatismo, o exercício, os desvios alimentares, a fadiga mental, a menopausa, as operações, as insuficiências endocrinas, a idade, as disfunções do simpático, as lesões nervosas, etc.

A acção do frio é dominante e de observação corrente; o frio actual, quer pelo despertar de estados infecciosos latentes, quer gerando perturbações circulatórias locais, de grande influência na génese de lesões degenerativas ou na localização bacteriana

O estado higrométrico do ar é susceptível de influir no aparecimento do reumatismo. Verifica-se nos E. U. da América que esta afecção é mais frequente nos meses de fevereiro a julho, precisamente aqueles, em que maior é a tensão do vapor de água da atmosfera.

O traumatismo accidental e profissional é causa secundária frequente da artrose e por vezes, da artrite, especialmente da tuberculosa.

É difícil relacionar a alteração endocrina com a génese do reumatismo. Afirmar Marañon existir reumatismo específico endocrino. A perturbação de uma glândula endocrina ou de muitas, pode contribuir poderosamente como factor adjuvante, modificando o terreno propi-

ciamente, para o aparecimento da lesão articular. Com efeito, é frequente o reumatismo nos hipotiroideos, nas insuficientes ováricas e nas mulheres em menopausa (Climateric Arthritis de Fox e Maraño); regista-se um síndrome doloroso osteo-muscular das raparigas púberes e cloróticas (Maraño), existem sinais de hiperpituitarismo em alguns doentes reumáticos; admite-se a relação entre o reumatismo e as perturbações do timus (Strecker) e a doença de Addison (Curschmann); finalmente, investigações recentes em certas poliartrites deformantes progressivas anquilosantes, demonstram a frequência da hipertrofia das paratiroides (Oppel, Leriche). A contribuição das insuficiências tiroideas e ováricas e da lesão paratiroide para a génese do reumatismo, é, hoje, admitida, em alguns casos, pelos reumatologistas.

\* \* \*

A lesão articular acompanha-se de perturbações de ordem geral, em regra de natureza nervosa, de lesões em outros órgãos e de alterações no metabolismo geral.

São frequentes, a instabilidade e a irritabilidade nervosas, a depressão e, por vezes, até, a melancolia, a neurastenia, a demência funcional, abalos musculares e a coreia. Igualmente não são raras as dermatoses em reumáticos (psoríases, surtos de urticária, erupções herpéticas, etc.), as choroidites e irido-ciclites, as lesões dos ossículos do ouvido. Na maioria dos doentes com lesões articulares, diz Pemberton, o colon é alongado ou dilatado, espasmódico ou ptosado, originando acentuada obstipação, de que o citado autor deduz determinada medida terapêutica.

O estudo do metabolismo dos reumáticos tem sido feito sob diferentes aspectos, verificando-se algumas modificações. Assim, o M. B. está frequentemente aumentado na artrite e, fóra dos surtos evolutivos, diminui à medida que a lesão envelhece, podendo então registar-se valores inferiores aos normais; na artrose, o M. B. não se modifica apreciavelmente. A uricémia está frequentemente aumentada (em 50% dos doentes com reumatismo gotoso); existe, em regra, ligeira insuficiência renal caracterizada pelo retardamento da eliminação da água e do cloreto de sódio. A hiperuricemia e a insuficiência renal parecem ser consequência do mesmo processo que gera o reumatismo e não elementos étio patogénicos da lesão articular.

Utilizando a prova da glicemia experimental, registou Pemberton, retardamento do metabolismo dos hidratos de carbonos, em 60% dos reumáticos; esta percentagem sobe a 75%, se se fizer a mesma prova com os doentes em decubito dorsal e os membros em posição vertical, afim de dificultar a sua irrigação sanguínea. Do insuficiente metabolismo dos hidrocarbonados, deduz o autor, aplicação dietética importante.

\* \* \*

A anemia dos músculos e das articulações, a vaso-constricção local, representam para os autores americanos, o mecanismo fisiopatológico das lesões do reumatismo crónico (1).

Pemberton, Pierce e Cajori verificaram que os capilares dos reumáticos crónicos são irregulares e apertados, que contêm menos sangue e a corrente sanguínea é nêles mais morosa que nos capilares dos indivíduos normais; a laqueação dos vasos que irrigam a rótula gera hipertrofia desta semelhante à do reumatismo hipertrófico; a temperatura cutânea, avaliada pela pilha termoeléctrica, denota nos doentes reumáticos, temperaturas inferiores ás dos indivíduos em estado de saúde; as mulheres têm menos hemoglobina e menos glóbulos vermelhos e nelas o reumatismo é duas vezes mais freqüente que no homem; verificou Pemberton e seus colaboradores que 44% dos reumáticos têm a 1.<sup>a</sup> gôta (2), e dos indivíduos normais, só 14% a possuem.

Por esta limitação da corrente sanguínea na articulação e músculos satélites e mais próximos, se explica a combustão reduzida da glicose. Diz Rosenow que a esta vaso-constricção se deve atribuir a localização bacteriana. Por êste mecanismo parecem actuar os factores adjuvantes, o frio e o traumatismo.

Finalmente, quasi todos os reumatologistas consideram o estado alérgico-anafilático, como elemento patogénico freqüente de certas artrites e artrite-artroses.

Baseiam seu critério em observações variadas e condizentes: 1 — a gôta caracterizada principalmente por perturbações degenerativo-metabólicas apresenta acessos paroxísticos dolorosos, inflamatórios, de aspecto anafilático pela génese e características clínicas (Morais Sarmiento, Marañon, Gudzent, etc.); 2 — artropatias séricas; 3 — coexistência de artropatia, asma, urticária e por vezes, insuficiência hepática; 4 — aparecimento brusco e duração, por vezes, fugaz da artrite; 5 — a cura da artrite pelos processos de choque e dessensibilização.

---

(1) De facto, admite-se, actualmente, ser o espasmo e a lesão capilar o início de muitos processos patológicos, nefrite, hipertensão arterial, etc.

(2) O autor diz que normalmente com uma picada profunda, a primeira gôta sanguínea tem, em indivíduos normais, mais 150.000 glóbulos rubros que a segunda, por os capilares periféricos estarem bem abertos; no reumático crónico, a 1.<sup>a</sup> gôta tem menos glóbulos rubros (até menos 1.000.000) por os capilares periféricos estarem reduzidos e fechados. Chama 1.<sup>a</sup> gôta, quando se verifica esta última hipótese.

\* \* \*

As lesões reumáticas da coluna vertebral, dos músculos e dos nervos têm alguns aspectos característicos e por êste motivo merecem referência especial.

O reumatismo da coluna vertebral pode esquematizar-se, no entanto, como o de qualquer articulação, nos tipos mencionados, isto é, *espondilite, espondilose, espondilite-espondilose*.

A espondilite — reumatismo anquilopoiético da coluna vertebral — manifesta-se por lesões que atacam inicialmente as articulações laterais e os ligamentos; a ossificação daquelas e dêstes fornece ao exame radiográfico, imagem bem característica com aspecto de cana de bambu, (bordos paralelos e regulares e nós regularmente dispostos). Como na artrite, a lesão pode evoluir durante muito tempo, ocupando só as partes moles, e sem fornecer qualquer sinal radiológico. Em regra, determina-se o agente infeccioso, gonococcus, bacilo tífico, bacilo da tuberculose, etc. A espondilite rizomelica de Marie-Strumpell é um caso de espondilite acrescida de lesões de artrite coxo-femural.

A espondilose caracteriza-se inicialmente por lesões do disco inter-vertebral, formação de osteofitos inclinados para baixo ou para cima, e mais tarde, por deformações acentuadas com estreitamento da parte central da vértebra, aproximando-se os rebordos; o menisco inter-vertebral pode desaparecer e originar-se a anquilose óssea. A imagem radiográfica da espondilose mostra as vértebras achatadas, os bordos destas, irregulares e festonados, e o aspecto de todo o rachis precisamente oposto ao da espondilite. É exemplo de espondilose, o reumatismo osteofítico lombar.

Finalmente, o reumatismo vertebral com características mixtas denomina-se espondilite-espondilose. É freqüente e começa, em regra, por manifestações de espondilite. A afecção designada por espondilite muscular de Beckerew é uma verdadeira espondilite-espondilose. As suas características radiológicas e clínicas, a influência etio-patogénica da diminuição da força muscular, do raquitismo, da miopia e, finalmente, a freqüência de acção do agente infeccioso, conferem à espondilite de Beckerew, atributos mixtos de lesão articular.

A sintomatologia clínica de reumatismo vertebral é reduzida: rigidez da coluna, dor espontânea e à pressão, dor que aumenta com a tosse e com o espirro. Por inflamação da dura-mater ou irritação mecânica por deformações ósseas no buraco de conjugação, são freqüentes as radiculites, predominando as cervico-braquiais (reumatismo gotoso) e as lombares (lumbalgia, sciática). No início dos processos patológicos, o diagnóstico entre o reumatismo vertebral e o mal de Pott pode ser difícil. Com efeito, o mal de Pott pode atingir indivíduos fóra da idade juvenil e, no início da afecção, existir apirexia e bom estado

geral; também a lesão pode apresentar o aspecto de inflamação difusa da vértebra sem qualquer sinal de destruição desta.

Por outro lado, a tuberculose pode gerar, ao nível das vértebras, o reumatismo tuberculoso com as características da espondilite. Por estes motivos, o diagnóstico pode ser impossível durante algum tempo.

É porém natural que na osteíte vertebral tuberculosa se registre, no exame radiográfico, achatamento da vértebra, abscesso e desgaste ósseo, sinais que não aparecem no reumatismo, mesmo no de natureza tuberculosa e são totalmente diferentes dos fornecidos pelas múltiplas deformações da espondilose.

\* \* \*

Abusa-se do diagnóstico de reumatismo muscular. É freqüente, o clínico, para fugir a dificuldades de diagnose, intitular de reumatismo muscular, síndromas dolorosos com séde em várias regiões do organismo.

Radiculites, celulites, nevralgias e várias afecções internas têm sido tomadas por reumatismo muscular.

Outras vezes, porém, quando fôr possível localizar a dor ao músculo, determinar alguma modificação, por ligeira que seja, no volume e tonus musculares, encontrar, pela apalpação, durezas musculares — *fibrosite* dos ingleses — e verificar um foco séptico, e ainda conhecer que, o doente se resfriara intensamente ou executara exercícios físicos de modo excessivo — podemos diagnosticar reumatismo muscular, do tipo miosite.

