

# COIMBRA MÉDICA

ANO III

DEZEMBRO DE 1936

N.º 10

## SUMÁRIO

	Pag.
UMA FAMÍLIA DE SIRINGOMIÉLICOS OU DE HANSENIANOS POLINEVRÍTICOS— dr. Rocha Brito. . . . .	669
SOBRE UM CASO DE TUMOR CONGENITO DA REGIÃO SACROCCÍGEA — dr. Antunes de Azevedo . . . . .	700
A PROPÓSITO DUM CASO DE EDEMA DA GLOTE — dr. Manuel de Brito Subtil . . . . .	719
POEIRA DOS ARQUIVOS — dr. Rocha Brito . . . . .	730
NOTAS CLÍNICAS — DOENÇA DE HEINE-MEDIN — dr. Lúcio de Almeida . . . . .	741
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . .	LXV

---

*MOURA MARQUES & FILHO*  
*COIMBRA*

## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da  
Fonseca — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos  
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —  
Prof. Rocha Brito — Prof. Morais Sarmento — 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

## REDACÇÃO

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
Estrangeiro . . . . .	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

# SULFARSENOL

---

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

## ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

**Extraordinariamente poderoso**

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

Adaptando-se por consequência, 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>a</sup>  
LISBOA

# 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.

# 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, extremamente 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<sup>8</sup>  
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

## Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

### ULTIMAS NOVIDADES:

- BRUYNOGHE (R) — L'Immunité et ses applications. 4<sup>e</sup> édition. 1 vol. gr. in-8 de 400 pages, avec figures. (B) — Frs. 60,00.
- DAUPHIN — L'Alcoolisme qui s'ignore. 1 vol. 80 pages, avec 11 figures et 1 tableau. (B) — Frs. 12,00.
- GUENIOT — Pour vivre cent ans ou l'art de prolonger ses jours. 4<sup>e</sup> édition 1 vol. in-16 de 230 pages. (B) — Frs. 14,00.
- HARTMANN — La Radiographie en ophtalmologie. Atlas clinique. 280 pages. 391 figures. Relié toile. (M) — Frs. 230.
- LEYS — Recherches sur les Eaux polluées. 1 vol. gr. in-8 de 112 pages, avec figures. (B) — Frs. 20,00.
- MARION — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie. 1 vol. 62 pages. (M) — Frs. 24,00.
- OMBREDANNE — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile. 1 vol. 88 pages. (M) — Frs. 24,00.
- RATHERY — Le Diabète sucré. Leçons cliniques. 2<sup>e</sup> série. 1 vol. gr. in-8 de 327 pages avec (B) — Frs. 50,00.
- TERRACOL — Les Maladies des fosses nasales. 554 pages. 223 figures. (M) — Broché Frs. 110,00. Cartonné toile Frs. 130,00.
- VAN GEHUCHTEN (A) — Les Maladies nerveuses. 1 vol. gr. in-8 de 549 pages, avec 407 figures. (B) — Frs. 130,00.



## UMA FAMÍLIA DE SIRINGOMIÉLICOS OU DE HANSENIANOS POLINEVRÍTICOS? (1)

Estamos em face dum problema clínico de diagnose diferencial extremamente difícil, senão insolúvel neste momento.

Porisso mesmo, certos autores fogem às angústias do dilema, sustentando a identidade das duas afecções: a siringomielia e a polinevrite hanseniana. Neste número se inclui o grande leprólogo Zambaco Pachá, para quem a lepra nervosa, o panarício indolor de Morvan e a siringomielia são devidos sempre à mesma causa — a micobactéria de Armauer Hansen.

Como nos enfileiramos com os ecléticos e temos por certo que, a-pesar das múltiplas e reais semelhanças, as duas unidades nosológicas são diferentes tanto pela sua localização, como pela sua natureza, a nossa consciência leva-nos a investigar todas as possibilidades, por mais insignificantes, de chegarmos a um diagnóstico provável, duma ou doutra quando não possamos trazer a convicção aos nossos ouvintes, cujo auxilio solicitamos.

Há tempos veiu consultar-nos o serralheiro A. R. casado, de 31 anos de idade, residente em Alfarelos. A mulher, saudavel aparentemente, concebeu duas vezes, tendo dado da primeira vez à luz uma criança a termo que morreu ao nascer, segundo afirma o doente, por ter sido muito demorada a sua permanência no «nascidouro»; da segunda vez a gestação não foi a termo por abortamento voluntário. A Wassermann desta é negativa.

Nunca contraiu doenças venéreas.

Refere que o avô materno, a mãe e uma irmã desta, já falecidos, sofreram da mesma doença que êle, tendo tido aquele e a mãe, a mais na sua sintomatologia, o mal perfurante plantar.

Dos seus seis irmãos, que foram quantos nasceram, não tendo havido

---

(1) Comunicação feita na quinzena hospitalar de 16-XI-936.

abortos, nem nados mortos, quatro são saudáveis e duas apresentam uma sintomatologia muito semelhante à d'ele.

É o mais novo da família, nunca teve doença de maior e faz remontar o início do seu sofrimento há cerca de três anos, quando, portanto, tinha, 29 anos, tendo o doente, que se exprime com facilidade e precisão, notado a coincidência do aparecimento da doença nas irmãs aproximadamente pela mesma idade (dos 30 aos 34 anos).

Antes, ou quasi coincidindo com o principio dos seus padecimentos, soffreu de uma «febre intestinal» cujo diagnóstico retrospectivo não nos foi dado apurar por falta de dados clínicos.

Há cerca de 3 anos começou a sentir como que uns *formigueiros* nos dedos dos pés, principalmente nos dedos grandes que muito o incomodavam. Consultou um médico, que, não obstante a negatividade da sua Wassermann, lhe ministrou um tratamento anti-sifilítico, de prova, sem o menor êxito, seguido duma punção lombar, que revelou um líquido céfalo-raquídeo normal, diz êle. Foi por esta altura que lhe surgiram umas perturbações intestinais, caracterisadas por períodos de diarreia, alternados com outros de obstipação, acompanhando-se as feses de algum muco e sangue. Mais tarde, pouco depois, é internado no Hospital de Santa Marta de Lisboa, onde foi acometido de retenção de urinas, que foram extraídas por cateterismo, tendo-se seguido a êste incidente, o fenómeno contrário de incontinência, que ainda hoje se mantem. Quasi ao mesmo tempo, senão foi antes, começou o doente a notar que os *formigueiros* dos pés davam logar a uma dormência, ainda mais incómoda, tendo-lhe acontecido queimarem-se por vezes sem que tal sentisse.

Complica-se o quadro mórbido com perturbações da marcha e emagrecimento das pernas, diz o doente, sendo isto acompanhado duma fadiga fácil ao fim duma caminhada, nem porisso muito grande. Notou ao mesmo tempo diminuição da potência sexual. De novo lhe foi feita uma raquicentese e de novo o líquido céfalo-raquídeo foi considerado normal.

Como terapêutica tentou-se a radioterapia, que, com o tratamento anti-sifilítico também instituído, foi de nulos efeitos, tendo então pedido alta e perdido a esperança na cura.

Entretanto, a sua sintomatologia tornava-se mais intensa e extensa pelo que resolveu internar-se nos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde está na enfermaria 3.ª M. H. anexa ae ensino da Cadeira de Patologia Médica, desde 2-X-936.

#### Estado actual

Doente apirético, com regular estado geral, de altura 1<sup>m</sup>,74, com o pêsso de 60 kilos.

Tensões arteriais : Mx = 10

Md = 6,5

Mn = 5

I. O. = 4

O doente caminha com dificuldade, apoiado a uma bengala para não

cair. Projecta bruscamente os pés para diante e levanta muito os joelhos, para não arrastar as pontas dos pés, que estão pendentes, em virtude da acentuada atrofia dos músculos extensores daqueles. A-pesar dêste estratagemata rompe as botas nas biqueiras.

Sinal de Romberg apenas esboçado. Reflexos rotulianos normais, talvez um pouco menos vivo à esquerda. Aquileanos abolidos.

Notáveis atrofias dos músculos das pernas, arrefecidas sempre até às extremidades, com anidrose.

Os pés estão pendentes, em equinismo pronunciado e com profunda escavação das plantas, à custa sobretudo dos músculos das regiões interna e externa; amiotrofia dos interósseos. Estas amiotrofias encontram-se também nas extremidades superiores mas em muito menor grau, predominantes nas mãos e um pouco nos antebraços. As atrofias dos interósseos e dos músculos da eminência tenar e hipotenar deformam um pouco a mão que esboça o tipo de *Aran-Duchenne*.

Os movimentos delicados do mínimo e anelar são um tanto difíceis.

Impotência genital. Incontinência de urinas.

Pupilas normais no tamanho, contorno e reflexos. Nem esboço de Argyll-Robertson. Não há tremôr intencional, nem qualquer outro, nem espasmos.

Face intacta na mímica e na estática.

O estudo da sensibilidade mereceu-nos particular atenção, porque são as suas perturbações, juntamente com as amiotrofias, as dominantes da doença.

A sensibilidade táctil está quasi abolida nos pés, onde a sua ausência é completa nos dedos grandes, que estão *gelados*, cianosados e levemente exulcerados. A' medida que vamos subindo nesta exploração, a sensibilidade tactil vai progressivamente aparecendo para ser completa nos joelhos. Nos membros superiores a sensibilidade táctil está íntegra bem como nos ombros, tronco, pescoço, face e couro cabeludo.

Pelo que respeita às sensibilidades dolorosa e térmica averiguámos que estão completamente abolidas nos pés, caminhando *pari passu* à medida que vamos subindo na exploração para as raízes dos membros, mas verificando-se que se vão recuperando lenta e progressivamente, segundo a distribuição segmentar e não radicular.

Ao mesmo tempo nota-se que vão até mais longe as zonas de termo-anestesia, que sempre nos pareceram mais pronunciadas do que as de analgesia. Como também nos pareceu que a anestesia à temperatura precedeu a anestesia à dor.

Podemos dizer que outro tanto acontece nos membros superiores pondo em vez de anestesia, hipostesia não muito pronunciada mas mais acentuada no domínio do cubital.

Sensibilidade à pressão e profunda não alteradas, bem como o sentido estereognóstico.

Não há escoliose, nem cifo-escoliose.

Wassermann, novamente feita, negativa; não se fêz a punção lombar por o doente a isso se recusar.

O resultado da de Lisboa a 23 de Junho de 1934 deu :

Albumina levemente aumentada; contagem 1,0 por mm. (bastantes hemácias).

Exame citológico: bastantes hemácias, alguns linfocitos, muitos polinucleares; Pandy e Wassermann negativos.

Como o que aí aparece de anormal pode, por ventura, atribuir-se à presença do sangue, e a Wassermann e Pandy são negativas, podemos concluir pela normalidade do líquido, o que também o doente parece ter ouvido em Lisboa.

A radiografia dos pés, feita pelo sr. dr. Fernandes Ramalho, nada revelou de anormal.

As reacções eléctricas dos músculos, cujas determinações, devemos à amabilidade do sr. dr. Correia Soares, vam descritas no seguinte quadro :

A. R. Registo n.º 5308 — Exploração eléctrica dos músculos dos membros, particularmente das mãos, pés e respectivos dados.

Reacção farádica: hipo-excitabilidade de todos os músculos.

Reacção galvânica :

Mão direita		mão esquerda	
Limiares			
Extensores	Flexores	Extensores	Flexores
E — 4 m.a	4 m.a	2 m.a	4 m.a
E + 6 m.a	4 m.a	4 m.a	4 m.a
Lentidão de contracção			
Pé direito		Pé esquerdo	
Limiares			
E — 6,5 m.a	16 m.a	12 m.a	10 m.a

E + 6,5 m.a            14 m.a            10 m.a            9 m.a

Resumo: Hipoexcitabilidade farádica e galvânica.

Nos flexôres das mãos E. P. = E. N. — Lentidão de contracção.

Nos flexôres e extensôres dos pés E. P. > E. N. — Lentidão de contracção.

Conclusão R. D. parcial, mais acentuada nos músculos dos pés, particularmente no grupo dos flexôres.

Com o dr. Correia Soares ainda pesquisamos a prova da sudação experimental pela ionisação do nitrato de pilocarpina sôbre a pele insensível segundo a técnica de Jeanselme.

Eis a técnica seguida :

1.º — Incorporar algumas gotas da solução aquosa a 2 % de nitrato de pilocarpina na diadermina ou estearato de glicerina, o que nos fornece um crême ionisável, isto é, condutor da corrente.

Aplica-se êste crême directamente, sem nenhuma ligadura, sôbre a pele insensível, devendo a espessura daquele ser duns 5 milímetros e a sua superfície um quadrado de 4 cm. de lado.

2.º — Colocar sôbre êste crême o eléctrodo activo ligado ao polo positivo, devendo aquele ser de carvão, de ouro ou platina; ligar o eléctrodo indifferente ao polo negativo.

3.º — Fazer passar uma corrente de 10 mili-ampères durante 5 minutos.

4.º — Ao fim dêste tempo está feita a ionisação. Lava-se a pele rapidamente com éter e verifica-se, com a luça, se aparecem gotículas de suor, tradutoras da actividade das glândulas sudoríparas, o que ainda melhor se poderá ver com um papel de mortalha ou pela pulverização da pele ionisada com o permanganato de potássio ou o azul de metilena.

Quando se trate da diagnose deferencial entre a lepra e a siringomielia, diz Jeanselme que a prova é de grande valor, devendo tratar-se da siringomielia se há sudação, da lepra quando não.

O resultado foi anidrose absoluta.

A pesquisa da micobactéria de Hansen no muco nasal foi negativa por duas vezes em épocas diferentes e após fortes raspagens dos septos. Idênticas pesquisas em escarificações e esfre-

gaços dos pés, onde os sensibilidades estavam abolidas, também não mostraram a presença do micróbio.

Em flictenas provocadas por queimaduras involuntárias nos segmentos inferiores das pernas, cujas sensibilidades térmica e dolorosa estavam totalmente abolidas, procurou-se igualmente a micobacteria, infrutiferamente.

Aos srs. Moura e Sá e António Lopes agradecemos essas investigações, bem como a todos que comnôscos colaboraram.

O sr. Doutor Nunes da Costa procedeu à exeresse dum gânglio da região inguinal direita, cujo exame histopatológico feito pelo sr. prof. Geraldino Brites, mostrou que :

«Há lesões de esclerose perivascular e ectasia sinusal com pouco intensa hiperplasia linfoide. Não há células leprosas ; a-pesar disso foi feita a pesquisa de bacilos que foi negativa. 24 de Outubro de 1936».

A fórmula hemoleucocitária determinada pelo sr. dr. Miguel Ladeiro é a seguinte :

Hemoglobina.....	95
Glóbulos vermelhos.....	4.952.000
Glóbulos brancos.....	4.500
Polinucleares neutrófilos.....	58,4 %
Linfócitos (pequenos e médios).....	34,6 %
Grandes mono-nucleares.....	3,0 %
Polinucleares eosinófilos.....	4,0 %
(21-X-936).....	

Como esta ligeira eosinofilia podia ser condicionada por uma parasitose intestinal, pediu-se um exame de fezes, que não revelou a presença nem de parasitas, nem dos seus ovos (dr. Miguel Ladeiro, 18-XI-1936).

Visto não encontrarmos nenhum sintoma clínico evidente de lepra por um lado e por outro os exames laboratoriais e histopatológicos não nos trazerem tampouco esclarecimentos seguros, resolvemos ir a Alfarelos observar a irmã aí residente e a outra que propositadamente veio de Lisboa ao nosso chamamento, tão grande foi o interêsse que êste problema clínico nos despertou, a mim e aos Ex.<sup>mos</sup> assistentes, drs. Santos Silva e Mário

Tavares de Sousa que nos acompanharam. O nosso intuito era concluir por analogia ou sobreposição, para o nosso caso, raciocínio lógico que de preferência seguimos em clínica.

Eis os resultados dessa diligência :

G. R., solteira, de 43 anos, residente em Alfarelos, mãe de 3 filhos, saudáveis. Não teve abortos, nem nados mortos; nenhum morreu. Até aos 33 anos, data a que faz remontar os seus actuais sofrimentos, não se lembra de ter tido doença de maior.

Por essa altura apareceu-lhe pela primeira vez uma dôr violenta no hipocôndrio direito, acompanhada de náuseas e vômitos alimentares. «Quanto comesse, vomitava» é expressão da doente. Pela repetição dêstes sintomas, mal acalmados pelos medicamentos, chegaram em Lisboa, a fazer duas intervenções cirúrgicas (há 7 e 8 anos, respectivamente), seguidas ambas da imediata sutura da parêde abdominal, sem tocarem no estômago, por não encontrarem nenhuma lesões.

Essas dôres, que surgiam violentas, apenas acabava de comer, eram precedidas dum estado nauseoso, insuportável, pior ainda que as dôres e seguido de vômitos.