Inicialmente, pode não haver lesões anátomo-patológicas ou, pelo menos, o que existe, não ser observável pelos nossos meios de investigação.

Com este estado inicial do reumatismo se podem confundir as nevralgias simples, as nevralgias dos nervos musculares que podem ser a exteriorização da nevrose hiperalgésica — predisposição individual freqüente para as dores.

São os músculos do torax, nomeadamente os da região dorsal e nuca, os preferidos pelo processo reumatismal.

Dizem Thompson e Gordon que as fibrosites da parede abdominal, se excessivamente dolorosas, podem originar erros de diagnóstico com a apendicite e úlcera duodenal. Além destas durezas musculares inflamatórias, existe, segundo Schade e Lange, um estado especial do músculo — *miegelosis* — caracterizado por dor local, perda de elasticidade e aumento de consistência — consequência da alteração física-química da substância coloidal do músculo de que certos agentes, o frio, o traumatismo, o esforço exagerado, e as posições viciosas (especialmente o primeiro) são responsáveis. O reumatismo muscular pode, em resumo, ser infeccioso, gotoso, traumático ou provir da acção do frio.

A artrite tem como equivalente no músculo e na aponevrose, a miosite e a fibrosite; a *miegelosis* pode assemelhar-se, ainda que grosseiramente, à artrose.

\* \* \*

A relação da nevrite, com o reumatismo não está bem definida, todavia supõe-se que o processo reumático pode lesar o nervo (bainha ou parênquima). Apoiam esta hipótese a existência de nevrites em reumáticos crônicos, o aparecimento da nevrite e da artrite em períodos alternados.

Podem ainda, as formações anátomo-patológicas de natureza reumática, comprimir o nervo e originar fenômenos dolorosos. Êste processo e muitos outros em que não se encontram lesões anátomo-patológicas do nervo, são designados por nevralgias. Esta designação deve desaparecer num futuro próximo, porque a compressão gera depressa degenerescência do tronco nervoso, e as nevralgias, se não correspondem num determinado momento a lesão anátomo-patológica, são a seqüência de alterações física-químicas da substância nervosa que, no caso progressivo, depressa geram lesões anátomo-patológica. De resto, clinicamente, é, muitas vezes, impossível, a diagnose diferencial da nevrite com a nevralgia. A mesma sintomatologia clínica inicial, a verificação de hiperalbuminose e hiperlinfocitose raquideas em casos nítidos de nevralgia sciática pura, e, finalmente, a opinião da maioria dos neurologistas de que as designações clínicas de nevralgia e nevrite correspondem a estados evolutivos diferentes do mesmo processo (espasmo dos vasa-vasorum gerando perturbações nutritivas = nevralgia; arterite dos vasa-vasorum = nevrite) constituem elementos valiosos para excluir o termo nevralgia.

A nevrite pode, por vezes, ser de diagnóstico diferencial difícil com a miosite. De resto, é bem compreensível que na miosite, os nervos musculares tomem parte no processo inflamatório.

A funiculite é, com freqüência, lesão reumática, e é provocada ou pela compressão dos osteofitos ou pela extensão do processo lesional da espondilite ou espondilose.

A nevrite sciática, o lumbago, as nevrites cervico-braquial, suboccipital, crural e músculo-cutânea externa, interessam praticamente ao reumatologista pela freqüência com que se relacionam com o processo reumático. A etiologia (1) pode ser infécciosa (sífilis, blenorragia, reumatismo articular agúdo, gripe etc., e foco inféccioso, a distância, como na artrite); a nevrite pode ainda relacionar-se com processos de desvio metabólico, como na gota. São freqüentes os casos de nevrite sciática e cervico-braquiais, ora relacionadas com o reumatismo gotoso e que cedem ao atofan, ora com um foco inféccioso dentário e que curam

---

(1) Só me refiro à etiologia da nevrite, dentro do quadro etiológico do reumatismo crônico.

pela ablação deste. A nevrite crónico-braquial proveniente de um foco infeccioso dentário é particularmente freqüente na diabetes aglicosúrica.

O lumbago ora é dor paroxística, ora sensação dolorosa contínua; ora corresponde a lesões musculares, ora a lesões reumáticas vertebraes lombares. Freqüentemente é provocado por focos sépticos do baixo ventre da mulher (ovarite, anexite) e do homem (prostatite). Seja qual fôr o seu aspecto clínico, dôr continua ou paroxística, o lumbago pode curar pela extracção do foco infeccioso.

As nevrites sub-occipital, crural e músculo-cutânea, são de somenos interesse, mas por vezes têm etiologia reumática.

A nevrite músculo-cutânea acompanha muitas vezes a *morbus coxae senilis* e o pé chato.

Como elementos de diagnóstico das nevrites reumáticas devemos procurar os sinais próprios e característicos das afecções reumáticas, a etiologia do reumatismo crónico e a coexistência de lesões articulares.

M. BRUNO DA COSTA.

### **Soroprofilaxia (sôro-prevenção e sôro-atenuação do sarampo)**

Erradamente, sobretudo pela maioria dos leigos, é o sarampo considerado como uma doença benigna, sem a menor importância. Sucede assim, em regra, quando atinge as crianças de mais de quatro anos e os adolescentes e adultos bem conformados, aquelas e estes sem taras viscerais acentuadas e apresentando, muito raramente, complicações graves pela sua natureza, intensidade e localização. O contrário sucede, infelizmente, nas crianças de seis meses a dois anos e mesmo nas de mais idade quando débeis, raquiticas, sífilíticas, incapazes, enfim, por causas múltiplas, de se defenderem convenientemente (z). Numas e noutras, conforme as circunstâncias, está naturalmente indicada a soro-

---

(z) Dizendo-se que o sarampo fêz 1.000.000 de vítimas na Europa desde 1900 a 1910; que nos Estados Unidos da América do Norte «ocupa o terceiro lugar depois da difteria e da coqueluche» causando 100.000 mortes desde 1901 a 1920; que na França matou 31.000 crianças desde 1906 a 1913 (contra 25.000 pela coqueluche, 24.000 pela difteria e 10.000 pela escarlatina); que na Inglaterra, Alemanha e Itália a sua mortalidade entre 100.000 habitantes, nos anos de 1906 a 1913, foi ainda maior que na França (22 a 35, 21 e 21 a 34, respectivamente); que em Viena, enfim, desde 1907 a 1910 a sua letalidade foi superior à da coqueluche, escarlatina e difteria reunidas, ter-se-há uma ideia aproximada da gravidade desta doença que o vulgo, repelimos, considera erradamente como geralmente benigna (A. S. Levine *Sur la question de la prophylaxie de la rougeole par le sérum d'adulte* — *Rev. Française de Pédiatrie*, n.º 6, 1934, p. 825).

profilaxia sob uma das duas formas que pode revestir: a sôro-prevenção e a sôro-atenuação.

Desprovidas da imunidade hereditária (extinta entre o terceiro e o sexto mês) e particularmente sensíveis a tôdas as infecções, dão, assim, as crianças desta idade, uma grande contribuição à mortalidade pelo sarampo, quer directamente quer, sobretudo, por intermédio das complicações pulmonares instaladas concomitantemente ou na sua convalescença.

Preconizado por Nicolle e Conseil em 1918 e logo adoptado por vários autores, constitui este método uma grande conquista terapêutica dos nossos dias merecendo, indiscutivelmente, a maior propaganda e difusão. Dada a raridade (2 a 3%) e muito especialmente a benignidade dos seus acidentes (edema e dôr locais; febre entre 38 e 39°, excepcionalmente maior; agitação, insónia, anorexia, palidez, vômitos, cianose etc.) fugazes, transitórios em contraste com a sua eficácia e a gravidade do sarampo, doença cuja profilaxia, por meio de contaminações vacinantes, embora possível, é manifestamente penosa, conclui-se facilmente que o seu emprego apresente numerosas indicações, de sôro-prevenção umas, de sôro-atenuação outras.

#### Indicações de soro-prevenção

Existem de uma forma absoluta nos recém-nascidos cuja mãe, na ocasião do parto, se encontra atingida de sarampo e nos lactentes de mais de três meses, particularmente dos seis aos doze.

Nos lactentes com menos de três meses está formalmente indicada nos nascidos de mãis que não tiveram o sarampo, bastante numerosas em meio rural, sendo absolutamente dispensável nos restantes, isto é, nos filhos de mãis que sofreram de tal doença, dada a imunidade passiva com que nasceram e que é praticamente eficaz durante aquela idade.

Nos primeiros — os recém-nascidos — mercê da sua receptividade, a aplicação do sôro constitui um dever indeclinável. Contaminados *in utero* far-se-há assim sôro-atenuação ou sôro-prevenção conforme o contágio é mais ou menos recente. Não contaminados far-se-há a sôro-prevenção. Quando esta, à falta de soro imunizante de antigo ou recente *saramposo* não é possível, praticar-se-há ao menos a sôro-atenuação empregando o sôro sanguíneo da mãe, mais ou menos activo após o quarto dia de erupção em todos os casos em que, naturalmente, a contaminação intra-uterina não tenha sido precoce.

Nos segundos — lactentes com menos de três meses mas nascidos de mãis que não tiveram o sarampo e em todos os de quatro (x) aos

---

(x) R. Debré e Joannon consideram quasi inútil a aplicação do sôro nos lactentes de 4 a 5 meses os quais possuem, segundo tais autores, um resto de imunidade passiva capaz de os proteger suficientemente contra o sarampo. Veslot, pelo contrário, admite uma relativa frequência — 52 casos entre 415 — e sobretudo uma accentuada gravidade do sarampo nesta idade

doze meses, sobretudo dos seis em diante — fazendo sôro-prevenção nuns (nos hospitalizados de quatro a cinco meses, nos que apresentem evidente estado de desnutrição, nos heredo-sifilíticos, raquíticos, tuberculosos frustes e nos atingidos de qualquer doença infecciosa aguda como a coqueluche, a difteria, a gripe, ou crónica como a tuberculose, etc.), e sôro-atenuação (em todos os outros) êste método terapêutico está claramente indicado. O mesmo sucede nas crianças de idade inferior a cinco anos, sobretudo com menos de dois, podendo, segundo várias circunstâncias (insuficiência de sôro, epidemia benigna, crianças robustas etc.), ser dispensado naquelas cuja idade oscila entre os 2 e 5 anos. Outra indicação formal, absoluta da sôro-prevenção é fornecida pelas grávidas expostas ao sarampo nas quais êste pode ter sérias conseqüências: (abôrto e parto prematuro, morte e contaminação do feto, etc.) e, finalmente, pelos casos de possível epidemia em aglomerações de crianças: creches, escolas infantis, etc.