Foi então, precisamente, que começou a sentir umas «picadas» muito exquisitas, espécie de agulhadas difíceis de suportar, em ambos os pés, que punha fora do leito, no intuito de os arrefecer, pois descobrira que assim abrandava as incômodas picadas e formigueiros. Estes disturbios eram mais acentuados nos dêdos e muito principalmente nos dêdos grandes que de começo estavam dormentes e por fim não os sentia já. «Era como se estivessem mortos, não eram seus». Ela ia verificar isto mesmo, passando nos pés os dêdos das mãos, de cujo contacto se apercebia, mas já sem poder distinguir se estavam quentes se frios. Dêste modo descobrira a doente que estava privada nos pés da sensibilidade ao calôr a ponto de bastas vezes se ter queimado com água a ferver e com a braseira, do que apresenta muitas e extensas cicatrizes. Mas, também não sentia o frio. Algum tempo depois verificou não sentir a mais pequena dôr nos pés, quando se picava ou se cortava com qualquer instrumento afiado. Estas perturbações foram subindo dos pés até às raízes das côxas. Refere que as dôres do hipocôndrio direito por vezes acometem-na de «chofre» súbitamente, como se fôssem picadas, desaparecendo também súbitamente.

Sentia alguma dificuldade em andar, cansando-se fâcilmente.

Muito mais tarde, há cêrca dum ano, começou a notar os mesmos fenómenos parestésicos nas mãos, que principiaram pelas tais «dormências», mas sem as picadas. Urina na cama involuntariamente, mas nem disso tem consciência, porque não sabe que está molhada.

Desde então, uma vez por outra, também vem tendo emissão involuntária de fezes.

### Exame actual

Menopausa há 3 meses. Tem 3 filhos aparentemente saudáveis ; o mais novo, porém, de 8 anos de idade tem dôres na região epigástrica que o obrigam a chorar e até gritar mas, sem sintomas objectivos : reflexos pupilares normais.

Não teve abortos, nem partos prematuros nem nados mortos.

A doente está deitada, em decúbito dorsal, entrevada há seis meses, levantando-se do leito muito difficilmente e isso mesmo muito ajudada.

O fácies nada apresenta de anormal. Reflexos pupilares normais.

O que avulta, apenas começamos a nossa observação, é o grau de extensa emaciação dos músculos dos membros inferiores, cujos pés pendentes estão no máximo de equinismo, com uma grande excavação plantar — o que tudo faz lembrar os pés das chinezas ; os dedos estão flectidos sobre as plantas, os dedos grandes um pouco mais. Vêm-se algumas cicatrizes, de vários tamanhos e ainda nas pernas e côxas, provenientes das queimaduras insensíveis e involuntárias.

Nas mãos há também atrofias musculares, mas muito menos accentuadas, sobretudo à custa dos interósseos, que não levam, todavia, à mão em «garra». São as mãos chamadas simianas, pela atrofia das regiões interna e externa.

Os seios, que a doente refere, terem sido volumosos, estão absolutamente ausentes e em seu logar a pele assenta, enrugada, sobre o esqueleto.

Ainda se queixa uma vez por outra de dôres no hipocôndrio, ainda acompanhadas de náuseas, mas já sem vômitos.

Reflexos aquilianos abolidos. Os rotulianos esboçam-se a-pesar da manifesta atrofia muscular das côxas.

A sensibilidade nos pés está abolida em todas as suas modalidades, incluindo a pressão e profunda. A' medida que vai subindo a exploração das sensibilidades, nota-se que pouco a pouco, estas vão surgindo, primeiro a tactil, depois a dolorosa, por fim a térmica, sempre mais extensa e mais intensa, o que está de harmonia com a anamnese colhida na história progressa.

Repare-se bem que se passa das zonas insensíveis para as zonas sãs gradualmente e não duma maneira nítida, cortante ; repare-se igualmente que a distribuição destas diferentes formas de anestesia se faz por segmentos e não à maneira radicular, em fitas ou faxas.

Nas mãos há ainda sensibilidade tactil que permite à doente costurar, embora fiscalizando o que faz com o auxílio da vista. As sensibilidades térmica e dolorosa abolidas, o que a leva a queimar-se constantemente sem o sentir. Estas sensibilidades vão-se normalizando à medida que se caminha para os hombros.

Não há nem manchas, nem pápulas, nem lepromas cutâneos.

Wassermann negativa.

Ausência de micobactérias de Hansen no muco nasal, mesmo após raspagem das mucosas.

Urinas normais.

Quanto à doente que veio de Lisboa colhemos a seguinte história clínica.

H. A. M., 35 anos, casada, sem filhos, nem abortos, nem nados mortos.

Já depois de ter sentido os primeiros sintomas da doença de que nos vamos ocupar foi sifilisada pelo marido, tendo-lhe aparecido então fortes cefaleias; feita nessa altura a Wassermann foi positiva forte (+ + + +), pelo que foi submetida a um tratamento específico em forma, que lhe fêz desaparecer as dôres de cabeça mas não impediu que a outra doença se guisse a sua marcha lentamente progressiva, mas progressiva.

Quando era tratada pelo 914 tinha náuseas acompanhadas de vômitos que se têm mantido com intervalos de acalmia que não excede uma semana. São vômitos *postprandiais*, mas também já lhe tem acontecido vomitar no dia seguinte alimentos ingeridos na véspera.

Desda esta data sofre de obstipação, por vezes alternada com diarreia, coincidindo os períodos de maior obstipação com os de maior sofrimento gástrico; não tem, todavia, dôres da região epigástrica.

A doença anterior à sua recente sifilisação começou como na irmã por *picadas, formigueiros e depois dormências*, dos pés, *taes quaes como na irmã*, acompanhados ultimamente de certa fraqueza nas pernas, que a obrigavam a parar quando as caminhadas eram um pouco mais longas. Então arrasta um pouco os pés, cujos sapatos se gastam mais nas bi-queiras.

Há grandes atrofias musculares sobretudo nos membros inferiores, onde as perturbações sensitivas principiaram, apresentando a doente sobretudo nos pés a disposição clássica do tipo siringomiélico, mas de distribuição segmentar.

Dos joelhos para cima as sensibilidades recuperam a normalidade absoluta, notando-se que ela é restabelecida gradualmente.

Reflexos rotulianos e aquileanos normais.

Ausência de Romberg e de perturbações pupilares.

Esboçam-se atrofias dos músculos das mãos, onde também se esboça, embora muito tenuemente, a dissociação siringomiélica das sensibilidades de distribuição cubital.

Teria sido interessante fazer-se uma radiografia do aparelho digestivo a estas duas doentes, bem como a raquicentese que nem, uma, nem outra consentiram.

Eis os factos apurados com uma certa minúcia, não tanta quanta desejaríamos e o mais objectivamente que nos foi possível.

Agora o raciocínio.

Julgo que me poderão consentir esta premissa de entrada:

que a doença desta família—avô materno, mãe, tia materna, duas irmãs e o doente em questão—é sempre a mesma, embora com certos pormenores diferentes, consoantes a evolução e idade de cada um e ainda o que a cada caso individual comunica a maneira de ser de cada creatura.

Como os estadios são diferentes para uns e outros, nós podemos imaginar com os sintomas de todos o que seria a doença evolucionando quasi desde o seu principio clinico. A unidade nosologica, cujo nome se discute, escolheu estes individuos numa idade relativamente alta, mas sempre depois da puberdade, em plena idade adulta, tendo começado sempre pelos pés e nestes pelos dedos, por atrofias e perturbações das sensibilidades subjectiva e objectiva. *Formigueiros, picadas, dormências*, sensação de dedos mortos, por vezes dôres violentas. Nevralgias e aparestesias caracterisavam as perturbações subjectivas enquanto que as perturbações das sensibilidades objectivas foram do tipo siringomiélico — anestesia à temperatura e anestesia à dôr, com precessão daquela, às quais se juntou mais tarde a anestesia táctil. De modo que com a evolução do morbo a anestesia dos pés tornou-se absoluta. A distribuição dos disturbios sensitivos nos membros inferiores foi sempre do tipo segmentar e tais disturbios iam desaparecendo à medida que se caminhava para as raizes dos membros, normalisando-se primeiro a sensibilidade táctil, depois a dolorosa e por fim a térmica, sempre mais extensa e intensa. Sempre se observou a distribuição segmentar, nunca a radicular, em fita ou faixa. Ausência de sinal de Romberg, reflexos aquileanos e rotulianos normais a principio, desaparecendo primeiro os aquilianos, com a intensa atrofia dos músculos e depois os rotulianos em idênticas circunstâncias. Em o nosso doente estes estão conservados.

Com o progresso da doença aparecem sintomas em tudo semelhantes nos membros superiores, mas extraordinariamente menos intensos e extensos.

O líquido cefaloráquideo é normal.

A Wassermann é também negativa no sangue e ainda nos filhos da primeira doente.

Nunca aparecem sinais pupilares, quaisquer que sejam.

Em nenhum dos doentes há escoliose ou cifoescliose.

Num dos doentes há dôres abdominais que fazem lembrar as crises gastrálgicas da tabes ; a mesma doente tem incontinência das urinas, e por vezes das fezes.

O nosso doente tem, a mais, impotência sexual e a menos as dôres e a incontinência de fezes.

As pesquisas da micobactéria no muco nasal são sempre negativas como o são nos tecidos obtidos por biópsia nas regiões de absoluta insensibilidade da pele, em escarificações e bolhas de queimaduras.

Que doença é esta, que assim persegue esta família, tocando já seis dos seus membros e quantos mais ainda não perseguirá ?

Três hipóteses acodem imediatamente ao nosso espírito e parece-me que as únicas com fóros de probabilidade: a tabes, a siringomielia, a lepra nervosa pura.

Das três julgo, a-pesar de todas as tentações da primeira abordagem, ser a tabes a mais facil de alijar.

Raciocinemos. Está assente que esta unidade nosológica é condicionada etio e anatomicamente pela sífilis, localisada aos cordões posteriores da medula.

Ora a sífilis, salvo melhor opinião, parece-me ausente nêstes casos. Um punhado de razões, talvez não bastantes cada uma de per si, mas, porventura bastantes em conjunto, dizem-me não haver sífilis.

A mãe nunca teve abortos, nem nados mortos e os sete filhos, dos quais 4 absolutamente saudáveis, nunca tiveram estigmas de avariose congénita ; o nosso doente por si não a adquiriu. A irmã mais velha tem 3 filhos aparentemente saudáveis todos com Wassermann negativas e nunca teve abortos, nem nados mortos. As *Wassermanns* no sangue são negativas e negativas, bem como as de Pandey, são por 2 vezes no líquido céfalo-raquídeo do nosso doente, o qual é normal, nas duas raquicenteses, sob o ponto de vista da linfocitose e albuminorraquia. A Wassermann da irmã mais nova é *positiva forte* significando infecção recente, infecção que lhe foi transmitida pelo marido, mas tudo isto, note-

se bem, já depois da doente apresentar inequívocos sinais da sua doença actual.

Chamo a atenção dos que me honram com a sua presença para êste facto, que julgo fornecer o melhor argumento para a não existência da sífilis no doente: a sífilis contrai-se uma vez na vida, e se a doente a contraiu depois de já iniciada a sua doença nervosa, é porque a não tinha antes.

Ao argumento, que me parece firme, juntamos que a doente não só não melhorou em nada dos seus sintomas com o tratamento específico, mas pelo contrário êles continuaram a sua marcha progressiva. Apenas as cefaleias, que essas eram da responsabilidade da sífilis, cederam ao tratamento específico. A sífilis, não parece, pois, ser a responsável nêste caso e portanto, por analogia, nos outros casos. Como por outro lado, não há tabes sem sífilis, conclúo, se não há êrro no raciocínio, que de tabes não se tratava nêste caso e nos outros. A não ser que haja êrro nas premissas, isto é: que haja tabes sem sífilis; que haja sífilíticos nervosos, em plena actividade, que se reinfectem. Em medicina não há absolutos.

E' verdade que há aquelas dores abdominais, talvez gastralgicas, talvez hepatálgicas, fazendo lembrar as crises viscerais da tabes, por ventura dôres fulgurantes intercostais, há as incontinências esfincterianas, há a impotência do doente, na realidade, difíceis de explicar, nas outras duas hipóteses, mas è também verdade que faltam muitos sintomas tabéticos, e isto nos três doentes: não há Romberg, não há Westphal, não há perturbações pupilares, não há sobretudo Argyll-Robertson; o tipo das anestias não é o corrente na tabes, onde a dissociação se faz geralmente ao invéz, principiando por desaparecer primeiro a sensibilidade táctil, depois as outras; nos nossos casos a sensibilidade profunda não está atacada, o sentido estereognóstico está conservado, ao contrário do que sucede na tabes.

E, sobretudo, a distribuição das anestias é segmentar, e não radicular à moda tabética. Poderemos excluir esta hipótese? pois, excluamo-la, emquanto se não provar o contrário.

Ficam em pé as outras duas: siringomielia ou polinevrite hanseniana?

Para cotejarmos uma com a outra a riquíssima sintomatologia

destas duas doenças organisámos o seguinte quadro, combinando os quadros-resumos de Klingmüller (Die Lepra), de Jeanselme (La Lépre) de Gougerot. (Nouveau traité de Dermatologie, vol. VIII), acrescentados dalguns elementos de mais recente informação, colhidos aqui e ali, em teses e revistas. Nêste quadro os sintomas afins encontram-se face a face, o que nos vai permitir confrontá-los rápidamente :

### Seringomielia

### Lepra nervosa

#### a) Amiotrofias

As amiotrofias são geralmente limitadas aos membros superiores. Por vezes interessam a cinta escapular, (scapulae alatae) ficando intacta a musculatura das extremidades.

Começam por ser unilaterais e assimétricas e assim podem ficar sempre.

Existe por vezes uma parésia de grupos musculares ainda não atrofiados.

Fibrilação muscular freqüente.

Principiam sempre e fixam-se quási sempre nas extremidades, sobretudo inferiores, por onde geralmente começam. Raro o tipo escapulo-humeral.

Bilaterais e simétricos, embora nem sempre com simetria perfeita entre os dois membros homólogos.

A impotência muscular é sempre proporcional à amiotrofia, pouco freqüente.

#### b) Atitudes

Deformações de tipo bastante variável: geralmente garra cubital, mãos simianas, mas também a mão de prégador, etc. Em regra existem num só membro.

Garras cubitais. Mãos simianas. Lesões análogas nos pés: pé bôto, equino-varus; quási sempre as localizações são simétricas nos membros homólogos.

#### c) Fenómenos espasmódicos

Reflexos freqüentemente exagerados. Emquanto que a amiotrofia existe ou predomina num só ou nos dois membros superiores, pode coexistir uma paraplegia espasmódica,

Diminuídos ou abolidos. Não há verdadeiro estado espasmódico. No entanto durante os surtos polinevríticos, quando a percussão dos tendões provoca irradiações dolorosas, os refle-

por vezes mesmo uma quadriplegia. E isto é freqüente.

xos são violentos, manifestando-se por abalos sucessivos cada vez mais enfraquecidos. Sem trepidação epileptoide do pé nem sinal de Babinski.

#### d) Perturbações tróficas osteo-articulares

As artropatias escolhem as grandes articulações: cotovelo, espádua, coluna vertebral.

E' freqüente a cifo-espoliose.

Pelo contrário localizam-se nas pequenas articulações dos dedos das mãos e dos pés e são mais ou menos simétricas.

Nunca a reabsorção ossea atinge o grau que pode apresentar na lepra

Muito rara.

Tem-se encontrado alguns casos de cheiro-megalia.

Nos ossos compridos tem-se observado fracturas espontâneas.

A reabsorção das falanges e mesmo do metacarpo pode atingir tais proporções, que as extremidades distais se reduzam a côtos.

As fracturas espontâneas limitam-se às falanges, aos metacárpicos e metatársicos, ao tarso, sobretudo astragalo e calcâneo.

#### e) Perturbações tróficas cutâneas

O glossy skin, a mão suculenta, e acrocianose, o vitiligo são comuns às duas doenças.

E' raro o mal perfurante.

E' freqüente e escolhe de preferência a metade anterior da planta.

As bôlhas são raras e pequenas, não deixando insensibilidade cutânea, mas as suas cicatrizes são por vezes queloidianas.

As bôlhas podem ser numerosas e volumosas, deixando cicatrizes pigmentadas ou acrómicas, com a anestesia característica.

São freqüentes os panarícios nos dedos das mãos. quasi sempre unilaterais e indolores.

Nas mãos e pés, mas nêstes de preferência. Simétricos e de indolência inconstante.

As perturbações sudoraes

Manifestam-se em pequenos

traduzem-se umas vezes por *hiper*, outras vezes por *anhidrose*, em regiões largas.

Não há queda de pelos e cabélos.

São freqüentes as perturbações tróficas das unhas, que chegam a cair.

territórios, quási sempre acompanhadas de distúrbios sensitivos e sob a forma de anhidrose.

Freqüentíssima.

As unhas são normais durante longo tempo.

#### f) Alteração morfológica dos nervos

Não há surtos nevríticos.

São pouco acusados os sintomas subjectivos.

Não há hiperestesia dos nervos à compressão.

Não há modificação na forma, volume e consistência dos troncos nervosos.

Não há alterações dos ramos nervosos subcutâneos. O plexus cervical superficial está intacto.

Há surtos nevríticos que se acompanham de dôres e sensações variadas, com hiperestesia dos nervos a palpação.

Hipertrofia, endurecimento e formação de nós nos troncos nervosos, dos cubitais, principalmente.

Os filetes nervosos subcutâneos estão transformados em cordões nodosos, o que é bem visível por vezes, nos ramos dos plexus cervical superficial.

#### g) Perturbações da sensibilidade objectiva

Anestesia dissociada: termo-analgesia com longa conservação da sensibilidade táctil. E isto desde o principio.

A estereognózia e a sensibilidade à pressão podem estar abolidas isoladamente.

Segundo Nonne, a sensibilidade profunda e a sensibilidade superficial seriam *ab initio* tocadas e no mesmo grau.

Tem-se, mesmo, encontrado o sinal de Romberg.

Anestesia dissociada: termo-analgesia com conservação da sensibilidade táctil, que pode no entanto desaparecer.

A perda do sentido estereognóstico e da sensibilidade à pressão, no estado isolado, não se encontram na lepra.

A insensibilidade à dôr caminha gradualmente da superfície para a profundidade de maneira, que ao principio podemos picar horizontalmente o campo papilar com a agulha sem provocar dôr, que surgirá quando a introduzirmos verti-

A ataxia é freqüente.

A distribuição das insensibilidades é metamérica.

Muitas vezes a termo-analgesia falta nas extremidades dos membros: desenha como que um coto de amputação ou cobre uma grande superfície do tronco, afectando muitas vezes uma forma de vestuário, dum colete, por exemplo.

As perturbações sensitivas podem manter-se indefinidamente unilaterais.

A transição da termo-analgesia para a sensibilidade normal é, em regra, bastante brusca.

As perturbações destas modalidades sensitivas são, regra geral, incomparavelmente mais freqüentes nos membros superiores e no tronco.

calmente, no momento em que se tocar a derme propriamente dita.

No período tardio, a sensibilidade profunda das articulações, ligamentos, tendões e músculos, pode ser atingida e a tal ponto que o enfermo não possa reconhecer a posição dum dêdo, por exemplo. Igualmente a diatermia permite verificar que pode estar abolida a sensibilidade profunda à temperatura.

Na lepra não. Nos casos adeantados pode existir, mas de pouca intensidade.

A distribuição das zonas anestésicas faz-se segundo a moda das polinevrites e depois à maneira segmentar.

Freqüentíssima nas extremidades.

Segundo Jeanselme, a termo-analgesia distribue-se como uma fita que sobe gradualmente e simetricamente da extremidade livre dos membros para a raiz, alargando-se com o tempo em forma de goteira e acabando por abraçar o membro, à maneira segmentar.

Pelo contrário, efectua-se gradualmente, esbatendo-se num «segmento de transição» de 10 a 16 centímetros de largura.

Teem a sua séde nas extremidades superiores ou inferiores, todavia é mais freqüente iniciarem-se pelas inferiores. São muito discretas no tronco.



# PRODUTOS SANDOZ

**SANDOZ**

De prescrição exclusivamente médica

**SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
<b>ALLISATINE</b> Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentaões Arteriosclerose	6 a 12 drageas por dia
<b>BELLAFOLINE</b> Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empolas por dia
<b>BELLADENAL</b> Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) -feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoerentes, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
<b>CALCIUM-SANDOZ</b> Gluconato de cálcio, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquismo, estados tetanigênicos, espasmo-filia, pneumonias, gripe, asma, dermatose, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
<b>DIGILANIDE</b> Complexo cardio-activo natural dos glicosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i>	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injectão endovenosa e em 24 horas
<b>FELAMINE</b> Associação de ácido cólico em estado puro com a hexametilenotetramina	Opoterapia e desinfeção hepato-biliar, insuficiência hepática, litíase biliar	4 a 8 drageas
<b>GYNERGENE</b> Tarttrato de ergotamina Stoll; alcalóide, princípio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
<b>IPÉCOPAN</b> Princípios activos puros do pó de Dover, isento de Cefaelina	Expectorante, sedativo da tosse. Tosse, constipações, bronquites, dificuldades respiratórias, dores de garganta, etc.	XX a XL gotas 3 vezes por dia ou 3 a 9 comprimidos por dia para chupar como pastilhas
<b>OPTALIDON</b> Nova associação antineuralgia, sedativa e hipnótica	Todas as dores: nevralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
<b>SCILARENE</b> Complexo glicosídico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Cila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, aritmia, coração senil, miocardite	2 a 6 comprimidos, ou XL CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

ANTÓNIO SERRA, LTD. — Campo dos Mártires da Pátria, 96 — (Apartado, 142) — LISBOA

# NAS AFECÇÕES DO APARELHO RESPIRATÓRIO

onde se deseja estimular a circulação do sangue e da linfa através das partes afectadas, a **Antiphlogistine** é um valioso adjuvante do tratamento.

A sua aplicação externa não só alivia a congestão, como também conforta, devido à sua acção anodina e analgésica.

A sua propriedade de reter o calor, dá ao medicamento um valor especial no tratamento geral das afecções do aparelho respiratório, tanto superior como inferior.

---

Escreva  
pedindo  
amostra  
e  
literatura

---

Livros de medicina recomendam  
a **Antiphlogistine** para o alívio desses  
estados.

---

## **ANTIPHLOGISTINE**

**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING, CO.,**

163, Varick Street — NOVA YORK, E. U. A. N.

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.,**

Cais do Sodré, 8 — LISBOA

As nevralgias, as dôres fulgurantes são rarrissimas.

Freqüentes.

#### h) Nervos cranianos e simpáticos

Os V<sup>o</sup> e VII<sup>o</sup> pares craneanos, quando tocados, apresentam o tipo nuclear.

A siringo-bolbia existe quando a cavidade siringomiélica atinge o bolbo.

São freqüentes as anomalias pupilares.

Tem-se encontrado o sinal de Argyll-Robertson.

A paralisia dos reservatórios pode existir

A ionisação do nitrato de pilocarpina provoca a sudação nos territórios anestésicos muito pronunciada.

São freqüentemente lesados, mas então apresentam o tipo periférico.

Não há sintomatologia da siringo-bolbia.

Não existem, a menos que o processo leprigeno tenha atingido os olhos.

Não há sinal de Argyll-Robertson.

Não se tem descrito paralisias dos reservatórios.

A ionisação do nitrato de pilocarpina não provoca sudação nas regiões anestésicas.

#### i) Fenómenos gerais

A febre, se existe, é devida a complicações intercorrentes: supuração, linfangite, abscesso, cistite...

Fórmula hemoleucocitária normal.

Wassermann negativa.

Rubino negativa

Muchow-Levy negativa.

E' muito freqüente como sinal de reacções leprigenas: septicemia leprosa.

Muitas vezes anormal.

Freqüentemente positiva e mesmo positiva forte, independentemente da sífilis.

Positiva (de pouco valor diagnóstico).

Positiva (Falha muitas vezes em lepras bem averiguadas).

## j) Microbiologia

Não se encontra a micobactéria de Hansen.

Frequente no muco nasal, nos nervos, na pele.

## k) Anatomia patológica

Lesões centrais: na medula, mais raras vezes no bolbo.

Periféricas: nos nervos, extremidades nervosas, pele.

Se distribuirmos agora os sintomas do nosso doente ideal, isto é, abstractamente considerado como síntese dos diferentes casos da família, pelas duas unidades nosológicas, consoante a maior afinidade para uma ou outra, chegamos à conclusão de que os sintomas característicos da siringomielia se equilibram com os da lepra nervosa muito sensivelmente.

Se fôsse possível pesá-los, mais do que contá los, veríamos que os dois pratos da balança estariam ao mesmo nível. Talvez um pouco mais pesado o da leprose, que não explicaria todavia, ou muito difficilmente e com hipóteses subsidiárias, a impotência sexual e a incontidência dos esfincteres, talvez pela localização da micobactéria em qualquer ponto dos respectivos arcos reflexos, nas extremidades nervosas, por ventura, como é próprio d'êste microorganismo.

Mas, é notável, por outro lado a insistência com que a micobactéria se furta aos nossos exames. Nem no muco nasal, nem nos esfregaços, nem nos líquidos das flictenas, nem nos tecidos colhidos por biópsia, o micróbio se digna aparecer. E, a-pesar do significado que têm as análises negativas não invalidando o diagnóstico clínico, se êste se pode afirmar, não pode deixar de surpreender-nos esta sistemática ausência do microorganismo tão pacientemente procurado, tendo-se, aliás, multiplicado todas as probabilidades de o encontrar!

Seguimos outra pista. Foi tentado, como dissemos o tratamento anti-sifilítico de prova, com intensidade bastante para se poder provocar quaisquer melhoras, pelo menos, e que não apareceram.

Foi tentada a radioterapia medular, tratamento indicado na siringomielia, igualmente sem o menor êxito, o que não basta para eliminar a hipótese da siringomielia, pois que em casos bem averiguados desta doença tal tratamento tem sido muitas vezes inoperante.

Tentámos finalmente, em o nosso doente as injeccões intramusculares de óleo ginocárdico. O doente, começou a sentir novamente «os formigueiros dos pés» que há muito haviam desaparecido e isto às primeiras injeccões. Animados com êste êxito relativo, substituímos o óleo ginocárdico pela pomada brasileira, «Antarpel» descoberta por um nosso compatriota português e farmacêutico residente no Brasil e empregada com vantagens maiores ou menores no Hospital dos Lázaros, da Ordem da Candelária fundada por portugueses no Rio de Janeiro, ensaiada com êxito pelo prof. Fernando Terra. Esta pomada que se aplica por fricções e massagens sôbre a pele doente, leprômas, máculas anestésicas, regiões insensíveis à dôr e temperatura, ao tacto... é constituída pela incorporação do óleo de chaulmoogra num excipiente que permite ao medicamento uma melhor penetração na pele e que é de si também, um adjuvante do óleo de chaulmoogra. As melhoras acentuaram-se; o doente engordou um pouco; o fâcias tornou-se mais prazenteiro; pode andar sem o auxilio da bengala. Se tais melhoras não são devidas ao repouso e à sugestão, bem podemos atribuí-las à acção do medicamento.

Que conclusões tirar? Se fôssemos conduzidos pelo clássico aforismo, que tanto bem, mas tanto mal nos tem feito do *post hoc, ergo propter hoc* e se o óleo de chaulmoogra, pelos seus ácidos ginocárdico e hidnocárpico, fôsse um medicamento específico, abraçaríamos êste outro aforismo que diz: *naturam morborum curationes ostendunt*, para concluirmos: se o doente melhorou com o tratamento específico é porque tem a doença para que tal tratamento é indicado, como uma chave entra numa fechadura.

Mas, nós conhecemos, a-pesar da tentação dos aforismos, o que êles contêm de perigo e de absoluto, mal enquadrável nas coisas da medicina e porisso não tirámos, levemente, a conclusão que logo nos acodiu ao espirito.

Ainda se o óleo de chaulmoogra fôsse específico... E quanta coisa esta conclusão não explicaria?

Quantos problemas não elucidaria?

Por exemplo, a patogenia das dissociações das sensibilidades cutâneas, que nos vai prender por momentos.

Se realmente, o óleo de chaulmoogra tem esse efeito, se não específico, pelo menos marcado sobre a lepra, nós compreendemos com facilidade a razão porque a pomada actuou mais rapidamente e mais intensamente do que o mesmo óleo ginocárdico introduzido por via intramuscular. E' que, transcutâneamente, o óleo da pomada chegou mais depressa e sem alteração ao contacto da micobactéria. Assim é ou assim pode ser, porque de facto aquele micróbio encontra-se na pele dos polinevríticos hansenianos. Trabalhos recentíssimos, sobretudo da escola japoneza, trazem-nos a convicção de que as micobactérias de Hansen estão localizadas às extremidades nervosas sensitivas e mesmo aos organitos receptores das sensibilidades.

Antes, porém de nos referirmos a tão interessantes trabalhos, convém para melhor compreensão do assunto, resumirmos o que de mais moderno conhecemos sobre a fisiologia cutânea da sensibilidade.

A sensibilidade cutânea é um todo complexo que a análise fisiológica tem dissociado em diferentes modalidades — a do tacto propriamente dito, a do calor e a do frio, a da dor, modalidades estas que não se encontram igualmente repartidas pelo revestimento cutâneo, onde não são todas igualmente sobreponíveis.

Os pontos do tacto estão muito desigualmente distribuídos pela pele e mucosas, não existindo totalmente em certas regiões, para serem pelo contrário muito abundantes noutras, assim, por exemplo, não existem na córnea, bastante sensível pelo contrário à dor, para se distribuírem copiosamente nas polpas dos dedos. Por outro lado parece bem assente que os pontos tacteis não coincidem nunca com os pontos do quente ou os do frio. Esta sensibilidade táctil é hoje considerada, pela maioria dos autores, como sendo a resposta a um estímulo que produz uma leve deformação da superfície cutânea.

Quanto aos *pontos* do frio e aos do calor, podemos igualmente afirmar, com os melhores autores, que estão diferentemente distribuídos pelo tegumento, tendo-se contado para toda a superfície daquele cerca de 10.000 *pontos* sensíveis ao calor, cerca de 148.000

*pontos* sensíveis ao frio, tendo, pois, a natureza disposto as coisas para uma melhor percepção do frio; é de notar que uns e outros nunca coincidem, como também não se sobrepõem aos do tacto pròpriamente dito.

Há regiões que são absolutamente silenciosas ao estímulo quente, por exemplo a úvula; a glande é sensível ao frio e à dôr, mas já o não é à sensibilidade tactil, isto é, esta provida de pontos térmicos e àlgicos, mas não possui pontos tacteis.

Há também uma modalidade dolorosa, ainda que a negue o cirurgião e prof. Leriche, cuja doutrina é um aperfeiçoamento da de Richet. Para êstes autores a sensibilidade dolorosa da pele não é nem mais nem menos do que o *terminus* comum de todas ss excitações que ultrapassem um certo grau de intensidade. Leriche, firmando-se num conceito de finalidade, faz notar quão paradoxal seria a existência de terminações nervosas e de vias condutoras preformadas especialmente para a recolha de fenómenos patológicos, ou melhor ainda a existência de aparelhos extremamente numerosos (mais numerosos do que os das sensibilidades tactil e térmica), cuja maior parte nunca serão chamados a trabalhar. Ainda para Leriche, o discernimento entre esta sensação e as outras, é o resultado dum trabalho de análise, realizado não na periferia, mas nos centros corticais.

Não me parece que tenha razão o grande cultor da fisiologia cirúrgica. Se de facto (também o creio) o cortex percebe essa discriminação, para mim é ponto assente que essa discriminação consciente é feita sôbre modalidades que là chegam já dissociadas desde a periferia, isto pelo menos quanto às sensibilidades cutâneas inclusa a dolorosa.

Não me parece que a natureza distribuindo, em regra por centimetro quadrado de tegumento para vinte e cinco pontos tacteis, dois pontos de quente, dôze pontos de frio nada menos do que uma centena de pontos receptores da dôr (1), repito que a natureza não tivesse uma finalidade, empregando a sua linguagem filosófica, finalidade que seria a de evitar sôbre a pele a agressividade do meio.

---

(1) Strughold contou na região lateral do nariz 230 pontos dolorosos por centimetro quadrado.

Julgo, porém, que outros argumentos mais convincentes poderão levar à afirmação da existência duma modalidade dolorosa, específica.

Não sei, por exemplo, explicar dentro da doutrina de Leriche, como certas regiões absolutamente e normalmente insensíveis ao tacto o sejam pelo contrário particularmente sensíveis à dôr — como por exemplo a córnea. E a recíproca: há pontos da pele onde a dôr é absolutamente nula e todavia são normalmente sensíveis ao tacto e à temperatura, tanto fria como quente. Kiesow demonstrou-o de modo perentório em certa região da face, que pode ser atravessada pela agulha, sem a menor sensação dolorosa.

Pela anestesia cutânea com o éter sulfúrico abolimos as reacções dolorosas, mas persiste a sensibilidade táctil.

Com a anestesia novocaínica primeiro desaparece a sensação de frio, a seguir a dolorosa, mas a táctil permanece.

Em certas afecções a sensação dolorosa pode estar abolida com persistência das outras modalidades sensitivas cutâneas; e noutras vemos realisar-se o quadro inverso: persistir a sensação à dôr com a abolição das outras. Não me parece, pois, razoável a doutrina de Leriche, mais filosófica do que fisiológica. Continuamos a ter como muito provável e possível, senão como certa, que a sensibilidade dolorosa cutânea é específica e à parte das outras, não condicionada pelo exagero do estímulo destas.

Ora, não podemos compreender estes fenómenos sem a existência de aparelhos receptores especializados, quaisquer que sejam. Quais serão? Embora, os investigadores — fisiologistas, histologistas, anátomo-patologistas — não tenham dito sobre o difícil assunto a última palavra (em medicina nunca se diz a última palavra) há, no entanto o bastante, para com algum fruto, o applicarmos ao nosso caso.

Para isso resumamos o trabalho de Milian (in *Traité de Physiologie normale et pathologique*, tomo X, fascículo II).

Os tratados reproduzem quasi todos a opinião de Frey e Kiesow, para os quais as sensações tacteis seriam recolhidas pelos *corpúsculos* de Meissner; as do frio pelos de Krause; as do quente pelos de Ruffini.

Diz Milian: os corpúsculos de Meissner, faltando êles na maior parte dos mamíferos, possuidores incontestavelmente de sensibi-

lidade táctil, não seriam pelo menos os únicos organitos para a recepção dos estímulos tácteis.