#### Indicações da sôro-atenuação

Apresentam-nas os adolescentes e adultos debilitados, com taras viscerais e ainda as crianças sadias de mais de 2 anos não contaminadas por um doente cujo sarampo apresente complicações e as que, embora com doenças crónicas (tuberculose ósteo-articular, ganglionar, peritoneal, etc.) apresentem um estado geral razoável. Expostas como estão, estas últimas, pela sua longa permanência nos hospitais, a sucessivas contaminações, a sôro-atenuação convém-lhes mais, na verdade, que repetidas sôro-prevenções nem sempre fáceis de realizar e uma das quais, possivelmente ineficaz, poderá originar a eclosão de um sarampo grave.

Condicionando-lhes uma forma benigna, em regra geral de longa incubação (até 30 dias); sem ou com catarro óculo-nasal fruste; com febre moderada e pouco duradoira, sem anergia à tuberculina; com erupção discreta e por vezes, mesmo, nula (raras vezes de intensidade habitual), sem complicações, e, sobretudo, com excelente estado geral — «l'enfant ne se plaint pas, dort bien, garde son appétit et sa gaieté» — tem sôbre a sôro-prevenção a grande vantagem de provocar uma imunidade intensa e duradoira dizendo, pois, muito judiciosamente a seu respeito, Robert Debré et Joannon: «L'avantage de la séro-atténuation est triple. Il donne sur le degré d'immunité future une certitude; grâce aux manifestation cliniques, évidentes encore que discrètes, on sait que

---

— 24 mortes para 28 curas — (Jacques-Henri Veslot, *La rougeole pendant la première année de la vie*, tese de Paris, 1933, p. 241).

Êstes factos, observados em meio hospitalar, onde o sarampo é bem diferente do da clientela privada, devem ser devidamente considerados e constituem, portanto, uma indicação especial da sôroterapia anti-saramposa preventiva ou atenuante. A sôro-prevenção por imunidade passiva (pre e post-natal) será, pois, particularmente eficaz nas crianças desta idade nas quais está, também, especialmente indicada pela gravidade que nelas podem revestir as bronco-pneumonias, mesmo quando o sarampo é fruste, atenuado.

le sujet a acquis l'état refractaire. La séro-atténuation permet de réaliser une immunité que nous avons toutes raisons de supposer durable, sinon définitive» (1).

Além disso, como salientam os mesmos autores, é mais económica, exige menos sôro, podendo ainda os doentes em que se praticou, uma vez convalescentes, fornecer sôro para outros, vantagem muito de aproveitar também. Sendo o sarampo uma doença que atinge quasi tôdas as pessoas mais vale, realmente, contraí-lo sob uma forma benigna do que ensaiar a sua sôro-prevenção tantas vezes quantas as indicadas, o que, certamente, seria tarefa, além de dispendiosa, incômoda e nem sempre praticável e bem sucedida.

### Técnica

Os seus preceitos comportam a colheita, preparação, conservação e doses de soro a injectar (z).

Pelo que respeita à colheita do sôro deve ter-se principalmente em vista: que o fornecedor tenha tido sarampo e não um simples eritema morbiliforme toxi-infeccioso ou uma rubéola com pseudo-sinal de Koplik (facilmente confundível com o sarampo); que não seja sífilítico, tuberculoso ou palúdico; finalmente, que esteja em apirexia desde há sete ou dez dias (β) apresentando a sua maior riqueza em anti-corpos imunitantes e testemunhando, ao mesmo tempo, a ausência de complicações (difteria, otite, bronco-pneumonia, adenites, etc.).

Quanto á sua preparação e conservação, compreendendo alguns cuidados e provas da maior importância (coagulação durante 36 a 48 horas à temperatura ordinária; aquecimento a 56 graus em dois dias

---

(z) Em vez do sôro pode empregar-se o sangue total, mas neste caso em doses maiores, duplas, pelo menos, das daquele. Entre outros inconvenientes (sangue, em regra, de um só indivíduo, porventura pouco activo, aplicação mais impressionante, etc.) a formação de hematomas, que não raro origina, torna-o menos recomendável. Em compensação, obtendo-se mais facilmente, o seu emprêgo justifica-se «em meio familiar, em caso de urgência» e particularmente na falta de sôro, a sua principal indicação. Em menores doses (5 a 10 c.c.) pode empregar-se também o sangue da placenta, cuja acção, muito satisfatória, parece ser de ordem *para-específica* (eficácia do sangue da placenta de mulheres que não tiveram o sarampo) não só contra esta doença mas ainda contra outras, ¿como a escarlatina? e certos estados anafiláticos, etc.) o que, muito naturalmente, poderá justificar o seu emprêgo na profilaxia e tratamento de vários estados mórbidos (J. Salazar de Souza, *L'immunisation contre la rougeole par le sang du placenta — Archives des Maladies des Enfants*, 1932, ps. 633-643).

(β) Comprovada a natureza *diafásica* (sucessivamente antimicrobiana e anti-toxínica) da imunidade contra o sarampo pode fazer-se a aplicação de sôro de sangue colhido em pleno estado eruptivo. O seu emprêgo, muito vantajoso em certos casos (falta de sôro de convalescentes e de sangue de antigos saramposos) exige, no entanto, uma preparação rigorosa provado como está que os leucócitos do sangue de onde provém encerram o vírus do sarampo (Karola Papp, de Budapest, *Études sur la rougeole, Annales de Médecine*, n.º 5, Dezembro 1934, p. 449-465).

seguidos e durante 30 a 40 minutos ou adição de um soluto de ácido fénico a 5%, na dose de uma gota para 10 cc.; *sementeira de controle*; mistura com outros sôros e sua nova sementeira; conservação em gelei-  
ra, etc.), quanto à sua preparação e conservação, repetimos, da compe-  
tência dos técnicos, nada diremos de especial. Pelo contrário, quanto  
à data de aplicação e doses, dois factores tão importantes a considerar  
e da inteira responsabilidade do clínico, constituirão o principal objecto  
das nossas considerações.

*Data da aplicação* — Depende do fim em vista, do resultado a  
obter; a *sôro-prevenção* ou a *sôro-atenuação*.

Visando-se a primeira deve anteceder o quinto dia da incubação  
(o primeiro dia da erupção de um doente considera-se o terceiro ou o  
quarto da incubação dos indivíduos por êle possivelmente contami-  
nados). Como é natural, praticada nestas condições, a sôroterapia  
preventiva faz-se em indivíduos que são, conforme os casos, contamina-  
dos ou não antes ou em seguida (nas duas semanas subseqüentes)  
à administração do sôro. No primeiro caso realiza-se uma sôroprofilaxia  
especial, a *sôro-vacinação*, mixto de imunidade *passiva* e *activa*, aquela  
devida ao sôro, esta ao sarampo inaparente, sem exteriorização clínica.

E' peculiar, naturalmente, aos indivíduos que se mantêm durante  
muito tempo em meio contagiante e a qual sômente poderá ser afir-  
mada pela comprovada imunidade que apresentam êsses indivíduos para  
com novos e ulteriores contágios. No segundo constitue-se uma imuni-  
dade puramente passiva, transitória (durando 2 a 4 semanas). Pro-  
pondo-nos, porém, obter a sôro-atenuação, deverá o sôro ser injectado  
entre o quinto e o oitavo dia — o mais tardar até ao nono — da pro-  
vável incubação. Com efeito, passada esta data, o sôro já não modi-  
fica a evolução do sarampo. (x). Quando muito, se empregado precoce-  
mente e em doses elevadas ou, quando possível (como nos adolescentes  
e adultos) sob a forma de transfusão de sangue de um convalescente,  
poderá ser útil nos sarampos graves mas sem complicações.

No caso, relativamente freqüente, de grande incerteza sôbre o  
tempo de incubação manda, todavia, a prudência que se aplique o sôro.  
Beneficiando-se da possibilidade do período incubação ser menor do  
que parecia obter-se-há assim a sôro-atenuação desejada. Contra-indi-  
cação formal para o sôro — por inútil — só é dada pela existência, por  
mais discretos que sejam, dos sintomas de invasão.

*Doses* — Variam um pouco, é certo, segundo os autores e dependem  
principalmente da idade, do pêso e do estado de resistência das pessoas  
a inocular.

Segundo Robert Debré e Pierre Joannon é de *meio c. c.* por seis  
meses de idade com a dupla restrição de não ser inferior, respectiva-

---

(x) A ausência de erupção na zona injectada, que uma tal soroterapia  
determina, não deve ser considerada como um efeito digno de registo, pois  
não oferece nenhuma vantagem para o organismo. Constitue, apenas, uma  
curiosidade physio-patológica desta modalidade de sôro-inoculação.

mente, a 3 cc. e superior a 15 ou 20 para os indivíduos (normais) de menos de três e de mais de quinze anos, (estas são as doses indicadas na sua obra já citada, atribuindo-lhes alguns autores (2) outras um pouco diferentes):

4 cc.	para	crianças	de	menos	de	1	ano	;		
5 cc.	»	»	»	»	»	1	a	2	anos	;
5 a 8 cc.	»	»	»	»	»	2	a	5	anos	;
10 cc.	»	»	»	»	»	5	a	10	anos	;
15 cc.	»	»	»	»	»	mais	de	10	anos.	

Quando enfraquecidos, debilitados por qualquer doença aguda (pneumonia, bronco-pneumonia, difteria, coqueluche, escarlatina, febre tifoide, etc.) ou crônica (tuberculose, diabetes), a dose deve ser dupla. Só assim, com efeito, se poderá conduzir o organismo a triunfar completa ou incompletamente do sarampo.

A dose de sôro deve ainda ser aumentada *de um terço, metade e igual dose* nos casos, respectivamente, em que, por qualquer motivo, inclusivamente porque se repetiu a colheita de sangue num mesmo dador, esta se fez do décimo primeiro ao décimo quinto dia (11.º ao 15.º), do décimo sexto ao vigésimo (16.º ao 20.º) e do vigésimo primeiro ao trigésimo (21.º ao 30.º). O aumento da dose de sôro (de metade) impõe-se, ainda, acautelando a hipótese de ser menos activo, quando provém de um só individuo e não de alguns, como é mais recomendável. Embora defensáveis são pouco ou nada de aconselhar outras modalidades de aplicação do sôro em causa: dose dupla tendente a fazer sôro-prevenção no quinto ou sexto dias da incubação; tripla no sétimo ou oitavo; dose normal (de um sôro colhido tardiamente) ou inferior (de um sôro colhido na melhor altura) quando se pretende obter, apenas, a sôro-atenuação, etc.