«Por outro lado, no homem e no macaco, êstes corpúsculos não existem em toda a pele: há regiões enormes do tegumento desprovidas totalmente dêles» sendo noutras regiões abundantes e noutras ainda muito desigualmente distribuídos, pelo que o nosso autor conclui não dever o corpúsculo de Meissner ser considerado como o órgão indispensável e único da sensibilidade táctil, visto que outras regiões, dêles desprovidos, possuíam uma sensibilidade táctil, mesmo muito fina. No entanto conclue que, se o corpúsculo de Meissner não é o único receptor da sensibilidade táctil, é êle quem por uma espécie de sensibilização ou refôrço, permite uma mais fácil recepção dos estímulos fracos do tacto.

Termina: «a prova é que o corpúsculo de Meissner pode continuar-se por expansões livres que teem as mesmas capacidades receptoras, a mesma especialidade, isto é, tais terminações livres podem também receber essas sensações do tacto, independentemente do corpúsculo, e conduzi-las ao cortex: Os corpúsculos de Meissner existem sobretudo nas papilas; as que os não possuem são ricas em vastas expansões nervosas livres.

Quanto aos corpúsculos de Ruffini que se encontram na parte superior da panícula adiposa, sob a derme pròpriamente dita, parecem, na verdade, ser os receptáculos das sensibilidades quentes, características das camadas profundas da pele, segundo as experiências recentes dos americanos Bazett e Mac Glone. Estes autores, citados pelo prof. Milian, mostraram que se provocava a sensação térmica quente no momento em que ainda se não podia verificar aumento da temperatura nas agulhas, se a soldadura termo-eléctrica estivesse mergulhada a dois milímetros de profundidade. Em contraposição, obtinha-se a um milímetro de profundidade uma elevação térmica antes de produzir-se a sensação calórica, de tal modo que a sensação de quente devia relacionar-se com a sensação térmica cutânea à profundidade compreendida entre um e dois milímetros, visto as agulhas permitirem a des-trinça duma décima de grau, com precisão suficiente.

A sensação de frio, pelo contrário, obtinha-se antes de se dar a elevação dum décimo de grau á profundidade de 0,<sup>mm</sup>8. Donde concluíam que é acima e aí pela altura de 0,<sup>mm</sup>5 a séde provável dos órgãos do frio, e à profundidade de 1,<sup>mm</sup>2 ora 1,<sup>mm</sup>3 a dos ór-

gãos do quente, portanto, bastante mais profundamente. Com êste conjunto de provas pretendem ter demonstrado que os aparelhos de Ruffini, situados como se sabe na hipoderme, são os receptores térmicos, do calôr.

Os receptores do frio devem ser os corpúsculos de Krause, conclusão a que chegam os investigadores pela coincidência dos pontos de frio da córnea com os corpúsculos de Krause. «De facto, a córnea é transparente, permitindo com as disposições actuais dos microscópios oculares e pela coloração vital com o azul de metilena, observar-se aqueles corpúsculos na córnea viva. Strughold, discípulo de Frey, tendo determinado minuciosamente os pontos do frio na córnea, mesmo a estímulos quási limiaries, viu que êles coincidiam com a distribuição dos corpúsculos de Krause. Strughold afirma que tal coincidência é completa.

Quanto aos corpúsculos de Vater-Pacini, qual a sua função?

Não se contam em muito grande quantide: ao todo uns 2.000 distribuídos um tanto desigualmente pelos 15.00<sup>cm</sup><sup>2</sup> da superfície tegumentar, situados na hipoderme: «na espadua apenas 12, no antebraço e parte inferior do braço, 161, no membro inferior, perna e côxa 138, não existindo nem na parte superior do braço, nem na parte superior da côxa; na mão o número é grande, 414; 275 no pé; poucos no tronco, 46. Milian pensa que sejam receptores da sensibilidade mecânica; Policard considera-os como «agentes da sensibilidade cutânea às fortes pressões e órgãos do sentido das pressões» como para o mesmo autor o devem ser os corpúsculos de Golgi-Mazzoni, mais pequenos do que os de Paccini, como êstes existentes na hipoderme e ainda, em grande número, nos tecidos periarticulares e tendinosos.

E a dôr em que aparelhos cutâneos é recebida, pois que a maior parte dos autores a interpreta como uma modalidade diferenciada da sensibilidade cutânea? Esses mesmos autores pensam que são as terminações nervosas intra-epiteliaes encarregadas dessa recepção específica; é justo acrescentar-se, contudo, que «nada de especial têm revelado as biópsias nas terminações dos pontos de percepção à dôr». De facto, a córnea, apenas sensível ao frio e à dôr, é riquíssima nessas terminações, constitutivas da chamada rêde de Langerhans.



IMPRESSO

ESTABELECIMENTOS

HEROLD LDA.



Rua dos Douradores, 7

LISBOA

gãos do quente, portanto, bastante mais profundamente. Com êste conjunto de provas pretendem ter demonstrado que os aparelhos de Ruffini, situados como se sabe na hipoderme, são os receptores térmicos, do calôr.

Os receptores do frio devem ser os corpúsculos de Krause, conclusão a que chegam os investigadores pela coincidência dos pontos de frio da córnea com os corpúsculos de Krause. «De facto, a córnea é transparente, permitindo com as disposições actuais dos microscópios oculares e pela coloração vital com o azul de metilena, observar-se aqueles corpúsculos na córnea viva. Strughold, discípulo de Frey, tendo determinado minuciosamente os pontos do frio na córnea, mesmo a estímulos quási limiares, viu que êles coincidiam com a distribuição dos corpúsculos de Krause. Strughold afirma que tal coincidência é completa.

Quanto aos corpúsculos de Vater-Pacini, qual a sua função?

Não se contam em muito grande quantide : ao todo uns 2.000 distribuídos um tanto desigualmente pelos 15.00<sup>cm</sup><sup>2</sup> da superfície tegumentar, situados na hipoderme : «na espadua apenas 12, no antebraço e parte inferior do braço, 161, no membro inferior, perna e côxa 138, não existindo nem na parte superior do braço, nem na parte superior da côxa ; na mão o número é grande, 414 ; 275 no pé ; poucos no tronco, 46 Milian pensa que sejam receptores da sensibilidade mecânica ; Policard considera-os como «agentes da sensibilidade cutânea às fortes pressões e órgãos do sentido das pressões» como para o mesmo autor o devem ser os corpúsculos de Golgi-Mazzoni, mais pequenos do que os de Paccini, como êstes existentes na hipoderme e ainda, em grande número,

Queiram enviar-me uma amostra de :

C M  
Doutor em med. : .....

Rua : .....

Localidade : .....

(A letra bem legível facilitará a expedição)



# F O S V I T A N O N

*Homburg*

Tónico

Sedativo

Estomáquico

Extracto de quina estandardizado

- » » sem. Cola recent. estand.
- » » Noz vómica estand.

Extractos estandard. de piscidia, viburno e lúpulo

Acido fosfórico-glicose

- Sais de Cu.-Fe. e Mn.
- Sal de Bromo-Magnésio

O **Fosvitanon**, simultâneamente um tónico, um estomáquico e um sedativo, tem um excelente paladar a ervas aromáticas.

Está indicado no esgotamento físico e psíquico, nervosismo, depressão nervosa, fraqueza, abatimento, neurastenia, caxequia malárica, anemia e tuberculose.

**Frascos de 200 e 1.000 c. c.**

# Da literatura sobre o FOSVITANON

**Ballmann** (Médico-chefe da Clinica de Doenças Internas no Hospital Municipal de Fúida).

«...O a. empregou o «Fosvitanon» durante 5 meses, num grande numero de casos, tendo sido sempre excessivamente tolerado quer por adultos quer por crianças. Em média foi-lhe possível verificar ao fim da segunda semana, um aumento de 2 a 3 Kg. no peso e inclusivamente mais, em casos com graves afecções orgânicas, nomeadamente físicos com cavernas, estados graves de esgotamento, afecções sépticas...».

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1932, Nr. 47)

**Strauss** (Médico da Comissão dos Inválidos de Viena).

«...O autor diz que como médico da Comissão dos Inválidos teve ocasião de recetar frequentemente o «Fosvitanon» aos seus doentes. Baseado nos seus ensaios, considera este preparado como um dos melhores tónicos que existem e que deve ser empregado em larga escala na clinica médica...».

(*Aerztliche Korrespondenz*, 1933, Nr. 17)

**Ungeritz** (Do Sanatório Bella-Luis, Montana).

«...Segundo as suas experiências o «Fosvitanon» é um tónico enérgico e um bom estimulante do appetite que está especialmente indicado nos casos de anorexia, fraqueza, esgotamento e diminuição de peso...».

(*Schweizerische Medizin. Wochenschrift*, 1934, Nr. 41)

**Mejer** (Director clinico do Instituto de Neurologia da cidade de Francfort s./Meno).

«...O a. descreve pormenoradamente os diversos componentes do «Fosvitanon» e as suas propriedades farmacodinâmicas. Faz resaltar particularmente a excelente acção deste tónico no esgotamento precoce...».

(*Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933, Nr. 7)

**Eisenstaedt e Smilovits** (Do Sanatório popular de Genève-Montana-Vermala).

«...O «Fosvitanon» pela sua acção selectiva e complexa é considerado pelos autores, como um tónico predominantemente, indicado na inapetência tóxica e psíquica e alterações no metabolismo condicionadas pelo clima de altitude, colapso-terapia e neuroses vegetativas...».

(*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 1934, Nr. 43)

**Burhaus e Reus**.

«...No são aumenta a resistência ao esforço físico e mental, no doente apoia favoravelmente o processo curativo, estimulando o appetite e melhorando o estado geral...».

(*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1934, Nr. 25)

**Reus** (Do Sanatório de Francfort, para crianças, em Bad Sodenhal).

«...Logo passados os primeiros dias após a administração do «Fosvitanon», foi possível ao a. constatar melhoras surpreendentes em fôdas as crianças tratadas, sobretudo na apetência e estado geral. A maior diferença obtida no peso foi de 5,6 Kg., a média foi de 3,7 Kg....».

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1935, Nr. 20)

FABRICANTES :

**Chemich-Pharmazeutische A. G. Bad**

**Homburg, Frankfurt s./M.**

REPRESENTANTES :

**Estabelecimentos Herold, Lda.**

**Rua dos Douradores, 7**

**L I S B O A**

Para terminar digamos que as terminações intraepidérmicas, tipo Dogiel são para muitos autores consideradas como um dos aparelhos de recepção táctil.

Esta breve digressão pela histofisiologia da sensibilidade cutânea vai-nos permitir, por ventura, uma melhor compreensão do nosso assunto.

Na anatomia patológica da lepra nervosa pura os autores que podemos chamar clássicos, responsabilisaram as nevrites devidas à presença da micobactéria *in situ*, como sendo as causadoras dos distúrbios cutâneos e êstes pelo mecanismo das perturbações tróficas. Hoje, graças sobretudo aos recentes trabalhos da escola jadoneza, minuciosa e paciente — à moda nipónica — à frente da qual se destacam os nomes de Takino e Saijo (*Die pathologischen veränderungen der Hautnerven bei Lepra*, 1930 in *Acta Scholae medicinalis*), as investigações tem-se preferentemente dirigido às extremidades ou expansões nervosas na pele, nas quais o processo mais frequentemente se inicia. Na realidade, (e pelo que tenho lido filio-me neste campo) as lesões da lepra nervosa, na grande maioria dos casos, devem ter primitivamente a sua séde nas extremidades nervosas, donde, por via ascendente, passariam aos nervos, completando o quadro clássico das polinevrites hansenianas. Não quero com isto dizer que uma vez por outra, não possa o processo iniciar-se no nervo, dando a nevrite ou polinevrite leprosa, tanta vez responsável pelas nevralgias, crónicas ou agudas, mesmo fulgurantes da lepra. Mas o outro processo deve ser muito mais corrente.

Estudemos, pois, somente e resumidamente a anatomia patológica das alterações nervosas na pele, por mais interessantes para o que pretendo e menos conhecida.

Os fragmentos colhidos por biopsia devem ser fixados no formol e incluídos na parafina para a coloração dos bacilos, na celodina para a do tecido.

Jean Hesse na sua «contribuição para o estudo das perturbações nervosas da lepra» (1934), empregou para a coloração dos bacilos o Zihel e algumas das suas variantes. Quando os não encontrava, procurava-os pelo método de Mech, considerado como mais sensível, mas sem resultado positivo.

Para o estudo das extremidades nervosas seguiu o método de Gros.

Eis como posso resumir os trabalhos japoneses e os d'êste investigador francês.

Principiemos por insistir na presença da micobactéria na pele dos doentes de sintomatologia cutânea, mesmo quando não exista nenhuns elementos dermatopáticos, nem mesmo as manchas : apenas territórios maiores ou menores de distúrbios sensitivos. Hesse, autor que acabo de citar, encontrou sempre a micobactéria nos fragmentos extraídos por biopsia, mesmo em sítios da pele anestésica, onde não havia a mais tenue mácula leprosa. O micróbio aparecia no interior de *aréolas claras*, sob a forma de aglomerado. Nas preparações argêntas o contorno destas aréolas era extremamente nítido e cercado de negro. Em alguns fragmentos não encontrou o microorganismo, mas granulações ácido-resistentes, contidas em zonas inflamatórias.

Este autor não desce a maiores minúcias, que nos são, todavia, fornecidas pelos trabalhos de Takino, demonstrativos em primeiro lugar de que a queda dos pêlos é devida à presença de glóbias leprígenas, tendo chegado êste autor a ver nos cortes dos folículos pilosos, freqüentes vezes, as micobactérias de Hansen nos cilindros-eixos nervosos que se dirigem aos pêlos.

O citado autor Hesse encontrou na biópsia da espádua dum seu doente leproso a existência não de micobactérias, mas de granulações em volta dos pêlos, cuja aparência macroscópica era absolutamente normal.

O autor japonês, de colaboração com o seu compatriota Joshika Saijo, descreveu a seguir lesões anátomo-patológicas dos corpúsculos de Meissner, por esta forma :

«Aqueles corpúsculos não se alteram dum modo homogêneo, isto é, uns apresentam-se degenerados ao lado doutros são ou quasi indemnes. Geralmente a degenerescência é mais intensa nos cilindros-eixos, que animam os corpúsculos de Meissner, do que nêstes mesmos, podendo ir a um grau de notável atrofia, se forem comprimidos pelas glóbias.

A degenerescência dos corpúsculos de Meissner é mais intensa quando as glóbias os comprimem ou quando estão no seu interior. No entanto as fibrilbas nunca desaparecem totalmente, nem mesmo quando as micobactérias os engorgitam.

Uma conclusão importantíssima decorre destes trabalhos e é que as micobacterias de Hansen existem dentro dos corpúsculos de Meissner. Hesse não chegou a minúcias tão precisas, mas verificou que certos corpúsculos situados perto das papilas dérmicas estavam muito alterados nos córtes feitos na pele anestésica.

Quanto aos filetes nervosos cutâneos merece especial menção o trabalho de Muir e Chattergi, de 1933, (*Leprosy nerve lesions of the cutis and subcutis*, in *Journal intern. of Leprosy*, vol. 1.º), os quais concluem que as lesões nervosas da pele, no princípio, são «devidas ao espessamento granuloso dos filetes nervosos existentes no tecido subcutâneo e cutâneo». Estudando êstes cortes em série viram êstes autores que tais espessamentos granulosos também se encontravam nos troncos nervosos.

Nuns e noutros casos existiam células gigantes, outras vezes tecido necrótico ou caseificado. As micobactérias eram raras.

Repetindo estas investigações, Hesse encontrou em todos os córtes fiadas celulares, de aspecto inflamatório característico, que atravessavam a hipoderme e a derme. Estes cordões granulosos ocupavam o lugar das bainhas vâsculo-nervosas e por tal forma eram nítidas, que o autor diz não ter sôbre o fenómeno a menor dúvida, afirmando a importância das lesões periféricas como *substractum* da anestesia leprosa.

Ao mesmo tempo observou que ao contacto destas *fiadas* inflamatórias as fibrilhas nervosas estavam profundamente alteradas. Num caso em que a pele estava quasi totalmente anestésica não encontrou nem vestígios sequer destas fibrilhas, que ao contrário existiam na pele normal, também corada pelo método de Gros.

Não se pode, evidentemente, generalisar em face do número restrito de observações, mas parece fóra de dúvida que nos casos observados «os elementos nervosos» foram substituídos por aqueles cordões inflamatórios.

Isto é, os citados trabalhos vêm completar as nossas ideias sôbre as polinevrites hanseianas, cujas lesões, se são por vezes primitivas (era a doutrina clássica) muitas outras vezes, por ventura, na quasi totalidade, são secundarias a um processo que começaria na periferia, pelas expansões nervosas. Estaríamos pois em face de nevrites ascendentes resultantes dum processo que se iniciaria no filete terminal, ganharia o tronco nervoso, donde por via descen-

dente poderia por sua vez tocar os outros ramos do mesmo tronco, como mais completamente supõe Dehio.

Dum ou doutro modo «as perturbações da sensibilidade cutânea e as lesões das terminações sensitivas parecem ser o facto clínico e o facto anatómico essenciais da lepra nervosa pura».

Em frente destas recentes opiniões talvez possamos melhor compreender a patogenia da lepra nervosa e porventura arriscar a seguinte explicação muito sedutora, como todas as doutrinas simplistas, e porisso mesmo muito sujeita à caução do tempo e de mais trabalhos complementares.

Introduzida a micobactéria no organismo humano (único procurado por ela, pois não está ainda bem identificada a lepra murina com a lepra do homem) por qualquer efracção do tegumento, incluindo a mucosa nasal — a porta electiva — onde deixa marcada a sua passagem pelo chamado «Cancro de Falcão» em homenagem ao leprólogo português, ela vai acantoeir-se nos gânglios satellites durante mais ou menos tempo. Aí permanece, em simbiose consentida, sem quasi nenhum rebote, durante anos — o que explica o longo período de incubação do morbo. Em virtude de causas ocasionais variadas anergisantes, ainda mal conhecidas, como por exemplo os grandes resfriamentos seguidos a grandes temperaturas, a micobactéria abandona o seu habitual domicilio ganglionar para se generalisar por via sanguínea, que a leva à pele. Uma vez nesta ou se localisa aqui e acolá produzindo os lepromas, as máculas ou espalha-se em superfície.

Tememos esta última modalidade: a micobactéria pode nesta etapa tocar ao mesmo tempo um grande número das receptáculos da sensibilidade ao calor e daí a diminuição ou abolição da sensibilidade calórica, a primeira das sensibilidades a ser perturbada em regra. Se o processo sobe à camada imediatamente superior, surgem as hipoestésias e anestésias ao frio; mais tarde, continuando o micróbio a sua marcha para a periferia, surgem as analgesias e por fim, num avanço final, até a própria sensibilidade tátil pode ser tocada, diminuída e abolida. Se ao mesmo tempo o processo desce em profundidade podemos ver surgir a diminuição ou perda das sensibilidades profundas, muito raras na leprose. Um pouco simplista, talvez, esta patogenia, é no entanto bastante harmónica

com o que acima se expõe sôbre o mecanismo e localisação das sensibilidades cutâneas.

Se a pomada de Antarpel tivesse realmente a acção marcada que últimamente se lhe têm dado e se pódéssemos reforçar a sua acção penetrante com a diatermia e a ionisação, talvez tivéssemos uma maneira elegante de demonstrar aquela explicação.

Suponhamos que numa zona cutânea onde houvesse aqueles distúrbios das sensibilidades, sem lesões definitivas, a acção da pomada fizesse a *restitutio ad integrum* da sensibilidade tactil abolida, depois a dolorosa, a seguir a do frio e por fim a do quente, não estaria aí a demonstracção bem directa daquela patogenia?

Aos investigadores fica a sugestão.

Mas, também, nada impede que a micobactéria, por um mecanismo quimiotáxico compreensível, possível e provável, tenha marcada preferênciã pelos receptores térmicos e dolorosos. Não vemos, por exemplo, como a toxina tetânica procura com notável electividade os núcleos massetéricos, tendo que fazer a longa caminhada da ferida infectada até aqueles núcleos?

Também fizemos a colheita por biopsia de fragmentos de pele do nosso doente e da doente de Alfarelos — um da região inferior da perna direita, outro do dorso do pé esquerdo onde estavam abolidas totalmente as diferentes modalidades da sensibilidade. Entregamo-las à consagrada proficiência do prof. Geraldino Brites.

Mas, por infelicidade nossa, fixamo-los em alcool e no liquido de Bouin, quando deveríamos ter preferido o formol. Daí não poder aquele investigador pesquisar as micobactérias, nem as lesões delicadas das terminações nervosas, pesquisas estas em que pus grandes esperanças para o diagnóstico. Tais como foram feitas — incompletamente por minha causa — publicá-las-ei no próximo número.

Antes de concluir, pergunto, não haveria logar ainda para uma outra hipótese: a de nevrite hipertrófica progressiva e familiar, tipo Dejerine-Sottas? Realmente, esta doença tem vários pontos de contacto com a polienvrite hanseiana, tais como o seu início na infância e puberdade, o atacar alguns membros da mesma familia, uma atrofia muscular que principia pelos membros inferiores para atingir mais tarde os superiores; deformação das ex-

tremidades (mão semiana, pé boto-varus-equinus), dôres fulgurantes; atrazo na transmissão das sensações; placas de anestesia cutânea; endurecimento e hipertrofia notáveis dos troncos nervosos acessíveis à palpação.

Os sintomas, porém, mais característicos dela faltam em os nossos casos: miose, nistagmo, sinal de Argyll-Robertson, cifo escoliose e sobretudo o sintoma que dá o nome à doença — a nevrite hipertrófica — o que nos permite pôr de banda a hipótese desta enfermidade, de causa desconhecida e incurável.

Do longo arrasadoo poderei concluir :

*Scientificamente* não posso adiantar mais do que disse, ficando suspensas as duas hipóteses, se bem que a da doença de Hansen, puramente polinevritica, se me figure mais viável.

Durante 15 anos Rietti, num caso similar, seguiu a evolução da doença, que tinha o ar duma siringomielia, para ao cabo dêsse longo tempo, ela desmascarar-se sem rebuços, como uma autêntica hansenose, a que não faltaram nem os nódulos bacilíferos.

*Socialmente* qualquer das hipóteses não apresenta perigo de contágio para a ambiência, mesmo tratando-se da leprose, doença contagiante sem dúvida, mas não infectante nêste doente não só porque a forma nervosa pura não costuma sê-lo e sobretudo no caso em questão, no qual nunca se encontrou a micobactéria no muco nasal, acrescentando que o doente não tem nenhuma efração cutânea por onde ela se escape.

*Clinicamente* chegamos à conclusão de que o doente, dadas as suas melhoras deve continuar com o tratamento seguido. Num tempo de pragmatismos como o nosso, esta verdade não é despreciada: a verdade utilitária.

Se desta longa discussão não nasceu a luz, ao contrário do que afirma o ditado popular, tantas vezes enganoso, consolêmo-nos com as palavras de Jeanselme :

O neurologista e o leprólogo por mais competentes são incapazes de se pronunciar categòricamente na presença de certos sindromas que podem pertencer a uma e outra destas afecções.

P. S. — Depois de impressa esta comunicação quiz o prof. Geraldino Brites, amavelmente ultimar as suas investigações a

tempo de virem no presente número. Eis os respectivos relatórios:

Análise n.º 945, referente ao doente — Pele da parte média da região ântero-externa da perna direita.

Epiderme pouco espessa. Papilas dérmicas, raras e baixas. Corpo reticular da derme quasi desprovido de núcleos, com fibras conjuntivas indistintas por degenerescência hialina. Nervos na rede dérmica muito ricos em núcleos, formando cordões relativamente grossos; dissociando os núcleos da bainha de Schwann vêem-se numerosos linfócitos. Não é possível apreciar quaisquer alterações dos cilindros-eixos, com a técnica empregada, condicionada pelo fixador utilizado (Bouin). Não há infiltrações nodulares da derme.

Conclusão: Infiltração edematosa da derme. Ligeira nevrite intersticial, crónica.

Análise n.º 947, referente à doente — Pele da região dorsal do pé esquerdo. Hiperplasia da epiderme com formação de papilas dérmicas muito estreitas, altas e contíguas. Edema do tecido papilar. Infiltração linfóide difusa da derme, mais grave junto dos vasos. Nervos da rede dérmica engrossados por infiltração de linfócitos e aumento de número dos núcleos da bainha de Schwann. Não é possível apreciar eventuais lesões dos cilindros-eixos das fibras nervosas, por causa do fixador empregado, o alcool.

Numa pequena extensão, perda de substância da epiderme, a que corresponde colecção purulenta dérmica. Não há lesões nodulares. Pesquisa do bacilo de Hansen negativa.

Conclusão: Inflamação crónica da pele, com pequeno abcesso recente. Nevrite intersticial, crónica.

Coimbra, 21-XII-936.

(a) GERALDINO BRITES.

E, agora? Na siringomielia não se tem encontrado estas lesões superficiais, de modo que a preciosa achega faz inclinar o prato da balança, já tão carregado com os sintomas e mais factores da polinevrite hanseniana, a favor desta hipótese que não é a pior, visto o tratamento ter melhorado o doente e a siringomielia não ter terapêutica eficaz.

A. da ROCHA BRITO.

## SOBRE UM CASO DE TUMOR CONGÊNITO DA REGIÃO SACROCOCCÍGEA (1)

POR

ANTUNES DE AZEVEDO

No dia 4 de Setembro passado tive ocasião de observar um volumosíssimo tumor da região sacro-coccígea duma criança de 6 meses, Maria dos Prazeres, natural de Tábua, que nesse mesmo dia ficou internada nos serviços de Terapêutica Médica Clínica.

E' o primeiro filho dum casal saudável. A gestação fêz-se acompanhar durante o 4.º mês de hemorragias uterinas pouco abundantes. O parto prematuro, ao 8.º mês, foi eutócico.

Aleitamento materno nos primeiros tempos e, ultimamente, aleitamento mixto por insuficiência do leite da mãe.

A criança mostrava-se alegre, estado geral magnífico, bom desenvolvimento do tecido adiposo, 4 incisivos superiores e 2 inferiores. Normal funcionamento dos diferentes aparelhos.

Entre os membros inferiores via-se um volumoso tumor uniforme de cujo bordo côncavo e a nível do têrço médio se destacava um curto pedículo que tomava inserção nas regiões sacro-coccígea e nadegueira direita.

O tumôr orientava-se de modo a apresentar um polo anterior, um polo posterior, duas faces laterais paralelas às faces do corpo e dois bordos, um inferior convexo, o outro superior côncavo. Os dois eixos do tumor mediam respectivamente 18 e 28 cm., e

---

(1) Comunicação apresentada à «Quinzena Médica dos Hospitais da Universidade» em 5 de Novembro de 1936.

**AFECCÕES  
SAZONÁRIAS  
DAS VIAS  
RESPIRATÓRIAS  
SUPERIORES**

**CORISA  
ASMA DOS FENOS  
TRAQUEO-BRONQUITE**

*cédem rapidamente sob a*  
**SINERGIA MEDICAMENTOSA  
ANTIDISPNEICA E DESCONGESTIVA**  
*realizada pela*

# **CORYPHÉDRINE**

**RHODINE + SANÉDRINE**

*ácido acetilsalicílico*

*cloridrato de efedrina levógira*

**SOB A FORMA DE  
COMPRIMIDOS  
CONTENDO**

**RHODINE : 0 GR. 50**

**SANÉDRINE : 0 GR. 015**

*Tubo de 20 comprimidos*

*1 a 4 comprimidos durante as 24 horas,  
tomados por várias vezes*

**SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE**  
**≡ SPECIA ≡**  
**MARQUES POULENC FRÈRES  
ET USINES DU RHÔNE  
21, Rue Jean Goujon · PARIS**

# NOVAR

# BILLON

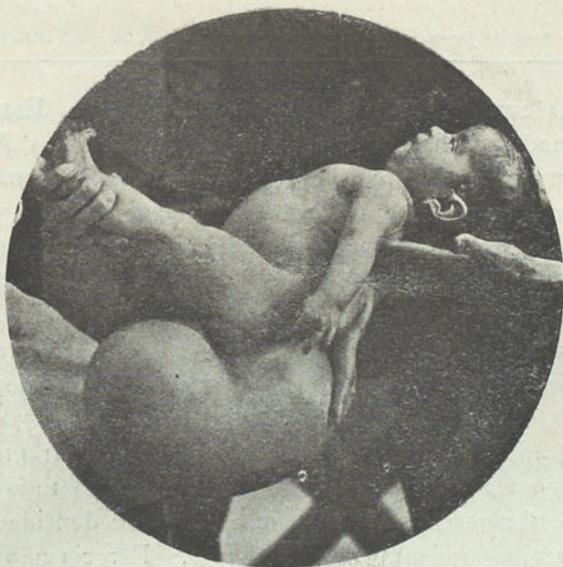
CONTINUA  
A SER O  
MEDICAMENTO DE  
ESCOLHA DO  
TRATAMENTO DE  
ASSALTO  
DA

## SIFILIS

INJEÇÕES INTRA-VEIOSAS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
— **Specia** —

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



— Aspectos da criança

cêrca de 11 cm. distavam as duas faces entre si. Estas medidas foram tomadas com a criança em decúbito lateral. A pele, fortemente irrigada, era de coloração normal exceptuando uma pequena mancha cianótica no bordo côncavo, junto do polo posterior. Nitidamente flutuante não dava a palpação conta de massas solidas intratumorais.

A pressão exercida sôbre o tumor não se transmitia aos espaços subaracnoideus a avaliar pela palpação da fontanela, nem se fazia seguir de gritos ou gemidos. As micções e dejeções eram normais.

Radiografias da região sacro-cocígea feitas de frente e de perfil mostravam a existência dum volumosíssimo tumor da região pélvica, de forma oval, de grande e uniforme densidade, estando ligado à região por um largo pedículo. Parecia não ter relação com o esqueleto da criança, no entanto, o sacro, tinha uma posição diferente da normal, com uma curvatura em direcção oposta; dirigia-se para traz, descrevendo até às últimas vértebras uma ligeira curvatura de concavidade posterior.

Não se viam nenhuma vértebras do coccix que parecia não existir. Em sua substituição havia um pedículo denso, de forma cônica, com mais dum centímetro de diâmetro, que ligava o sacro ao tumor. Resolvemo-nos a punção-lo e colhemos um líquido amarelo acastanhado com 8 gramas de albumina — 6,30 de clorêtos — 0,40 de glicose e predomínio exclusivo de linfócitos. Manifestamente estavamos em face dum tumor congénito da região sacro-cocígea; a hipótese de espinha bífida tinha de ser posta à margem; as grandes dimensões do tumor, a sua situação, a perfeita tolerância da pressão que não era transmitida aos espaços subaracnoideus, o estudo radiográfico, a perfeita normalidade das micções e dejeções e, finalmente, as características do líquido colhido por punção, constituíam um bom feixe de elementos para afirmar o diagnóstico de tumor congénito da região sacro-cocígea.

Tumor de crescimento rápido, que no momento do parto tinha o volume da cabeça da criança, impunha-nos uma conduta a seguir, a intervenção cirúrgica, e a criança foi operada após prévia preparação com sôro-glucosado, gluconato de cálcio, zimêma e um clister de limpeza. Intervenção em 22 de Setembro. Anestesia pelo cloroformio; operadores — Professor dr. Bissaia

Barrêto e Professor auxiliar dr. José Bacalhau. A operação decorreu bem, o tumor foi extirpado em massa, seccionado o curto pedículo que o ligava à extremidade inferior do sacro. Pesava



Radiografia de perfil

6,<sup>kgr</sup>250 e a criança 6,<sup>kgr</sup>100. Na tarde de 22, a temperatura sobe a 40°; a auscultação pulmonar, normal. No dia seguinte, a temperatura mantém-se nas visinhanças de 40° e em 24 à tarde atinge 40°,6. A auscultação evidencia algumas ralas nas bases,

Alguns pontos supuraram, fizeram-se lavagens com soluto de permanganato, drenou-se a ferida, injectou-se septicemina, sôro glucosado e fêz-se assistência cardíaca. Radiografia do torax: transparência pulmonar perfeita. Em 26, convulsões clónicas à direita, face e membros; em 27 atenuaram-se, mas surgiu igual sintomatologia à esquerda. Ventre timpanizado.

Líquido céfalo-raquídeo: albumina 0,20; 1 linfocito por milímetro, não se encontraram bactérias. A criança faleceu em 28. Pneumonia? Bronco-pneumonia?

Nunca à auscultação revelou sinais que nos permitissem afirmar tal diagnóstico e o exame radiográfico, e já com dois dias de evolução, foi negativo. Septicemia com ponto de partida na ferida operatória? Só ao 3.º dia os pontos se mostraram suspeitos.

Atribuir o desenlace fatal ao síndrome palidez e hipertermia seria apenas rotular o factor etiológico ignorado, porquanto pelo que respeita à sua patogenia estamos ainda muito longe da verdade.

O tumor extirpado em massa, como disse, foi incisado dando saída a enorme quantidade de líquido amarelo acastanhado tendo o sr. dr. Tavares de Sousa colhido fragmentos que colocou em fixadores apropriados.

Ao sr. Professor Geraldino Brites dêvo o relatório do exame anátomo-patológico bem como as microfotografias e os desenhos que lhe dizem respeito. A sua Ex.<sup>a</sup> e ao seu Assistente o meu reconhecimento.

#### Análise n.º 963

Para estudo histológico, recebemos um volumoso saco, largamente aberto com as informações de que tinha sido esvasiado de um líquido amarelado, que continha, e que fôra extirpado da região sacro-coccígea de uma criança de seis meses, que com tal quisto nascera.

Exteriormente apresenta um revestimento de pele em muito grande extensão. Nos pontos em que o seu exame microscópico foi feito, a epiderme é espessa, muito pigmentada, e a derme desprovida de papilas, rica em grossos feixes conjuntivos, com numerosas glândulas sudoríparas e sem pêlos, nem glândulas sebáceas.