*Vias de administração* — A mais usada é a subcutânea (zona súpero-externa da côxa). Quando, porém, é preciso agir rapidamente deve preferir-se a via intramuscular injectando o sôro ou o sangue total numa ou mais regiões (precaução muito recomendável sobretudo para as grandes doses de sangue a fim de se evitar a formação de hematomas mais ou menos incómodos). Tendo a pele e as mucosas por sede das suas principais manifestações clínicas poderia a sôro-profilaxia fazer-se por meio de soroterápia intra-dérmica e intra-mucosa, simples ou associadas? Parecem-nos de ensaiar, principalmente com o sôro *anti-microbiano*. A verificar-se a sua possível eficácia poderiam ter a grande vantagem de exigir doses de sôro consideravelmente menores.

A segunda, pelo menos, apresenta-se-nos particularmente racional e dotada, já, de certo fundamento experimental. Na verdade, os benéficos resultados obtidos por Anderson aplicando o sôro, durante alguns dias, na conjuntiva e mucosa nasal, se podem atribuir-se a outro mecanismo (contaminação feita por aquelas vias e gradual destruição do virus) não poderão atribuir-se com mais razão, ainda, à imunidade

*local* ou *geral* assim provocadas? Por outro lado a auto-dermoterápia (3) a dermoanergia e a esofilaxia justificam suficientemente o emprego da via intradérmica. Do mesmo modo, com efeito, que na sede da aplicação tardia do soro se não produz erupção, poderá, mercê destas propriedades, constituir-se uma das duas modalidades da soroprofilaxia.

#### Mecanismo de acção

Deve considerar-se como sendo mixta, simultaneamente específica e inespecífica. A primeira modalidade é devida ás lisinas e anti-toxinas existentes no soro sanguíneo dos convalescentes de sarampo e as qnais, máximas do 7.º ao 9.º dia de convalescência, faltam praticamente no fim de um mês (segundo Karola Papp (4) persistem indefinidamente e a elas, sobretudo, se deve atribuir a acção profilática do soro de antigos saramposos). A segunda é de natureza proteínica consistindo, segundo Kutter e Torday, na exaltação, pelas substâncias albuminosas do sangue, das células dos organismos contaminados.

Coexiste com a primeira quando se emprega o sangue total e o soro sanguíneo dos convalescentes e deve, segundo alguns autores, considerar-se a única eficiente no caso de aplicação do sangue e soro dos indivíduos que tiveram o sarampo há mais de um mês ou que nunca o tiveram (pelo menos de um modo evidente, embora discreto), sangue e soro que, como sabemos, possuem certa actividade profilática ou atenuante. Quando, porventura, se emprega o soro do sangue obtido em período de erupção, os seus efeitos, como já dissemos, são de natureza antimicrobiana.

#### Resultados

Estes são muito lisongeiros e compensadores desde que se respeitem devidamente as regras da sua aplicação. Assim o diz o brilhante successo obtido por Robert Debré em 1923 applicando esta terapêutica a 254 crianças sujeitas a uma «contaminação quasi certa» e das quais 190 ficaram indemnes, contraíndo o sarampo apenas 48, aliás sob uma forma atenuada, benigna, resultados que Robert Broca justamente aprecia do seguinte modo: «Si l'on admet que la mortalité eût été d'au moins 20% parmi ces enfants, dont beaucoup étaient très jeunes, débiles ou déjà malades, on peut estimer á 40 au minimum le nombre des vies sauvées par cet effort» (5).

Do seu valor médico-económico dizem tambem eloqüentemente as seguintes palavras: «La prophylaxie contre la rougeole est pratiquée avec succès dans des villes de U. R. S. S. Dans les maisons d'enfants et les crèches de Moscou, Doulitzky trouve parmi les enfants vaccinés une mortalité de 1,2%, parmi les non vaccinés de 19%». «Le succès du sérum est, d'après Danielewitch, de 82%, d'après Equise de 83,7%, d'après Serozki de 89,5%». «A cinq crèches des fabriques de Lénigrad, la quantité de jours de congé des mères-ouvrières en 1930, avant

l'emploi du sérum, était de 1207 (140 cas); en 1931, après l'emploi du sérum, le nombre de jours de congé était tombé à 245 (32 cas) \* (6).

Possam elas, entre nós, incitar á obtenção de resultados iguais ou semelhantes (tão louvavelmente (7) já ensaiados) que grande será o nosso contentamento em as transcrevermos e apresentarmos á reflexão de alguns dos nossos leitores porventura as desconheçam.

LÚCIO DE ALMEIDA

---

(1) Robert Debré et Pierre Joannon, *La Rougeole, Epidémiologie, Immunologie, Prophylaxie*, 1926, p. 216.

(2) Robert Broca et Julien Marie, *Méthodes modernes de prophylaxie de la Rougeole, L'Année Pédiatrique*, 1934, p. 156.

(3) P. Ravaut, *Auto-dermothérapie par électro-coagulation dans un cas de granulome annulaire*, *Bull. de la Soc. Fr. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1930, p. 387.

(4) Karola Papp., loc. cit p. 458.

(5) R. Broca, *Prophylaxie de la Rougeole par les injections de sérum de convalescents*, *Revue Médico-Sociale de l'Enfance*, n.º 4, 1934, p. 245.

(6) A. S. Levine, loc., cit. ps. 828 e 832.

(7) J. Salazar de Souza, loc. cit

## LIVROS & REVISTAS

F. Meerssman, *Le problème des «cracheurs sains» de bacilles de Koch*, *La Presse Médicale*, n.º 18, 1935, p. 339.

Reteridos pela primeira vez em 1920 por Léon Bernard e observados em seguida por vários autores (Cordier, Guttmann, Bezançon, Braun e Meyer, André Martin, Bidermann, etc.) podem dividir-se em duas categorias. A primeira, a única admitida pela maioria dos autores compreende os indivíduos aparentemente desprovidos de sintomas clínicos e radiológicos *habituais* — estes existem não sendo, todavia, visíveis por serem muitos pequenos (*micro-lesões*), *permeáveis* aos raios X, inacessíveis à exploração radiológica (sede hilar, retro-cardíaca), etc. Pertencem-lhe, naturalmente, os indivíduos que ulteriormente apresentam sinais clínicos e radiológicos evidentes de tuberculose pulmonar (*porteurs précoces*) e os que os tiveram (*porteurs convalescents*). A existência de bacilos de Koch na expectoração dêstes indivíduos explica-se, principalmente, pela existência de gânglios linfáticos caseificados abertos nos brônquios e de lesões de bronquite específica.

A segunda pertencem os indivíduos com expectoração *bacilifera* totalmente desprovidos de sinais clínicos e radiológicos de tuberculose pulmonar. Verdadeiras «*cracheurs sains*» (no sentido *prático* que não *ideal*) a existência de bacilos de Koch na sua expectoração será devida à sua eliminação pelos alvéolos pulmonares sem causarem a menor alteração lesional.

Defendida pelo autor, apoia-se esta doutrina em argumentos de *patogenia comparada* (absorção intestinal e eliminação biliar, mamária e renal de bacilos de Koch sem produção de lesões) e experimental (bacilémia provocando ou não lesões pulmonares). Numa e noutra categoria de *cracheurs* de bacilos de Koch estes são geralmente raros, pouco virulentos (tão pouco que podem não tubercular o cobaio, cuja inoculação positiva é o melhor critério da sua existência, distinguindo-os assim de bacilos ácido-resistentes *saprófitas* e de verdadeiros bacilos de Koch mortos, possivelmente existentes nos frascos que serviram à sua homogenização) e a sua eliminação é episódica, intermitente, realizando-se principalmente durante uma *intercorrência congestiva pulmonar* (gripe, pneumonia, etc.).

Bezançon compara esta curiosa eliminação bacilar às *bacilémias de*

*saída*, provocadas por várias causas ou factores e as quais entram, de certo modo, conforme os casos, nos chamados fenómenos de biotropismo. Qualquer que seja, porém, a sua étio-patogenia é evidente que o seu conhecimento põe em equação certos problemas não só de natureza clínica (existência ou não de *tuberculose-doença*, evolutiva ou não evolutiva no caso de expectoração bacilífera, eliminadas, bem entendido, as já citadas causas de êrro e ainda outras, entre as quais a da origem amigdalina ou naso-faríngea dos bacilos) mas igualmente médico-legal e médico-social.

Concomitantemente evidencia a importância do terreno na eclosão dos processos mórbidos mostrando claramente que a presença de micróbios não equivale fatalmente à existência de doença, «*uma das soluções possíveis do conflito entre o micróbio e o terreno*» e cuja acção pode ser preponderante.

LÚCIO DE ALMEIDA.

---

Pierre Bourgeois, *La notion d'intolérance viscérale en chimiothérapie*, *La Science Médicale Pratique*, n.º 1, 1935, p. 30.

Começa o autor por salientar o mérito de Tzanck reunindo, sob o nome de *intolerância*, «um conjunto de acidentes muito vizinhos, na verdade, uns dos outros (idiosinercasia, anafilaxia, coloidoclasia e alergia), mas que a patologia separava dando-lhes designações diferentes e atribuindo-lhes, assim, mecanismos igualmente diferentes senão opostos».

Descreve, em seguida, os caracteres etiológicos, patogénicos, anatómo-patológicos, clínicos e terapêuticos que caracterizam, segundo Tzanck, a intolerância e a opõem nitidamente à intoxicação.

Efectivamente, a intolerância sendo provocada por agentes nocivos (reactogénios) «que não são necessariamente tóxicos (agentes físicos, albuminas animais e vegetais, etc.)»; devida a um «mecanismo físico, um processo activo, biológico»; tendo por substratum anatómo-patológico «lesões passageiras, fluxionárias, benignas»; estando, clinicamente, subordinada ao temperamento do indivíduo, às suas glândulas endócrinas, ao seu sistema neuro-vegetativo, às suas sensibilidades e predisposições locais e denunciando-se, biologicamente, por cuti, intra-dermo-reacções, etc.; enfim, não dependendo da dose e curando, em regra, pelo aumento desta e ainda pelos agentes dessensibilizantes, anti-anafilácticos, a intolerância, repetimos, opõe-se dêste modo claramente à intoxicação.