Na parte da superfície sem revestimento cutâneo, a qual deve corresponder à superfície de implantação deste saco, são aparentes volumosos vasos que se dirigem para um grosso pedículo que contém muita gordura

Os cortes perpendiculares ao eixo deste pedículo, mostram uma massa considerável de lóbulos adiposos, envolvida por uma camada conjuntiva de espessura irregular, em que as fibras conjuntivas são grossas e formam volumosos feixes, cortados transversal ou obliquamente na sua quasi totalidade, separados por tecido que se cora intensamente em amarelo nos cortes tratados pelo Van Giesson (Fig. 1), e que todavia fica incolor naqueles em que se empregaram os processos para a coloração da elastina (orceína e Weigert para as fibras elasticas).

A superfície interior do saco é bastante irregular, examinada — recordando-lo — depois do seu esvaziamento e de retracção da parede: Saliências mamilonadas, mais ou menos largas e altas, encontram se por toda a superfície, muito mais volumosas na zona correspondente ao pedículo adiposo acima descrito, formando aí excrescências, bordeletes, grossas tuberosidades e pequenas formações pediculadas.

A cor é amarelada em quasi toda a extensão, sendo então a superfície untuosa e o revestimento mole; dispersas, existem zonas nastriformes, esbranquiçadas, ao nível das quais a parede é mais dura, mais lisa e dando à palpação a sensação de tendão. Dos grossos relêvos, uns são maciços ao tacto, outros revelam colecção líquida por flutuação nítida.

Em toda a extensão da parede, seja ou não revestida de pele, há uma espessa camada conjuntiva, com feixes de grande diâmetro, formando grossos cordões; para o lado da superfície exterior, entre elles existe tecido conjuntivo laxo; para a vizinhança da superfície interior apparece um tecido intercalar, igual áquelle que acima descrevemos no pedículo, em que nucleos alongados ou arredondados, numerosos, existem dispersos num meio filamentoso, que se cora muito ligeiramente de róseo pela eosina (Fig. 2) de amarelo ligeiramente acastanhado pelo van Giesson e que fica incolor pelo processo de Foot-Wilder para as fibras pre-colagenicas (Fig. 3), o que demonstra que se não trata de tecido conjuntivo.

A coloração obtem-se pelos processos específicos da neuroglia (método tanino-argénico de Achúcarro modificado por del Rio Hortega) (Fig. 4). Nas partes amareladas esta camada neuroglia é notavelmente espessa, cobrindo a parede conjuntiva (Fig. 5) e constitue as massas vegetantes e os bordeletes da vizinhança do pedículo; é muito abundantemente irrigada por finos vasos e na sua espessura existem numerosos *corpora amylacea* cuja formação à custa dos astrócitos é de fácil verificação. Alguns capilares e arteríolas apresentam lesões de calcificação.

A pesquisa de células nervosas foi negativa.

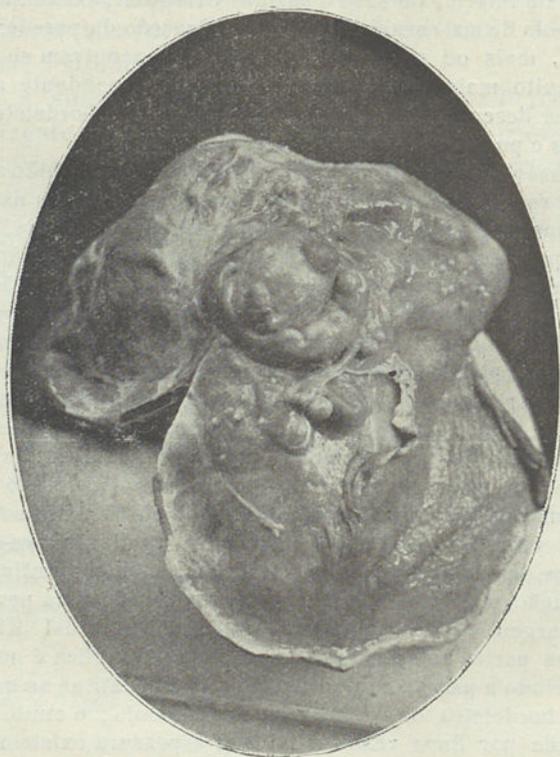
Num grôssó bordelete, circundante de uma intumescência que marca interiormente a implantação do pedículo, há séries de cavidades anfractuozas, glanduliformes, comunicantes entre si e com a cavidade principal, forradas por epitêlio cubico, simples, de pequenas células, providas de um núcleo muito volumoso, assentes directamente sobre o tecido nevróglico (Fig. 6).

Nas partes nacaradas da superfície interior, a camada nevróglica está reduzida às partes intercaladas aos grossos feixes conjuntivos.

A forrar esta parede conseguimos encontrar partes de um revesti-

mento de aspecto epitelial, formado por uma assentada única de células fortemente achatadas, com núcleos alongados paralelamente à superfície, quando vistos de perfil (7), discoides, elípticos ou circulares, vistos de face (Fig. 8). Este epitélio cobre tecido fibroso ou nevróglio, segundo as regiões.

Nas cavidades secundárias intra-parietais, existentes junto da zona mais irregular, e na espessura de uns tantos relêvos, encontramos assente



Aspecto interior do saco

directamente sôbre o tecido nevróglíco, sem qualquer condensação pre-colagénica interposta, um epitélio prismático, mais ou menos baixo, uni-estratificado; em alguns pontos parece que as células possuem um prato, mas não observamos bordadura ciliada. Este revestimento recorda imediatamente o epitélio endimário e a sua identidade com o revestimento das cavidades glanduliformes e com o da grande cavidade, é manifesta.

Trata-se, portanto, de uma grande massa tumoral, pluri-quística, em cuja constituição predomina a nevróglio protoplasmica, apresentando as cavidades um revestimento endimário, mais ou menos modificado por

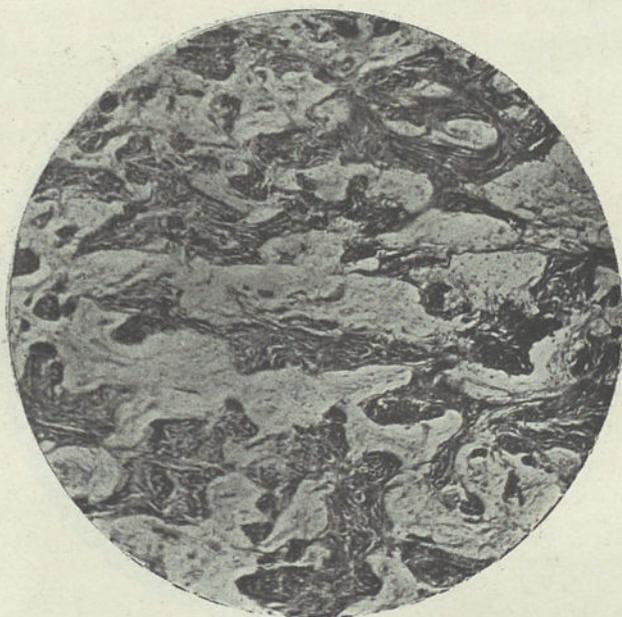
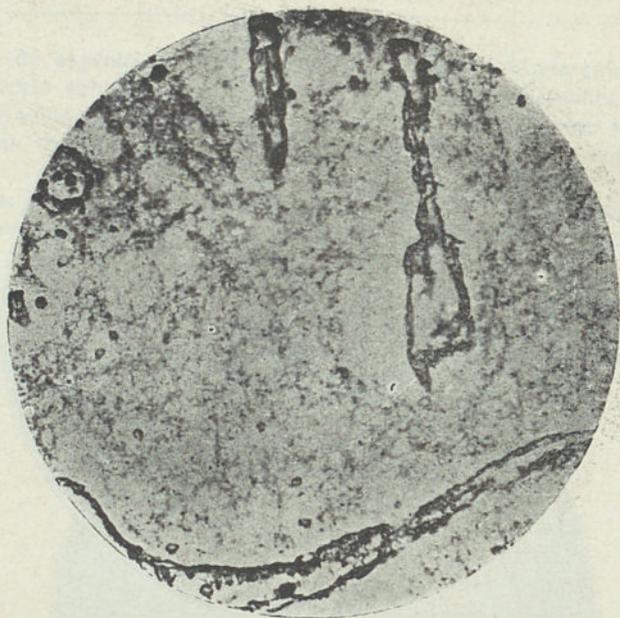


Fig. 1 (ampliação 75 ×)



(Fig. 2 ampliação 240 ×)



(Fig. 3 ampliação 650  $\times$ )

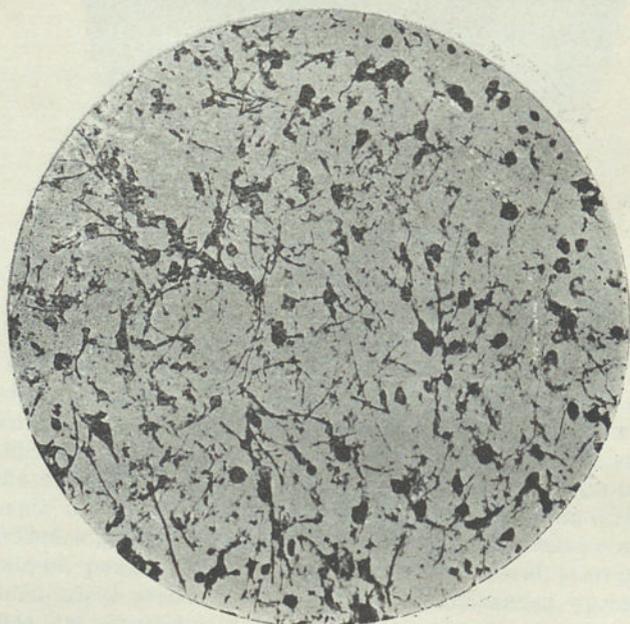


Fig. 4 (ampliação 350  $\times$ )

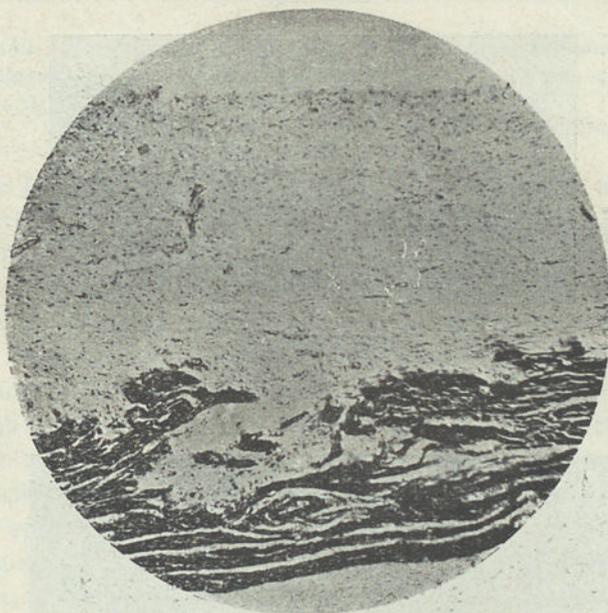


Fig. 5 (ampliação 40 ×)

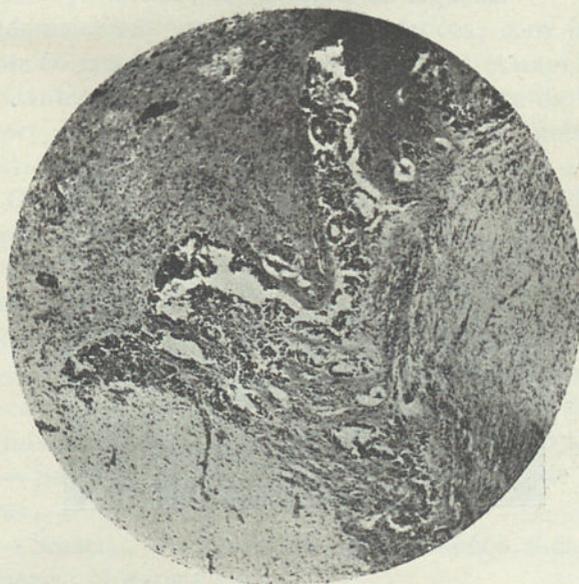


Fig. 6 (ampliação 50 ×)

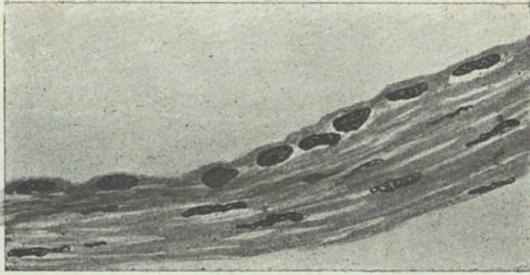


Fig. 7 (570 ×)

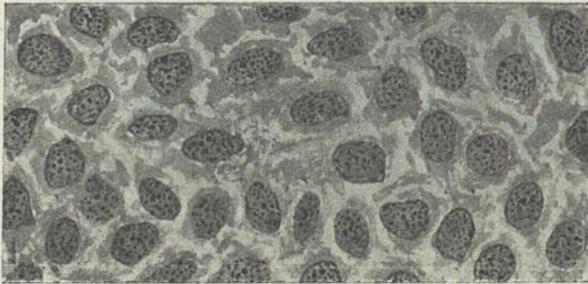


Fig. 8 (570 ×)



Fig. 9 (570 ×)

distensão. No quadro clássico merece a designação de *disembrioma simples, pluri-quístico*. Todavia pela sua estrutura julgamos mais própria a designação de glioma quístico congênito.

(a) GERALDINO BRITES.

Os tumores congênitos da região sacro-coccigea são relativamente raros. Calbet fala-nos de um teratoma para 34.582 partos. O primeiro caso da literatura pertence a Philippe Peu, e está descrito, no tratado «Pratique des accouchements» publicado em 1694. Desde então numerosos casos têm sido descritos. A' sessão de 5 de Dezembro de 1920, da Sociedade Anatómica de Paris, Hanant, Cornil e Moringer, numa comunicação intitulada «Notas críticas sôbre a patogenia dos tumôres sacro-coccigeos congênitos», colecionaram da literatura cêrca de 300 casos, de descrição anátomo-patológica suficientemente detalhada para o trabalho apresentado. Temos conhecimento de 7 casos na literatura portuguesa: dois do professor Pires Lima, um do professor Almeida Garret, dois do dr. Fonseca e Castro, um do dr. Julio da Fonseca, e finalmente um caso muito curioso relatado na Folia Anatomica Conimbrigensis, em 1933, pelo professor Geraldino Brites, um teratoma complexo do sacro, intra-rectal, peça operatória dos serviços do dr. António Breda, do Hospital de Agueda.

Predominantemente sólidos ou quísticos, com inserção mais frequente no sacrum-coccix, intrapelvicos ou extrapelvicos podem, concomitantemente, desenvolver-se dentro e fora da bacia.

Fatory, em 1815 descreveu um caso curioso: dois tumores um intrapelvico, outro extrapelvico, mantendo entre si algumas conexões. Gianturco, apresentou à Real Academia Médico-Cirurgica de Nápoles um teratoma que se destacava da face anterior do sacro, emitia um prolongamento na bacia e, exteriorizava-se pela chanfradura ciática. Zampa nos arquivos italianos de cirurgia de 6 de Junho de 1931 divide os teratomas sacro-coccigeos em:

1.º — Pediculados: a) de desenvolvimento inferior com pedículo coccigeo; b) de desenvolvimento posterior; c) de desenvolvimento inferior continuando-se em bisáco dentro do sacro.

2.º — Sesseis: desenvolvidos predominantemente para baixo e para traz.

3.º — Sesseis: desenvolvidos e implatados diante do sacro: a) perineais; b) intrapélvicos.

4.º — Teratomas associados à espinha bífida sagrada anterior.

5.<sup>o</sup> — Teratomas complicados: a) de infecção ou de necrose; b) de compressão vesical, rectal, vascular ou nervosa. Podem os prejuizos que acarretam manifestar-se precocemente; assim acontecia com a observação de Vollant que constituiu objecto da sua tese na Faculdade de Medicina de Paris, criança do sexo feminino que desde o undécimo dia não urinava, forçando a uma cistotomia.

Tratava-se dum tumôr precocíssimo, neuro-epitelioma, desenvolvido nas dependências dos vestígios do tubo neural.

Ainda o ano passado, Sadevay, publicou um caso de terator a desenvolvido entre o sacro e o peritoneu, determinando oclusão intestinal.

Denis Du Péage classifica os tumores congénitos da região sacro-coccigea em: disembríomas simples e disembríomas complexos e estes, por sua vez, em teratoides ou tumôres mixtos e teratomas.

Os disembríomas simples, diz Denis du Péage, não contem senão uma espécie de elementos e comprehendem os neuro-epiteliomas, os enteromas, os neurenteromas e os cordomas. Os neuro-epiteliomas são constituídos por nevrógliã que pode ser representada por elementos nos mais variados estados evolutivos, células e fibras nervosas, tecido conjuntivo e vasos muito ou pouco abundantes e de variável calibre.

Pseudo formações glandulares são distribuídas no seio dos restantes elementos constitutivos, tubuliformes ou esferoidais, revestidas por epitélío simples, cúbico ou prismático, com ou sem prato de bordadura ciliada. Aqui e além, os elementos que forram a parede anastomosam-se e dispõem-se de modo a lembrar várias camadas, dando lugar, aos «corpos em roseta».

E' esta a descrição clássica de Alezais e Peyron, inteiramente sobreposta à de certas modalidades de tumores de nevrógliã incorrectamente chamados adeno-gliomas e para o quais melhor convinha a designação de neuro-epiteliomas gliomatosos ou espongioblastomas (Borst).

«Os enteromas, apresentam-se sob a forma de micro-quistos de epitélío cilíndrico contendo muco. Nêstes quistos podem encontrar-se pregas glandulares, células caliciformes, e células fusiformes que são manifestamente elementos musculares».

Os neurenteromas são admitidos por Hamant e Cornil que os

consideram formados nas dependências do canal neurentérico. Peyron considera os tumores mixtos do tipo parasitário.

Os cordomas, mais freqüentes no sexo masculino, encontram-se particularmente na idade adulta com séde de eleição no espaço retro-rectal e podem ser pequenos e duros ou mais volumosos e mais moles. Na sua constituição entram elementos de núcleo volumoso, central, vacuolisados, com disposição sincicial ou formando cavidades glanduliformes.

Recidivam e tem quasi sempre evolução fatal.

Os disembríomas teratoides são constituídos por tecidos de diversa linhagem e mantendo entre si relações desordenadas, microquísticos e com predomínio das formações sólidas (teratoides sólidos) ou formando quistos volumosos (teratoides quísticos).

Os primeiros são sempre mais complexos e, os seus tecidos, em disposição sistemática, formam esboços de órgãos mais ou menos reconhecíveis: gânglios nervosos, ilheus pancreáticos, retina, etc., formações que n'anteem a mais estranha vizinhança. A' cabeça das desordens embriogénicas figuram, como diz Letulle, os teratomas, os tumores mixtos mais complexos contendo verdadeiros órgãos, melhor ou pior conformados. Os monstros duplos pygópagos constituem a expressão mais complexa destas malformações; membros mais ou menos completos, uma coluna vertebral, uma caixa torácica, ansas intestinais figuram entre as formações nêles encontradas. Dareste, professor da teratologia, em 26 observações encontrou 14 vezes extremidades complementares, 9 vezes ansas intestinais e 1 vez o penis, a bexiga e os brônquios. Diz Denucé que segundo Duplay, sob as designações de tumores congénitos sacro-coccigeos ou de tumores mixtos ou teratoides compreendemos tumores por vezes já volumosos no momento do parto, podendo ocasionar distócia e dotados da faculdade de crescer, chegando a atingir dimensões consideráveis. E, ao encarar a anatomia patológica e a patogenia dêstes tumores considera o referido autor quatro categorias:

1.<sup>a</sup> — Espinha bífida quística ou oculta complicada de neoplasmas, angiomas, linfangiomas, lipomas, fibro-lipomas etc.

2.<sup>a</sup> — Neoplasmas que parecem independentes duma espinha bífida.

3.<sup>a</sup> — Tumôres cujos elementos parecem ser atribuídos a formações permanentes ou a órgãos transitórios da região.

4.<sup>a</sup> — Tumôres que não podem ser ligados às categorias precedentes (teratomas).

Como se vê, o autor inclui no mesmo capítulo formações de natureza tão diversa que a séde comum não pode justificar tal orientação. Em bôa verdade não nos parece aceitável espinha bífida ao lado dos tumores mixtos simples, dos teratoides ou dos teratomas. O seu significado é inteiramente diferente, a designação que abrange formações congénitas tão dissemelhantes não deve ser mantida por incorreta. Os teratomas com tecidos derivados dos três folhetos blastodérmicos, também chamados tridermomas, podem, conforme foi dito, apresentar tendência organoide com uma disposição estrutural tão rudimentar que, minuciosos exames microscópicos são necessários para uma boa interpretação.

São êstes designados por teratomas embrionários, blastomatosos ou teratoblastomas e, os seus exemplares menos complexos aproximam-se dos tumores mixtos simples sem tendência organoide. A disposição sistemática pode ser evidente. A pele é representada por formações quísticas de revestimento epidérmico, glandulas sebáceas, sudoríparas e pêlos; o aparelho respiratório, por formações quísticas revestidas por um epitélio vibrátil, aneis cartilagineos, glandulas mucosas e tecido muscular liso; o sistema nervoso central, por plexos coroides, vesículas oculares rudimentares, nevrógliã, etc. (Borst). E, ao lado dos teratomas simples, há-os mais complexos, com órgãos mais ou menos perfeitos, e de tal modo que se obtem uma extensa escala com o primeiro termo nos tumores mixtos simples e o último nos monstros duplos pygópagos. A cada passo encontramos lado a lado, formações adultas e formações embrionárias no mesmo tumôr como se nas últimas fôsse suspensa a diferenciação ou nelas se realisasse uma atrofia secundária.

\* \* \*

O capítulo da patogenia tem dado lugar a numerosas controvérsias. A teoria partenogenética que encontrou entusiásticos defensores em Waldeyer e Pfannenstiel e que gosou de grande reputação, tem, cada vez mais, os seus créditos abalados.

Alguns autores pretendem que os tumores mixtos sacro-cocci-geos tenham a sua génese num macisso celular indiferenciado

situado na extremidade caudal do embrião (*amas residual*) constituído por elementos representativos dos três folhetos.

Segundo Bonet a origem destes tumores deve procurar-se no desenvolvimento das primeiras células geradas na segmentação do ovo. São estes blastómeros isolados, detidos no seu desenvolvimento e encravados, deixando de participar na formação harmónica do embrião, que em dado momento, pondo à prova a sua energia conservada latente, evolucionam no sentido da formação de um tumor, tanto mais complexo quanto mais precoce foi o seu isolamento. Trabalhos de ordem experimental abncam esta interpretação patogénica concebida pela teoria blastomérica (trabalhos de Desch e Herbst com ovos de ascidia e Hertzig e Shulz com ovos de rã).

Para alguns autores, Forster, Calbet, etc., estes tumores congénitos sacro-coccígeos teriam a sua explicação patogénica na teoria parasitária.

As formações gemelares e os teratomas de complexidade decrescente, traduzem a influência regressiva crescente dos elementos blastodérmicos, do gêmeo desenvolvido sobre o gêmeo atrofiado (incluso ou parasita).

As teorias blastomérica e parasitária são aquelas que fornecem ao nosso espírito a explicação patogénica dos tumores organoides, teratomas ou teratoides, com representação de órgãos que como os olhos, as glândulas salivares, os brônquios, etc. não podem ser interpretados, quanto à sua génese, pelos processos disembrioplásticos da região.

Formações embrionárias transitórias da região sacro-coccígea, habitualmente destinadas à regressão mais ou menos precoce e que constituem a cauda embrionária — vestígios cordais de Müller, vestígios coccígeos de Tourneux e Hermann, intestino post-anal (Middeldorpf, Hildebrand), o canal neurentérico (Ziegler) e as vértebras coccígeas de Fol e Physalix.

Os cordomas, os neuro-epiteliomas, os enteromas, os neurenteromas teem a sua génese nestas formações embrionárias.

\* \* \*

Os tumores congénitos da região sacro-coccígea crescem rapidamente podendo pelo seu volume ocasionar distócia, particular-

mente se não se trata de formações quísticas; nestas pode a punção resolver o problema, nos teratomas sólidos manobras obstétricas mais ou menos mutilantes terão de ser postas em prática em certas situações, felizmente raras.

A conduta a seguir é a intervenção cirúrgica que pode ser cheia de dificuldades, particularmente nas formas intra-pélvicas com aderências a vários órgãos.

A diagnose diferencial com certas modalidades de espina bífida nem sempre é fácil. A espinha bífida da região sagrada nem sempre são medianos, as suas paredes podem sofrer uma transformação neoplásica e, se o isolamento dos espaços sub-aracnoideus se realiza, a diagnose pode ser difícil ou mesmo impossível.

A transmissão da pressão aos espaços sub-aracnoideus, aumentando a tensão da fontanela e ocasionando gemidos ou convulsões, a hipertricrose localisada, as perturbações nervosas dos membros inferiores, a incontidência de fezes e urinas, exames radiológicos, a punção, auxiliam-nos poderosamente nesta tarefa.

\* \* \*

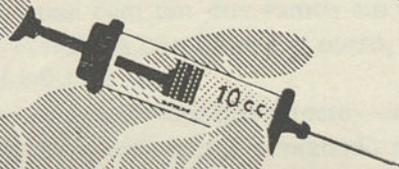
O tumor que tivemos ocasião de observar é, conforme a abalorada opinião do Prof. Geraldino Brites, um glioma quístico congénito e corresponde aos disembríomas poliquísticos dos clássicos. É uma modalidade rara de tumores da região sacro-coccígea.

Não temos á mão bibliografia que nos habilite a precisar o número de casos publicados até hoje. Vollant em 1923, dizia, referindo-se aos disembríomas desta categoria:

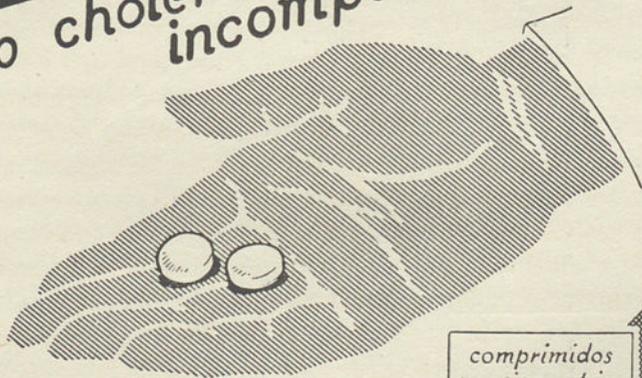
Os tumores sacro-coccígeos do tipo dêstes que acabamos de estudar constituem uma afecção duma extrema raridade.

O autor, através da bibliografia consultada, conseguiu apenas reunir cinco exemplares. Estes neuro-epiteliomas eram incluídos na categoria dos tumores mixtos da região e foi após os trabalhos de Hermann e Tourneux que Wieding os considerou formados nas dependências dos vestígios para-coccígeos isolados da extremidade caudal da medula que, ao terceiro mês da vida embrionária, contrai aderências com a pele a nível da eminência coccígea. Para o fim do terceiro mês e porque as partes moles não acompanham o desenvolvimento da coluna, a extremidade

Injeções  
endovenosas



Nas doenças do fígado  
e das vias biliares:  
**DECHOLIN**  
o cholerético e cholagogo  
incomparável



comprimidos  
por via gastrica

J. D. RIEDEL - E. de HAËN A.G. BERLIN

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL :

No Norte:  
JOÃO MANUEL LOPES & C.A, L.DA  
Galeria de Paris, 102 - PORTO

No Sul:  
FRIEDR. STÜHLMACHER, L.DA  
Rua Aurea, 124 - LISBOA



caudal da medula forma uma ansa com um dos ramos em relação com a face posterior das vértebras coccígeas e o outro, dirigido para cima e para trás, aderente à pele.

O primeiro ramo da ansa — segmento coccígeo directo — desaparece por atrofia no decorrer do quarto mês e o segundo ramo — segmento coccígeo refletido — continua a evolucionar, originando cordões de células e cavidades limitadas por um epitélio prismático e pavimenoso, representantes do neuro-epitélio primitivo, sofrendo habitualmente regressão no decorrer do 6.º mês. E' nas dependências destes reliquats da medula embrionária que se formam os disembríomas simples da categoria daquele que descrevemos.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA GARRET (A. de) — Sôbre um caso de tumor congénito da pelve. *Arquivos de Pediatria e Ortopedia*, Novembro de 1921.

ASCHOFF (L.) — Tratado de Anatomia Patológica (*Tradução espanhola*, 1934).

DENIS DU PÉAGE — Contribution a l'étude de l'Anatomie Pathologique et de la Pathogénie des tumeurs dysembryoplastiques de la région sacro-coccygienne. *Tese de Naucy*, 1933.

DENUCÊ ET NOVÉ-JOSSERAND — La Pratique des Maladies des enfants 1913.

FONSECA E CASTRO — Um caso de teratoma sacro-cocccigeo (*Portugal Médico*, n.º 2, 1929).

GERALDINO BRITES — Teratome complexe bigerminal du sacrum développé au dedans du rectum, *Folia Anatomica Conimbrigensis*, vol. III, n.º 14, 1933.

HAMANT, CORNIL ET MORINGER — Remarques critiques sur la pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales, *Société Anatomique de Paris*, (5-XII-1929), *Annales de Anatomie Pathologique et de Anatomie Normale Médico-Chirurgical*, n.º 9, 1929.

JOUBRANDT, KARGER, BERGMANN — Tratado de Patologia Quirurgica de la Infancia, (*Tradução espanhola*, 1932, n.º 534).

PIRES DE LIMA (J.) — Deux observations de tumeurs congenitales pelviens ayant provoqué des monstruosités. *Extrait du Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*, tome VIII, 1918.

ROCHER (H. L.), H. BONNARD ET R. GUÉRIN — Volumineuse tumeur sacrococcygienne, extirpation a la vint-quatrième heure de la vie. Guérison. Examen anátomo-pathologique. *Bulletins Memoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 1929, pg. 101.

VOLLANT (R.) — Contribution à l'étude de la rétention d'urine dans les tumeurs sacro-cocccigiennes chez le nourrisson. *Tese de Paris*, 1932.

# A PROPÓSITO DUM CASO DE EDEMA DA GLOTE (1)

POR

MANUEL DE BRITO SUBTIL

Antes de mais nada seja-nos lícito fazer, desde já, uma pequena correcção: sempre que um doente asfixia ou sufoca, e a causa reside na sua laringe, é habitual dizer-se que se trata dum *edema da glote*. E' esta uma expressão incorrecta e que não corresponde à realidade dos factos. pois quasi nunca o edema atinge a *glote*, ou sejam as cordas vocais.

A mucosa laríngea, aderente ao plano subjacente em certos pontos (face posterior da epiglote, porção livre das cordas vocais), está d'êe separada no resto da laringe e, particularmente, na face externa das pregas ariteno-epiglóticas e face anterior da epiglote, por um tecido conjuntivo laxo. E é nas malhas d'êste tecido que se produz uma exsudação devida à vaso-dilatação e à diapedése dos leucocitos. Assim, o que temos, na realidade, é um edema da *laringe ou de uma parte da laringe* (segundo os casos, edema da epiglote, das aritenoides, das pregas ariteno-epiglóticas...)

O sintoma predominante no edema da laringe é a dispneia. Variável com a séde e a extensão do edema, é inicialmente inspiratória apenas, acompanhada de tiragem supra-esternal; mas depressa a expiração, que a princípio se conservava fácil, se torna progressivamente ruidosa e acompanhada por um ruído especial, o característico «ruído de bandeira». A dispneia passa a ser contínua, mais intensa, e complicada por acessos paroxísticos de sufocação. A sua marcha é, por vezes, duma rapidez fulminante e o doente sucumbe à asfixia.

---

(1) Comunicação à sessão de 5 de Novembro da «Quinzena Médica» dos Hospitais da Universidade de Coimbra,

Por isso, a preocupação de todos os que o cercam, incluindo o próprio médico assistente, consiste em pôr o doente a respirar, evitar a asfixia. E a salvação apresenta-se naturalmente sob a forma duma traqueotomia.

Na prática, a designação de traqueotomia engloba muitas vezes as quatro variedades seguintes de laringo-traqueotomia: laringotomia intercrico-tiroideia, crico-traqueotomia, traqueotomia alta e traqueotomia baixa. Esta última, a que Trousseau praticava, interessa a porção da traqueia compreendida entre o 4.º e o 7.º anéis; a traqueotomia alta interessa os três primeiros anéis; a crico-traqueotomia divide a cartilagem cricoide e os dois primeiros anéis da traqueia; a laringotomia intercrico-tiroideia interessa a membrana crico-tiroideia.

A traqueotomia baixa não é de aconselhar devido à profundidade a que a traqueia se encontra e que aumenta à medida que nos aproximamos da fúrcula esternal, e às relações que apresenta com os grossos vasos do pescoço (carótida, jugular interna, tronco bráquio-cefálico). Quanto à traqueotomia alta, devido às relações da traqueia com o corpo tiroide, é impossível fazê-la — a não ser que o istmo não exista — sem interessar as finas anastomoses arteriais e as arcadas venosas transversais que a esse nível existem.

E se agora nos lembramos que, nos casos de edema da laringe, as numerosas veias que emanam do corpo tiroide, formando um verdadeiro plexo que mascara a traqueia, e as veias superficiais do pescoço entre as quais as jugulares anteriores, ligadas por uma anastomose transversal ou oblíqua que pode ser interessada pela incisão dos planos superficiais; se nos lembrarmos — dizíamos — que tôdas essas veias se encontram dilatadas, túrgidas, replectas de sangue, facilmente veremos ser-nos impossível prever a quantidade de sangue que a incisão nos vai dar. A hemorragia pode ser tão importante, no adulto, que os cirurgiões se dividem quanto à escolha da técnica a empregar.

E enquanto uns, fugindo ao perigo, preferem a abertura intercrico-tiroideia, zona mais segura sob o ponto de vista operatório, outros, seguindo Trousseau, fazem a traqueotomia mas operam lentamente e com circunspecção, dissecando, reconhecendo, afastando e pinçando, ou laqueando, todos os vasos que sucessivamente se apresentam.