Depois de discriminar, em matéria de auroterapia, os acidentes considerados de intolerância (náuseas, vertigens, cefaleia, elevação térmica, etc.), dos de intoxicação (melanodermias e até certo ponto as

estomatites) consecutivas, respectivamente, a pequenas e grandes doses e de salientar quanto a maior parte das vezes tal discriminação é impossível — por serem, uns e outros, devidos a doses muito variáveis — põe em evidência, no entanto, a possível redução de certas complicações devidas às doses médias — os accidentes intestinais — em contraste com as albuminúrias, não subordinadas a tais doses.

Quanto à gravidade destes accidentes, a parte mais importante a considerar na diferença a estabelecer entre os devidos à intolerância e à intoxicação, chama o autor a atenção, e bem justificadamente, para a sua sede. Assim é que uma eritrodermia, embora intensa e dura-douira, não tem a mesma gravidade imediata e tardia de uma nefropatia (embora devidas à mesma causa, a *intolerância*), aquela curando geralmente, esta podendo ser mortal ou causar lesões e perturbações funcionais mais ou menos graves e progressivas. Evidentemente, o que sucede com os rins pode suceder também com o fígado e com outras vísceras.

A complicar estes factos existe ainda a circunstância de certos doentes apresentarem, *sucessivamente*, manifestações de intolerância e de intoxicação.

Tal o caso de um individuo que, à primeira injecção de 0,05 de Crisalbina apresentou uma urticária generalizada (accidente de intolerância) e que, após a intensificação do tratamento, apresentou, simultaneamente, diversas aurides e uma «polinevrite ascendente rapidamente mortal».

Consequentemente, no campo da clínica, em presença de um accidente de quimioterapia atribuído à intolerância deve usar-se da maior prudência; não continuando a medicação se não é absolutamente necessária nem particularmente eficaz (como no tratamento da tuberculose pelos sais de ouro, continuando-a, mas com os maiores e melhores cuidados, como sucede, por exemplo, no tratamento da sífilis).

Com estas reservas (atribuir-lhe significado *patogénico* mas não clinico) pode e deve manter-se, com certas vantagens, a noção de intolerância, substituível, no entanto, pela de «baixa do limiar da toxidez visceral», aliás mais antiga.

LÚCIO DE ALMEIDA.

---

Ed. Benhamou et R. Abecassis, *Les aspects cliniques et thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire chez les paludéens*, *La Presse Médicale*, n° 102, 1934, p. 2063.

Como é sabido, os médicos militares franceses, em seguida à conquista da Argélia, verificaram, com certo espanto, que a tuberculose pulmonar era rara entre os indígenas enfraquecidos, depauperados pelo

paludismo. A ideia, pois, de um certo antagonismo entre as duas doenças surgiu-lhes facilmente ao espírito e foi enunciada em 1842 por Boudin, proclamando que «a tuberculose não podia germinar no terreno palustre». Posta hoje de parte, pois os factos demonstram que o palúdico pode tubercular-se e vice-versa, se uma tal lei não pode admitir-se, aceita-se, no entanto, como provada, uma certa interdependência entre os dois estados mórbidos.

*Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar nos palúdicos.* Podem ser os mais variados. As formas dominantes, porém, são a úlcera e fibro-caseosa comum e a lobite superior direita.

A primeira, peculiar aos palúdicos crónicos, tem de especial a evolução insidiosa, discreção dos sinais físicos e a exiguidade da expectoração. Geralmente exteriorizada sob a aparência de sintomas palustres é muitas vezes o exame radiográfico (anterior ao bacteriológico) que conduz ao seu diagnóstico. Nalguns casos é de evolução apirética ou apenas *entrecortada*, de tempos a tempos, por um acesso febril. Nuns e noutros, como é natural, é considerada, pelo menos temporariamente, como uma forma quinino-resistente do paludismo.

A segunda (forma fibro-caseosa), própria, igualmente, dos palúdicos crónicos, tem por substrato anátomo-patológico lesões fibrosas e a sua evolução, «*extremamente lenta*» é totalmente apirética.

A lobite, finalmente, interessante pela sua localização (lobo superior direito) aparece com relativa frequência no paludismo crónico (devido geralmente, ao *Pl. vivax* e ao *Pl. malariae*). Denuncia-se quasi sempre secundariamente a uma recrudescência ou recaída de paludismo sendo, por tal motivo, e pela respectiva discreção dos sinais de auscultação e percussão, etc., erradamente considerada como uma manifestação de pneumo-paludismo.

Curiosa, bastante curiosa, já, por estas circunstâncias, torna-se ainda mais pelo seu possível aparecimento consecutivamente à *malaria-terápia*. Dada a *discreção respiratória* habitual de todas estas formas de tuberculose é manifesto que se impõe uma tele-radiografia do torax de todos os palúdicos crónicos. Com ela evitam-se não só a confusão de uma lobite com o chamado pneumo-paludismo e o desconhecimento de uma forma de tuberculose pulmonar tórpida e, *na falta de hematozóários no sangue*, pela constatação de uma imagem cardíaca «globulosa e flácida», poderá afirmar-se a existência de um paludismo evolutivo, impondo a continuação do seu tratamento.

*Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar de individuos contraindo paludismo ou influência do paludismo sobre a tuberculose pulmonar.* Esta é muito variável, podendo, no entanto, reduzir-se a três tipos principais: formas agudas granúlicas ou bronco-pneumónicas; formas agravadas e formas benignas. A observação das duas primeiras é relativamente frequente e nada apresenta de estranho ou inexplicável. O paludismo que as condiciona é devido, de preferência, ao *Pl. praecox* e

ao *Pl. vivax*. Expontâneamente e sob a influência da *malaria-terapia* tem-se observado algumas vezes a transformação de uma tuberculose fibrosa e mesmo latente numa tuberculose evolutiva e mais ou menos grave fazendo, naturalmente, com que a tuberculose pulmonar constitua uma contra-indicação formal, segundo certos autores, á *impaludação artificial*.

A contrastar, porém, com esta influência nociva do paludismo sôbre a tuberculose pulmonar existem alguns casos em que tal influência é, ou, pelo menos, parece ser benéfica. Daí (bem como da constatação das formas fibrosas, de evolução tórpida) o tratamento, proposto e praticado por certos autores (Weselko, Garofali e Cammermeyer) da tuberculose pulmonar pelo *paludismo artificial*: *eclosão* de 3 a 4 *acessos febris*. tratamento pela quinina e *reimpaludação* 4 a 6 semanas depois.

Sob o ponto de vista terapêutico das associações mórbidas «paludismo crónico e tuberculose» e «tuberculose-paludismo agúdo», dizem os autores: no primeiro caso «il faut surtout traiter la tuberculose et continuer á dose modérées le traitement antimalarique»; no segundo «il faut surtout traiter énergiquement et intensivement le paludisme de première invasion» para o que afirmam ser muito eficás a associação de adrenalina e de quinina: injeção subcutânea de 1 miligr. de adrenalina e de 05 de formiato de quinina, duas vezes por dia, de manhã e à tarde, durante 6 a 8 dias e depois uma só vez durante mais oito dias (a injeção de quinina sempre meia hora após a de adrenalina) podendo ou não fazer-se mais uma dezena de injeções da última substância.

LUCIO DE ALMEIDA

---

Os pequenos sinais da insuficiência tiroideia — *Les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne*, por L. Abricossot, *Revue Médico-Social de l'Enfance*, n.º 1, 1935, p 17..

As perturbações do crescimento no hipotiroidismo consistem essencialmente num atrazo de desenvolvimento. Os ossos cessam de crescer, sobretudo os longos, e os órgãos genitais não se desenvolvem.

Do lado da nutrição observa-se um enfraquecimento progressivo que vai até uma verdadeira diminuição dos fenómenos vitais. As trocas não se fazem, há eliminação renal retardada, queda progressiva da temperatura, e abaixamento do metabolismo basal. Todos os metabolismos estão abaixados: o metabolismo do azoto, dos assucares, das gorduras, da água, etc.

Quando vários sintomas ligeiros de hipotiroidismo estão reunidos no mesmo individuo, constituem o chamado mixedema fruste.

Nos bebês este mixedema passa despercebido com freqüência.

Mais tarde o jôvem mixedematoso torna-se uma criança pálida, de

dentes muito cariados, pouco activo e mole. Neste período é considerado muitas vezes como «linfático».

Pode acontecer, porém, que o hipotiroidismo se revele apenas por um único sinal; seja por *atrazo estatural e ponderal*, seja por *certa obesidade*, seja por *atrazo mental*.

Uma criança de 10 anos, por exemplo, pode ter a estatura, o pêso e as proporções duma criança de 4 anos.

O metabolismo basal pode estar abaixado de 15 a 30%. A sua redução constitui o melhor e mais seguro sinal de insuficiência tiroideia.

É conveniente não esquecer que o hipotiroidismo resulta, na grande maioria dos casos, de *heredo-sífilis*.

A opoterapia tiroideia dá como regra bons resultados no tratamento do hipotiroidismo.

Se se suspeita de sífilis deve fazer-se simultâneamente o tratamento opoterápico e o tratamento anti-sifilítico.

LUIZ RAPOSO.

---

---

### Publicações recebidas

*Necessidade do exame oto-rino-laringológico da criança*, por Dr. A. Meyrelles do Souto, O-R-Laringologista da Casa Pia de Lisbôa. — (Da Revista «*Hygia*», n.º 5 — 1933).

Numa interessante e sugestiva conferência de divulgação científica, realisada na Exposição da Criança, relata o A. a importância do exame oto-rino-laringológico na criança.

Refere a obstrução da naso-faringe pelas vegetações nos lactantes, que não podem amamentar-se. Desenvolve com clareza o vasto síndrome mecânico da insuficiência respiratória nasal, determinando na criança, sobretudo pela hipertrofia dos elementos linfoides do anel de Waldayer — amígdalas palatinas e amígdalas faríngeas (adenoides), polípos, — perturbações gerais, pulmonares, auriculares, etc. Assim se explica o distormfismo crânio-facial, a abóbada palatina ogival, deformidades torácicas, inteligência obscurecida, obstrução tubar progressiva, o ar embrutecido, o ressonar, a bôca entreaberta, etc.

Descreve em seguida as perturbações infecciosas determinadas pela infecção destes órgãos linfoides, pelas rino-faringites, sinusites, etc., dando gastro-enterites, bronquites de repetição, otites, complicadas ás vezes de meningites e de labirintites (causas de surdi-mudez nas crianças e nos lactantes), apendicites (Laurens) nefrites, etc., por deglutição de secreções infectadas.

Lembra que tanto e tanto aluno distraído, — é aluno surdo.

Preconiza a profilaxia destas doenças por intervenções fáceis sobre o nariz, seios nasais, naso-faringe, eliminando a causa — adenoides, amigdalites, pólipos, sinusites, etc.

Faz ainda considerações sobre outra função do nariz — o olfacto — na economia humana.

F. C.

*A autohemoterapia na ozêna*, por Dr. A. Meyrelles do Souto.

O A. depois de passar em revista todos os tratamentos médico-cirúrgicos da ozêna, inoperantes, — lavagens, pomadas, massagem local, alta frequência, injeções de parafina, vacinação local, cirurgia, simpatectomia pericarotídea, acetil-colina — e as teorias que a explicam, neuro-vegetativa, endocrínica, ou infecciosa, descreve um método — a auto-hemoterapia — prático, simples, rápido e de resultados muito favoráveis.

Com séries de 12 injeções intramusculares de 10 cc. de sangue, para adultos, e 5 cc. para crianças, o A. verificou a diminuição da fetidez, das crôstas, cefaleias, em casos que tratou. Aconselha, em seguida a êste tratamento, uma pomada ictiolada e a ingestão de iodeto de potássio.

F. C.

*Um caso de cura de gangrena primitiva da faringe*, por Dr. A. Meyrelles do Souto.

Nesta monografia o A. apresenta com detalhes de descrição a história de um caso de gangrena primitiva da faringe, também chamada angina gangrenosa, uma rapariga de 19 anos, sã, bem constituída, sem antecedentes mórbidos e procura esclarecer a sua etiologia, ainda tão obscura em semelhantes casos, apoiando-se numa vasta bibliografia. Baseando-se na opinião de Courmont o A. conclui tratar-se de um caso de gangrena primitiva da faringe, causada por *anaeróbios*, conquanto não tenha feito a prova bacteriológica. Discute o diagnóstico, eliminando facilmente a angina pultácea de Vincent e a diftérica; reconhece no entanto necessário e indispensável para o diagnóstico diferencial com a angina agranulocítica, o exame hematológico.

Descreve a terapêutica posta em prática neste caso de cura excepcional — desbridamento largo, como para drenar um abscesso peri-amigdalino, lavagens com soluto de Dakin a 50 % acompanhadas de injeção subcutânea ou intra-muscular em doses maciças e repetidas de soro anti-gangrenoso polivalente de Weinberg, associado ao soro anti-estreptocócico polivalente. Apresenta como perigo desta afecção, a septicémia e a extensão do processo necrótico ás paredes dos grandes vasos (carótida, jugular, faringea ascendente).

F. C.

*Alta frequência em oto-rino-laringologia* (40 casos clínicos), por Dr. A. Meyrelles do Souto.

O A., em 40 casos que tratou durante 5 anos de clínica, dá conta dos bons resultados que obteve tanto com a diatermia médica como cirúrgica. Depois de judiciosas considerações sobre electricidade médica e sua maneira de actuar no vivo, o A., apresenta as histórias clínicas dos doentes tratados com bons resultados. Foram tratados 30 casos pela diatermia, e 10 diatermo-coagulados; entre os primeiros, foram tratados: otites, laringites, sinusites, cofoses e rinites espasmódicas.

Tanto nas otites médicas supuradas, como nas otites externas, como na obstrução tubar, o A. explica os resultados favoráveis pelos fenómenos de hipervascularização, esterilização do processo mórbido, e ozone libertado. Só as sinusites maxilares e frontais devem ser tratadas pela diatermia; fala das relações das sinusites com a saúde geral, sobretudo com as pneumopatias não específicas. Aproxima o método de deslocamento de Proetz e o lipiodiagnóstico de Reverchon e Worms, no tratamento das sinusites.

Foram tratados pela diatermo-coagulação um papiloma da língua, duas epiglotites bacilares, quatro sinechias nasais, um angioma do pavilhão do ouvido e duas atresias narinárias, todos com sucesso.

F. C.

*Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, psicologia experimental e identificação civil no Pôrto.* Director e Secretário de Redacção, respectivamente, Profs. Pires de Lima e Luís de Pina. Fasc. 3.º, Dezembro de 1931; vol. II, fascs. 1.º 2.º e 3.º

*Notícias Farmacêuticas.* Jornal bi-mensal científico-profissional, de Coimbra, da direcção do Dr. Guilherme de Barros e Cunha, com começo de publicação em Outubro do ano anterior.

Conforme se deduz da apresentação e ainda da leitura dos artigos aí já publicados, a Revista visa assuntos de interesse científico, de vulgarização farmacêutica e a defesa dos legítimos interesses duma classe. Bemvindo seja e com votos de longa e brilhante vida.

*Boletim Geral de Medicina e Farmácia.* Janeiro a Abril de 1934.

*África Médica.* Revista Mensal de Higiene e Medicina Tropical. 3.º número.

*Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia.* N.º 6, Dezembro de 1934.

*Le Climat de Madère et ses effets thérapeutiques.* Dr. Armando Narciso.

*Clinica, Higiene e Hidrologia.* Revista mensal com comêço de publicação em Janeiro do ano corrente, cuja direcção científica é constituída pelo que há de melhor na classe médica portuguesa: Drs. Ricardo Jorge, Pulido Valente, Custódio Cabeça, Oliveira Luzes, Serras e Silva, Aníbal da Castro, Reinaldo dos Santos, Mark Athias, José Alberto de Faria, Mário Moreira, Mário Carmona, Pereira Salgado, Lopes Martins, Henrique von Bonhorst, Adelino Costa e Maximino Correia.

Em cada número publicar-se-há um trabalho sôbre uma especialidade ou assunto de interêsse para a maioria dos leitores. Não se trata, como se diz no editorial, de uma revista dedicada a esta ou àquela especialidade mas sim dum jornal de médicos dedicado a todos os assuntos de medicina, ainda que à clínica, à higiene e à hidrologia se reserve uma importância especial.

Se falhar a tentativa não será por falta de bons patronos. Mas não falhará.

Com os mais efusivos cumprimentos daqui lhe endereçamos os melhores votos de futuro brilhante.

#### *A Biblioteca da Faculdade de Medicina de Coimbra.*

Acaba de sair o 1.º fascículo da publicação sob aquele título e sob a direcção do Prof. Feliciano Guimarães, Bibliotecário da Faculdade de Medicina. O seu objectivo é dar a conhecer a sua história que vem desde que o Dr. Florêncio Galvão a fundou em 1853 e ainda, e sobretudo, mostrar as preciosidades bibliográficas que encerra. De há muito se fazia sentir a necessidade duma publicação que focasse devidamente a Biblioteca da Faculdade de Medicina de Coimbra, rica pelo recheio mas... pobre, muito pobre, pelas suas instalações.



FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA  
RODRIGO DE CARVALHO

## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### **Faculdades de Medicina**

De Lisboa — Foi homologado o contracto celebrado com a sr.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Berta de Jesus Moraes para o cargo de assistente da cadeira de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— O sr. dr. João Maria de Oliveira Machado, foi nomeado para o lugar de assistente do 6.<sup>o</sup> grupo, medicina interna (cadeira de clínica médica) — «Diário do Governo» II série, n.<sup>o</sup> 47, de 26 de Fevereiro.

### **Protecção à criança**

A sr.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Domitilia de Carvalho, apresentou à Assembleia Nacional um projecto de lei, largamente justificado, tendente a evitar a mortalidade infantil.

O referido projecto é concebido nos seguintes termos:

Artigo 1.<sup>o</sup> Haverá em todos os liceus femininos um curso obrigatório de Higiene Geral e Puericultura, cuja regência será confiada a uma professora médica, ou, na falta desta à médica escolar do respectivo liceu.

§ 1.<sup>o</sup> O programa destas disciplinas será distribuído pelas 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> classes do Curso Geral, com duas lições semanais de uma hora, cada, e pelas classes 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> dos cursos complementares, com uma lição semanal de uma hora e meia.

§ 2.<sup>o</sup> Far-se-ão as reduções necessárias para que se mantenha no quadro actual o número de lições semanais ali designadas.

Artigo 2.<sup>o</sup> É igualmente obrigatório em tôdas as escolas secundárias femininas, nos termos que vierem a ser designados, o ensino a que se refere o artigo anterior.

Artigo 3.<sup>o</sup> Fica revogada a legislação em contrário.

### **Sociedades científicas**

#### **Ciências Médicas**

Nesta Sociedade foram feitas duas comunicações pelos srs. drs. Silva Carvalho e Borges de Sousa, que presidiu à sessão, secretariado pelos srs. drs. Freitas Simões e João Manuel Bastos.

O sr. professor Silva Carvalho, antes, porém, de entrar no assunto da sua comunicação — «Um importante capítulo da história da oftalmologia em Portugal» — cumprimentou o sr. dr. Borges de Sousa pela sua eleição para presidente da Sociedade, a qual se deve especialmente aos seus altos merecimentos, e participou que o sócio dr. Teixeira Deniz, recentemente falecido, legara àquela colectividade uma colecção de valiosas obras. Em seguida propôs que a Sociedade se fizesse representar no próximo Congresso internacional de História da Medicina, que vai realizar-se em Madrid, sendo eleito por aclamação para êsse efeito o sr. prof. Silva Carvalho.

Na ordem da noite apresentou, então, êste professor, em nome da secção de História da Medicina da Sociedade e em homenagem ao sr. dr. Borges de Sousa «Um importante capítulo da história da oftalmologia em Portugal», começando por demonstrar como esta especialidade pode, no nosso País, considerar-se a mais nobre, entre outras razões, porque dela, escreveram três eminentes médicos portugueses — Pedro Julião ou Petrus Hispanus, Valesco de Taranta e Felipe ou Elias Montalto. Além disso, foi a primeira, oficialmente ensinada em Portugal, na segunda metade do século XVIII, no Hospital de S. José.

O sr. dr. Silva Carvalho disse que pretendia, por agora, tratar apenas do período desta história, que se pode caracterizar por ser a época da cirurgia ocular, período que começa no último quartel do século XVIII.

Referiu o que fizeram em Lisboa Claudio Vellier e um padre da Vidigueira, operando cataratas, e o que escreveram João Curvo Semedo e Feliciano de Almeida sobre esta operação.

Contou, depois, a vinda do cirurgião francês Jacques Daviel a Espanha e Portugal e fez a sua biografia, historiando, principalmente, o que o tornou célebre.

Seguiu-se a biografia do cirurgião inglês John Taylor, que foi chamado o rei dos charlatães, e, sobretudo, a parte das suas viagens na Península. Em Portugal esteve êle quatro anos, percorrendo o País, do Minho até ao Algarve, demorando-se no Pôrto, em Coimbra e em Lisboa. Em Coimbra obteve dos lentes atestados que demonstram a admiração que causou pelas suas prelecções e pelas operações que praticou. Tratou as pessoas mais importantes do reino, foi apresentado ao rei e à rainha, conheceu muito os príncipes e foi recebido nas casas mais nobres. As pretensões que aqui teve e o que fez para conseguil-as são de muito interesse e curiosidade.

Citou a opinião que da parte dos clínicos se manifestou depois da sua partida.

O sr. dr. Silva Carvalho terminou a sua brilhante comunicação historiando o que fez depois, honras extraordinárias que recebeu, grossos cabedais que ganhou e a maneira como acabou a vida. Referiu-se aos seus filhos e netos e à sua bibliografia. Apresentou, ainda, a dúvida que tem sobre se um Taylor que, no princípio do século XIX, esteve ao serviço de Portugal como cirurgião militar seria da quarta geração

desta dinastia de cirurgiões. Grande parte da biografia de John Taylor referente à sua permanência em Espanha e em Portugal, é absolutamente inédita

A segunda comunicação foi feita pelo sr. professor dr. Borges de Sousa. E aquele oftalmologista tratou o assunto — tratamento dos descolamentos da retina — com desusado brilho. Depois de dizer que esta era uma doença de grande gravidade e de péssimo prognóstico, rarissimamente curada pela terapêutica médica, criticou as estatísticas que sob a mesma rúbrica incluem «curas e melhoras», explicando a razão de melhoras aparentes nem sempre corresponderem à realidade.

Falou, depois, do grande mérito de Gonin, que demonstrou a possibilidade da cura do deslocamento desde que se realize a oclusão a termocautério da rasgadura retiniana. Apresentando os defeitos do método, passou a considerar a operação de Guist-Lindner eficaz, mas muito trabalhosa e difícil, e, enfim, manifestou as suas preferências pelo método diatérmico de Weve.

O sr. professor Borges de Sousa, servindo-se dêste método, com modificações que nele introduziu, obteve em 45 casos 34 curas. E insistiu na necessidade de estudar cada caso com o maior cuidado, procurando e localizando as rasgaduras, e afirmou que o êxito da operação depende, sobretudo, de a sua execução ser realizada tão cedo quanto possível, considerando, por isso, ser êrro imperdoável perder-se tempo com a terapêutica médica, absolutamente inútil, em detrimento das probabilidades da cura cirúrgica, única possível.

É a necessidade de operar cedo os descolamentos que leva a fazer esta comunicação prévia o sr. professor dr. Borges de Sousa.

#### **Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia**

Nesta Sociedade, foram apresentadas as seguintes comunicações: «Problemas da etnologia brasileira», pelo prof. Mendes Correia; «A propósito das pretensas alterações das impressões digitais», pelo sr. dr. Luiz de Pina; «Dissecação dum negro de Moçambique — Nova contribuição para o estudo antropológico das partes ósseas», pelo sr. dr. Armando Leão; «O Castro de Sampaio (Vilarça)», pelo sr. dr. Santos Junior; «O índice da secção do cabelo nos portugueses» e «Alguns casos de hexadactília», pelo sr. dr. C. Teixeira; e «Curandeiros de Moribane (Moçambique)», pelo sr. dr. Fernando de Castro P. de Lima.

Foram eleitos sócios correspondentes os srs. profs. A. Bovero e F. Favero, da Faculdade de Medicina de S. Paulo (Brasil) e sócio efectivo o sr. padre Sousa Maia (abade de Canidelo).

A sociedade resolveu fazer-se representar nas festas do 3.º aniversário do Museu de História Natural de Paris.

#### **Conferências**

Realizaram-se as seguintes conferências: «A higiene no ensino primário», pelo sr. dr. José Crespo, em Viana do Castelo; «Vitalismo e

mecanismo», pelo sr. dr. Abel Salazar, no Pôrto; «Biotipologia e medicina», pelo sr. dr. Luiz Pereira, no Pôrto; «A lepra e sua profilaxia social», pelo sr. dr. Melo e Maia, em Vieira de Leiria; «A aviação sanitária e o médico aeronáutico», pelo sr. dr. França Martins, em Lisboa; «Panorama da acção da Liga Portuguesa de Profilaxia Social», pelo sr. dr. Emilio de Magalhães, em Lisboa; «Aspectos actuais do problema da inervação cardíaca», pelo sr. dr. Ernani Monteiro, no Pôrto; «Bases de terapêutica e dietética da acidose e da alcalose», pelo sr. dr. Elísio Milheiro, no Pôrto.

### **Direcção Geral de Saúde Escolar**

Dr. Manuel Guimarães Serodio, contratado para o lugar de médico escolar do Liceu Latino Coelho, em Lamego. — «Diário do Governo», II série, n.º 30, de 6 de Fevereiro.

— Dr. Daniel Joaquim de Sousa Refoios de Matós, contratado para o lugar de médico escolar da Inspecção do Distrito Escolar de Lisboa. «Diário do Governo» II série, n.º 5 de Janeiro.

### **Várias notas**

Foi nomeado director clínico da Estância Hidrológica das Caldas de Moledo, o sr. prof. dr. Alvaro de Almeida Matos. — «Diário do Governo», II série, n.º 26, de 1 de Fevereiro.

— A Faculdade de Medicina de Coimbra delegou no sr. prof. dr. Rocha Brito a sua representação no Congresso Internacional da História da Medicina, em Madrid.

Pelo decreto n.º 25.075, publicado em 25 de Fevereiro, foi suprimido um lugar de médico actualmente vago, na colónia de S. Tomé e Príncipe.

— Foram condecorados com a ordem Militar de Aviz: tenente-coronel médico do quadro de Saúde de Angola, dr. Armando Amadeu Enes Ramos Fontainhas; com o grau de comendador, capitão médico, dr. Afonso Henriques Manaças, com o grau de oficial; o dr. Carlos Galvão, inspector de saúde, com o grau de comendador da ordem de Benemerência.

— O sr. dr. Carlos Alfredo dos Santos, director do serviço de radiologia do Hospital de Santo António dos Capuchos foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, durante 90 dias, de ir a Espanha, França, Suíça e Alemanha estudar os progressos da radiologia.

— Foi rescindido o contracto do sr. dr. Fernando de Sousa Teixeira de Sampaio de médico interno da Maternidade dr. Alfredo Costa e contratado para o lugar de médico assistente da mesma maternidade.

### **Falecimentos**

Em Braga, faleceu a sr.<sup>a</sup> D. Rosa Cândida de Azevedo Moura, estremosa irmã do eminente professor da Faculdade de Medicina de Coim-

bra, e ilustre redactor da «Coimbra Médica», sr. dr. Elisio de Mroura, a quem apresentamos as nossas sentidas condolências.

Faleceram, em Tondela, o sr. dr. António Feliciano Pais do Amaral, médico municipal aposentado; em Mesão Frio, o sr. dr. José de Miranda Guedes, médico em Lourenço Marques; em Luanda, o sr. Dr. Ramiro de Matos Maia, chefe da Circunscrição Sanitária; no Pôrto, o sr. prof. dr. Manuel Lourenço Gomes, professor de Medicina Legal.

## CALENDÁRIO DOS CONGRESSOS MÉDICOS

### ASSUNTOS MARCADOS PARA A ORDEM DO DIA DOS PRÓXIMOS CONGRESSOS

1935

VII Congresso Internacional dos acidentes de trabalho — Bruxelas  
Secção de cirurgia: *Conséquences lointaines des traumatismes du crâne.*

I — Etiologie symptomatologique: M. Akerman (Stockolm) Stern (Cassel).

II — Anatomie pathologique: M. Pemfield (Montréal).

III — Diagnostic, pronostic et valorisation: M. Lippens (Bruxelles).

IV — Tratamento: MM. Olier (Madrid); Martin (Bruxelles); Petit-Dutaillis (Paris).

XXXIX Congresso Francês dos médicos alienistas e neurologistas  
— Bruxelles, 22 a 27 de Julho. Presidente, M. René Charpentier; secretário geral, M. P. Combemale, em Bailleul (Nord).

Psiquiatria: *L'histérie et les fonctions psychomotrices*; estudo psicofisiológico. Relator, dr. Henri Baruk, médico chefe da casa nacional de saúde de Saint-Maurice (Seine).

Neurologia: *L'histérie et les fonctions diencéphaliques*; estudo neurológico. Relator, dr. Ludo Van Bogaert, agregado da Universidade de Bruxelles.

Medicina Legal psiquiátrica: *Délinquance et criminalité de l'enfance*. Relator, dr. Henyer.

Congresso Internacional de Medicina de seguro de vida — Londres, 23 a 27 de Julho. *Des méthodes pour l'évaluation des risques*. Relatórios preliminares: dr. Sturm, da Alemanha; dr. Chester F. Brown, dos Estados Unidos. — Discussão sobre *Le pronostic de l'hypertension*. Relatórios preliminares: dr. May e dr. Ollivier, da França; professor dr. Winternitz, da Itália. — *De l'acceptation des glycosuriques*. Relatórios preliminares: prof. W. Kangdon Brown,

do Inglaterra; prof. Van den Berg, da Holanda. — Discussão sobre *Les ulcères gastro-intestinaux et l'assurance vie*. Relatórios preliminares: prof. dr. Romanelli, da Italia; dr. Faroy e dr. Carrié, da França. — Discussão sobre *De la valeur des mesures préventives dans l'assurance vie*. Relatórios preliminares: dr. O. Neustatter, da Alemanha. Relatórios especiais.

**XLIV Congresso de Cirurgia** — Paris, 7 de Outubro. Presidente, M. Michel (Nancy); vice-presidente, M. Pauchet (Paris). *Technique et conséquences physiologiques des interventions sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée)*.

**I Congresso Internacional de gastro-enterologia** — Bruxelles, 5 a 7 de Agosto. Secretário geral, dr. G. Brohée, 64 Rue de la Concorde, Bruxelles.

I — *Les gastrites*. Relatores: MM. A.-F. Hurst, W. Zweig, Konjeztny, Parchoud, Berg, F. Montier, G. Lyon.

II — *Les colites ulcéreuses graves nom amibiennes*. Relatores, MM. Galart-Monès, Snapper, Lardennois, Donati Dall'Acqua, Dustin, Wimtrup e Goiffon.

**Congresso da gôta e do ácido úrico** — Vittel, 14 a 16 de Setembro  
Secretário geral, dr. Maurice Boigey, em Vittel.

*Les troubles des échanges nutritifs chez les goutteux* (prof. Loeper e prof. agregado Lemaire).

*Métabolisme de l'acide urique* (dr. Brodin e M. Grigaut).

*Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale* (prof. Santenoise, prof. agregado L. Merklen e dr. M. Vidacovitch).

*Le foie des goutteux* (prof. agregado Abami).

*Le foie des goutteux* (prof. Noël Fiessinger).

*L'appareil cardio-vasculaire des goutteux* (prof. agregado C. Lian e dr. Gilbert-Dreyfus),

*Pathogénie de la goutte e tophus goutteux* (prof. P. Merklen e prof. agregado M. Wolf).

*Formes cliniques du rhumatisme goutteux* (dr. Mathieu-Pierre Weil).

*Goutte et cellulite* (prof. Paviot).

*Le sang des goutteux* (dr. Coste).

*Troubles anaphylactiques chez les goutteux* (prof. agregado Pasteur-Vallery-Radot e dr. Maurice).

*Troubles nerveux chez les goutteux* (prof. Rimbaud e dr. Anselme Martin).

*Diététique et hygiène de la goutte* (prof. agregado Guy Laroche).

*Radiographie de la goutte* (prof. J. Rechou).

*Histoire thermale de la goutte* (prof. agregado Chabrol).

*Le traitement médicamenteux de l'uricémie* (dr. A.-P. Cawadias).

*Thérapeutique hydrominérale de la goutte* (prof. Lemierre e dr. Justin Besançon).

**Congresso francês de ginecologia** — 8, 9 e 10 de Junho, Salies-de-Béarn. Presidência do prof. Guyot, de Bordeaux. *Les hémorragies génitales de la femme, en dehors de la grossesse et des tumeurs*. Secretário geral, M. Maurice Fabre, 6 Rue du Conservatoire, Paris (9<sup>e</sup>).

**Dias médicos de Bruxelles** — 29 de Junho. Secretário geral, M. Beckers, 141, Rue Béliard, Bruxelles. *Physiopathologie des glandes endocrines*.

**IX Congresso Internacional de Medicina e de Farmácia militares** — Bucarest, 2 a 9 de Setembro.

Primeira questão: *Principes d'organisation et de fonctionnement du service de santé dans la guerre de montagne* (Roumanie-Italie).

Segunda questão: *Détermination de l'aptitude aux diverses spécialités des armées de terre, de mer et de l'air* (Roumanie-França).

Terceira questão: *Sequelles des blessures de l'abdomen* (Roumanie-Estados Unidos).

Quarta questão: *Recherches ayant pour but l'unification des méthodes d'analyse des aliments et boissons destinés à l'alimentation du soldat* (Roumani-Tchécoslovaquia).

Quinta Questão: *Soins bucco-dentaires à l'avant* (Roumanie-Lituania).

Sexta questão: *Étude comparative des attributions des services administratifs sanitaires dans les différentes armées de terre, de mer et de l'air* (Roumanie-Chili).

**Congresso Francês de Ortopedia** — Bruxelles, 4 de Outubro.

I — *Les mycoses osseuses et articulaires*, Mr. Marcel Meyer (Strasbourg) relator.

II — *Le syndrome de Volkmann (rétraction ischémique des fléchisseurs des doigts)*, M. Raphaël Massart (Paris) relator; secretário geral, M. Roederer, Paris.

**VIII Congresso Francês de oto-neuro-ophtalmologie** — Nyce, 15 a 18 de Abril. *Abcès du cervelet en oto-neuro-ophtalmologie*. Secretário geral, M. Aug. Tournay, 58 Rue de Vaugirard, Paris.

**IV Congresso de la «Societas» O. R. L. Latina** — Bruxelles, 20 a 23 de Setembro. Presidente, M. Buys; secretário geral, M. Chavanne, em Lyon. *Les abcès encéphaliques en oto-rhino-laryngologie*.

IX Congresso dos pediatras de língua francesa — Bordeaux. Presidência do dr. Rocaz.

*Épidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile* (M. Péhu, Lyon).

*Insulinothérapie chez l'enfant* (MM. Aubertin, Bordeaux e Lelong, Paris).

*Déformation dystrophiques du thorax* (MM. Levêque, Ombrédanne e Garnier, Paris).

Associação Francesa de Urologia — Paris, 7 de Outubro. Presidente, M. Thevenot (Lyon). *Influences immédiates et éloignées de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein.*

VIII Congresso Nacional da Tuberculose — Marseille, 15 a 18 de Abril. Presidente, M. Olmer; secretário geral, MM. J. Olmer e Royer.

I — Questão biológica: *Le rôle de l'ultravirus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale.* Relatores, MM. Arloing e Dufourt (Lyon), H. Durand e Vandremere (Paris).

II — Questão clínica: *Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* Relatores, MM. Leuret e Caimon (Bordeaux), Maurer e Roland (Paris).

III — Questão médico-social: *La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Afrique du Nord*, com quatro relatórios, 1.º Algérie: M. Aubry (Alger) 2.º Tunisia: MM. Masselot e Bloch (Tunis). 3.º Marrocos: MM. Lapin e Bonjean (Rabat). 4.º África ocidental francesa: M. Blanchard (Dakar).

IV — *La prophylaxie de la tuberculose dans la marine.* 1.º Marinha de guerra: relatores, Plasy e Hederer. 2.º Marinha mercante: M. Marcel Clou.

V — Congresso Internacional dos Hospitais — Roma, 19 a 26 de Maio

## 1936

III Congresso da Sociedade Internacional de Ortopedia — Roma Setembro. *Les dérangements internes du genou; les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile.*

Congresso Francês de Ortopedia — Paris. *Le traitement des déviations rachitiques des membres.*



LIVRARIA ACADÉMICA  
DE  
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES:

- ALBERTO PESSOA — Guia de Technica policial, 1 vol. ilustr. 15\$00  
A prova testemunhal, 1 vol. ilustr. .... 20\$00  
J. J. da Gama Machado, 1 vol. ilustr. .... 20\$00
- Ideas médicas de Eça Queiroz:
- I A morte de Amelia e a morte de Luiza. .... 5\$00  
II A morte de Juliana e outros casos fatais. .... 3\$00  
III As doenças não mortais. .... 4\$00  
IV O caso de Damaso Salcede. .... 4\$00  
V José Matias, o Tóto e vários outros. .... 4\$00  
Hospitais de Coimbra, 1 vol. ilustr. .... 15\$00
- ALBERT-WEIL — La médication antithermique dans la tuberculose et autres maladies. (B)—Frs. 15,00.
- ALEXANDER — Cuándo debe intervenirse quirúrgicamente en la tuberculose pulmonar? 1 vol. con 90 pag. y 28 figuras. (L)—Pesetas 9,00.
- BERNARD ET EVEN — Thérapeutique hydro-climatologique de la Tuberculose. 1 vol, 146 pag. (M)—Frs. 20,00.
- BOEHLER — Technique du traitement des fractures. 1 vol. 652 pag. 1.046 fig. (M)—Broché Frs. 140. Cartonné toile Frs. 160.
- BROCC ET MIGINIAC — Chirurgie du Pancréas, 1 vol. de 428 pages. 74 fig. (M)—Frs. 75,00.
- CANUYT ET WILD — Le traitement des hémorragies et la transfusion sanguine d'urgence en oto-rhino-laryngologie. (M)—Frs. 35,00.
- DEMELIN — Les mains de fer. Étude sur le forceps. 1 vol. de 108 pag. avec 39 fig. (V)—Frs. 10,00.
- DOURIS — Toxicologie moderne à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, des médecins légistes et des chimistes experts. — 1 vol. 339 pag. (V)—Frs. 45,00.

LIVRARIA ACADÉMICA  
DE  
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

---

ULTIMAS NOVIDADES :

- FROMENT — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux. 1 volume  
112 pag. (B) — Frs. 15,00.
- GALLAVARDIN ET TOURNIAIRE — Les Névroses tachycardiques. (M) —  
Frs. 17,00.
- GOUGEROT — Traitement de la Syphilis acquise. 1 vol. 70 pag. (B)  
— Frs. 10,00.
- JACQUELIN — Directives en pratique médicale. 1 vol. (M) — Frs. 35,00.
- NOBÉCOURT — Clinique Médicale des Enfants. — XI. La Syphilis chez  
l'Enfant. (M) — Frs. 60,00.
- PALAZZOLI — L'Impuissance sexuelle chez l'homme. Étiologie; Dia-  
gnostic, Traitement. (M) — 1 vol. — Frs. 45,00.
- PARODI — Repos physiologique du poumon par hypotension dans le  
traitement de la tuberculose pulmonaire. 1 vol. (M) — Frs. 48,00.
- PARREL ET HOFFER — Les enfants qu'il faut réadapter. 1 volume  
283 pag. (V) — Frs. 20,00.
- PARTURIER — Les syndromes hépato-endocriniens. 1 vol. 350 pag. (V)  
— Frs. 30,00.
- RAVINA — L'Année thérapeutique 1934. (M) — Frs. 18,00.
- STÉPHANI — Étude clinique et radiographique des formes de la tuber-  
culose pulmonaire. (AL) — Frs. 20,00.
- TISSOT — Pronostic et Tempérament. 1 vol. 106 pag. avec 30 figu-  
res. (V) — Frs. 18,00.
- STROMINGER — La Colibacillose. Étude clinique et thérapeutique. (M)  
— Frs. 45,00.
- VALERY-RADOT ET HAMBURGER — Les Migraines. Étude pathogénique,  
clinique et thérapeutique. (M) — Frs. 45,00.
- VEAU ET D'ALLAINES — Pratique courante et chirurgie d'urgence.  
9<sup>e</sup> édition. (M) — Frs. 26,00 broché. Frs. 32,00 cartonné.