Parece-nos ser esta orientação a preferível. Embora a abertura da membrana crico-tiroideia seja muito mais rápida e, ao parecer, de menor perigo, não deixa de apresentar os seus inconvenientes, não sendo o menos importante o facto de o porte da cânula mais de dois ou três dias dar lugar a uma reacção inflamatória de visinhança seguida, muitas vezes, de estenose que necessita depois, para ser corrigida, duma nova operação nem sempre seguida do êxito desejado. Quanto à traqueotomia, desde que seja convenientemente feita, embora com todos os cuidados, dá em regra tempo suficiente para o doente se salvar. O que não pode nunca, se pretendemos atingir com segurança êsse desideratum, é ser feita ao acaso.

Farabeuf, no seu *Précis de Manuel Opératoire*, depois de aconselhar o leitor a exercitar-se fazendo traqueotomias no cadáver, habituando-se à posição a tomar, a incisar bem no plano médio, a meter a cânula, etc., até ser capaz de, com os olhos fechados, traqueotomisar um recém-nascido, cita a opinião de Pelletan que, sendo um hábil broncotomista, escrevia já em 1798 que a prática da traqueotomia nunca pertenceria senão àqueles que, a conhecimentos positivos e precisos da região e da técnica, pudessem juntar sangue-frio e um grande hábito de operar.

E', porém, possível resolver um caso de edema da laringe sem necessidade de recorrer sistematicamente à intervenção sangrenta. Assim é que Strümpell aconselha dominar pelos meios médicos o perigo imediato, dirigindo depois o tratamento contra a doença que foi a causadora do edema, a não ser que a dispneia chegue a pôr em perigo a vida do doente, caso em que — mas só então — pode ser útil fazer a traquetomia. Bezançone, De Jong, juntamente com André Bloch, são de idêntica opinião. Georges Laurens escreve: «a traqueotomia ou a laringotomia intercrico-tiroideia, só em último caso; não devemos apressar-nos a meter uma cânula na laringe do doente porque, *na maioria dos casos*, os edemas laríngeos entram em resolução e curam com o tratamento médico ao fim de dois ou três dias e, às vezes, ainda antes». Todo o edema laríngeo deve, no entanto, ser vigiado atentamente, observando pela laringoscopia a séde e o grau do edema, e com a caixa da traqueotomia sempre pronta, para evitar acidentes de sufocação e a morte por asfixia.

Não sendo possível fazer a laringoscopia, por não se saber fazer ou não haver com quê, nunca se deve fazer a exploração digital num doente que asfixia, porque a introdução do dedo vai provocar espasmos que podem ser mortais. O momento para a intervenção ser-nos-à indicado, apenas, pelos elementos de ordem clínica e, sobretudo, pela intensidade de dispneia, não devendo hesitar-se em operar desde que o pulso fraqueje.

O tratamento médico aconselhado nos casos de edema laríngeo pode ser causal e sintomático.

O tratamento causal compreende o desbridamento dum fleimão visinho, peri-amigdalino ou peri-laríngeo; a supressão do iodeto de potássio, se o doente o estava a tomar; o tratamento dum processo cárdio-renal ou de um estado de intoxicação ou anafiláctico coexistente, etc.

O tratamento sintomático consiste em: repouso absoluto e silêncio, conservando-se o doente de preferência sentado, se respirar melhor nessa posição; revulsão pre-laríngea, especialmente por meio de aplicações quentes; pulverisações emolientes, quentes também, ou inalações com substâncias como a tintura de benjoim e a tintura de eucalipto a que podemos juntar, aproveitando a sua acção anestésica, um pouco de mentol; e ausência de alimentação, sempre dolorosa e, às vezes, impossível.

Podemos favorecer a sudação e a resolução do edema administrando cloridrato de pilocarpina quando o coração e o rim são normais e no caso de edema agudo primitivo. Poderoso diaforético e sialagogo, aplica-se em injeções hipodérmicas, não devendo injectar-se mais de dois centigramas, dose máxima. Té, porém, um inconveniente: a pilocarpina té uma acção vagotropa e pode, por isso, dar lugar a fenómenos de espasmo brônquico e dilatação alveolar. Convém, por isso, combinar a sua acção ou mesmo substituí-la pela adrenalina e pela efedrina.

A efedrina é o princípio activo duma planta da família das coníferas, a Ephedra da China, conhecida já 3.000 anos A. C. com o nome de Ma-Huang. Figurando já nessa data no arsenal terapêutico do imperador Shen-Hung, representa, desde então, um princípio constante da medicação popular chinesa. Mas foi o japonês Nagai quem, continuando os trabalhos iniciados em

1885 por Yamanashi, preparou sob uma forma pura o alcaloide activo, e Miura quem fêz, pela primeira vez, uma comunicação em 1887 na *Berliner Klin. Woch.* sôbre a acção midriática da efedrina. No ano seguinte a casa Merck, de Darmstadt, preparava, sob uma forma pura, a efedrina, bem como um outro alcaloide, a pseudo-efedrina. Mas só em 1926 êste alcaloide, que até aí se conservou numa certa obscuridade apesar de já 9 anos antes Amatsu e Kubota terem demonstrado os seus efeitos essencialmente simpaticotropos, começou a suscitar o interêsse farmacológico, em seguida aos trabalhos de Chen e Schmidt demonstrando que tinha propriedades análogas às da hormona supra-renal. Posteriormente, ainda a casa Merck, conseguiu preparar uma efedrina sintética, com as mesmas propriedades do alcaloide natural levogiro, a que deu o nome de efetonina.

A efedrina, que têm como a adrenalina uma acção electiva sôbre as terminações nervosas simpáticas, eleva a pressão sanguínea por contracção dos pequenos vasos, estimula a actividade cardíaca, excita o centro respiratório e relaxa a musculatura dos brônquios, dilatando-os. Apresenta sôbre a adrenalina as seguintes vantagens: é muito menos tóxica, a sua acção é menos brusca mas mais intensa e mais duradoura e faz-se sentir não só por injeccção hipodérmica como ainda pela via oral e o seu uso prolongado não dá lugar a fenómenos de acumulação. No entanto, a sua associação à adrenalina ainda é mais eficaz.

As causas da acção simpaticotropa da efedrina são as mesmas da adrenalina: excitação da substância receptora entre a célula muscular lisa e as ramificações do plexo nervoso vegetativo; apenas difere quantitativamente da adrenalina por apresentar limiares de excitabilidade simpática e para-simpática mais aproximados. Assim, o aumento das doses de efedrina, em vez de provocar uma acção simpaticotónica mais enérgica, dá lugar, a partir dum certo limite, a um decrescimento da excitabilidade do simpático e, finalmente, a uma inversão da sua acção que passa a ser vagotropa.

Podemos ainda administrar sais de cálcio pois o cálcio exerce também uma acção simpaticotónica, vaso-constritora, e ao mesmo tempo moderadora do vago, tendo ainda, além disso, uma acção diurética que também pode aproveitar-se neste caso.

\* \* \*

Feitas estas ligeiras considerações, vamos passar a narrar a história do caso clínico que as motivou :

Uma noite, cêrca das 4 horas da manhã, pára à minha porta um automóvel dentro do qual vêm alguém cuja respiração ruidosa, semelhando um silvo agudo, se ouve a grande distância. Trata-se durr. individuo de 43 anos, forte, bem constituído, que se apresenta extremamente cianosado, as veias cervicais e da frente túrgidas, salientes, e com uma respiração difficilima, principalmente a inspiração que é acompanhada dum esfôrço enorme e produz o ruído a que já me referi. Segundo contam as pessoas que o acompanham e êle próprio confirma, quasi só por gestos, o doente, que anteriormente se encontrava inteiramente bem, começou a sentir cêrca das 21 horas da véspera uma impressão de picadas na garganta, mais do lado esquerdo, acompanhada de dificuldade de deglutição da saliva, e ao mesmo tempo velava-se-lhe um pouco a voz. Apesar disso saiu para fazer uma visita e ao regressar a casa, cêrca da 1 hora da manhã, numa noite fria e com muita cacimba, começou a sentir uma dispneia progressivamente mais intensa e a deglutição tornava-se mais difficil e por fim impossivel. Perante o aspecto alarmante que estava tomando o caso, meteram-no num automóvel e trouxeram-no para Coimbra.

A' laringoscopia, feita imediatamente, era impossivel apreciar o interior da laringe, i. e., o vestibulo e as cordas vocais, porque o orificio superior estava obstruido por uma massa edematosa, rosada, um pouco mole, em que era impossivel distinguir os limites da epiglote, aritenoides e pregas ariteno-epiglóticas. A respiração fazia-se com enorme dificuldade atravez duma estreita fenda que só era bem aparente durante a passagem do ar, de resto mais difficil à inspiração que à expiração. O exame da cavidade bucal e da oro-faringe não mostrou a existência de qualquer abcesso ou lesão inflamatória das visinhanças (base da língua, amígdalas, etc.). Estávamos perante um caso típico de edema da laringe e, como era preciso pôr o doente a respirar e não gostamos de fazer a traqueotomia senão em último caso,

resolvemos reduzir o volume do edema por meio do galvanocautério. E assim, fizemos duas incisões lineares, profundas, na face anterior da epiglote, e outras duas, punctiformes, onde nos pareceu deverem ser as aritenoides. Para auxiliar a redução do edema impunha-se o tratamento médico adjuvante mas, antes, era necessário procurar determinar a sua causa.

Os edemas da laringe podem ser de origem inflamatória ou de origem mecânica; daí a sua classificação em edemas laringeos infecciosos, ou laringites edematosas, e edemas laringeos não infecciosos.

A infecção constitue as mais das vezes a causa do edema laringeo, que pode ser primitivo ou secundário. O *edema primitivo*, cujo tipo é o edema chamado «a frigore», o clássico *edema da glote*, é devido a uma infecção microbiana do tecido celular que provoca uma exsudação de serosidade. A laringite edematosa é rara e observa-se sobretudo no homem adulto. As suas causas predisponentes são: o frio, principalmente, e depois os estados de congestão e de inflamação aguda ou crónica da mucosa laringea, especialmente por fadiga vocal, abuso do tabaco ou do álcool. Também os brighiticos, sob a influência dum resfriamento, podem ser atacados por uma laringite aguda que, devido à retenção cloretada, rapidamente se torna edematosa.

Os *edemas secundários* podem ser consecutivos a uma doença geral: pneumonia, gripe, ou ainda a uma infecção local: ferida ou ulceração da laringe (tuberculose, sífilis, cancro da laringe); ou, ainda, a uma supuração de visinhança, buco-faringea, por exemplo.

Quanto aos *edemas laringeos não infecciosos*, podemos reunir sob essa rubrica os edemas de origem renal, os edemas tóxicos, angio-neuróticos ou por estase, segundo a classificação etiológica, ligeiramente modificada, de Bourgeois, Egger e Collet, citada por Laurens, Aubry e Lemariey.

E ainda podemos dizer, se quizermos resumir, que, sob o ponto de vista etiológico, o edema da laringe se pode explicar: por uma vaso-dilatação, pela retenção cloretada, por um obstáculo à circulação de retôrno, por uma intoxicação, por um choque hemoclásico.

O nosso doente não apresentava na sua cavidade bucal nenhum processo inflamatório. Não enguliu nenhum corpo estranho, uma espinha, por exemplo. Encontrava-se de boa saúde nos dias que precederam a aparição do edema. Não apresentava, na ocasião, sinais de qualquer doença geral infecciosa. Não estava a tomar iodeto de potássio, não comeu nêsse dia nada de especial e nunca teve qualquer manifestação anafilática. Pensámos, por isso, que o edema poderia ser de origem circulatória. Mas a auscultação do seu coração não nos fornecia quaisquer elementos, o pulso era cheio, bem ritmado, a tensão arterial normal. Uma análise sumária da urina, que se mandou fazer com urgência, não mostrou qualquer baixa da taxa dos cloretos, antes pelo contrário (13,10 por litro); não revelou albumina, nem hemoglobina, nem glicose, nem acetona nem ácido diacético, nem urobilina, ácidos cu pigmentos biliares, nem indol nem escatol; no sedimento apenas apareciam raros cristais de ácido úrico, raros glóbulos brancos e raras células epiteliaes largas, compridas e redondas e não havia cilindros.

Em vista de todos êstes factos parece tratar-se, na realidade, de um caso de edema «a frigore» (devemos dizer que o doente é fumador e têm hábitos alcoólicos, o que até, como já vimos, pode ser uma causa adjuvante do aparecimento desta classe de edemas), a não ser que o seu ponto de partida tenha estado numa ulceração ou outra lesão laríngea, de natureza sifilítica ou bacilosa, o que não podemos investigar de momento.

Parece-nos, por isso, que só temos que louvar-nos por não termos feito logo de entrada uma traqueotomia e que tudo vai entrar na ordem rapidamente com o tratamento médico que vamos instituir.

Mandamos fazer aplicações quentes pre-laríngeas permanentes e administramos cloreto de cálcio a 10 % intra-veno:so (10 cc.) e 1 cgr. de cloridrato de pilocarpina.

O doente tem uma sudação abundantíssima que obriga a mudar as roupas no espaço de poucas horas, a expectoração é abundante, branca, espumosa.

Um novo exame laringoscópico mostra redução acentuada do volume do edema. Vêm-se já as cordas vocais, movendo-se bem. Mas apesar de tudo o doente continua a respirar mal,

sente-se prêso, os seus brônquios como que não se abrem e resistem à entrada do ar nos alvéolos. A auscultação mostra numerosos ruídos adventícios: ralas crepitantes e sub-crepitantes, sibilos. Resolvemos injectar efedrina e, passado algum tempo, como a respiração ainda é difficil, injectámos adrenalina.

Tudo começa então a entrar na ordem e no dia seguinte o doente encontra-se muito melhor. Continua com applicações quentes no pescoço, cloreto de cálcio intravenoso, cardiazol, efedrina e, ainda, inalações com tintura de benjoim e tintura de eucalipto, ãã 3o gramas, e mentol, 1 grama. Passados três dias com esta terapêutica o doente apresenta-se com facies normal, a respiração é normal, a laringe com as cordas movendo-se bem (não há disфонia sensível), a epiglote conserva-se, porém, um pouco deformada notando-se bem. tanto nela como nas aritenoides, os vestígios das cauterizações. O doente têm então alta e vai para sua casa onde continuará com as inalações, desinfecção nasal e cloreto de cálcio intravenoso, ficando sob a vigilância do seu médico assistente.

Desejando eliminar a hipótese de o edema ser consecutivo a uma lesão laríngea de natureza tuberculosa mandamos fazer uma análise de expectoração e um exame radiológico do tórax. Do relatório dêste exame consta o seguinte:

Sob radioscopia, o diafragma tinha boa mobilidade, o vértice direito iluminava menos com a tosse do que o esquerdo, a aorta mostrava densidade do 3.º grau.

A tele-radiografia obtida sob incidência dorso-ventral a 2 metros de distância focal, mostra calcificação das cartilagens costais em toda a altura do tórax; o vértice esquerdo é mais transparente que o direito que se encontra opacificado por um véu homogéneo; as sombras hilares estão um pouco aumentadas de volume e densas, vendo-se no seu interior imagens de vasos vistos de tampo e de gânglios fibro-calcáreos; é visível á direita a linha capilar do pulmão. Conclusão: córtico-pleurite apical direita.

A pesquisa de bacilos de Koch na expectoração (exame directo e após homogenisação), feita por duas vezes, em ambas foi negativa.

Mas, entretanto, um novo exame laringoscópico mostra-nos apenas as cordas vocais rosadas e paresiadas, não havendo

quaisquer sinais de infiltração ou ulceração nem das cordas nem das aritenoides nem do espaço inter-aritenoideu (comissura posterior); a epiglote apresenta agora uma forma absolutamente regular; sôbre os bordos livres das duas cordas vocais vêem-se algumas secreções muco-purulentas que devem estar em relação com um estado de catarro rino-faríngeo que o doente apresenta.

### CONCLUSÕES

Em vista do que acabamos de ver, somos forçados a admitir que nêste doente se tratava dum edema da laringe «a frigore» implantado sôbre um estado de laringite aguda e favorecido, talvez, pelos hábitos alcoólicos e tabágicos do doente.

Não há vantagem, em presença dum caso desta natureza, em fazer a traqueotomia pois a maior parte das vezes o tratamento médico basta para obter a cura.

Êsse facto não impede, porém, que um doente nestas condições deva permanecer sob vigilância constante, sendo as indicações para a intervenção dadas pelo agravamento da dispneia mas, principalmente, pelo estado do pulso do doente.

Em outros casos, porém, (edema laringeo como manifestação local da doença de Bright ou coexistindo com edemas generalizados, edema consecutivo a ulcerações laringeas por cancro, por ex., e outros) não há vantagem em tentar o tratamento médico. A intervenção é preferível, logo de entrada.

Parece-nos, em suma, que não se pode estabelecer uma regra de conduta sistemática para cada caso de edema da laringe. Ao médico compete, em presença da etiologia e da intensidade dos sinais clínicos eleger o caminho a seguir sem esquecer que, muitas vezes, lhe será possível evitar a morte do doente por asfixia sem necessidade de o submeter a uma intervenção cirúrgica cujas seqüências, em regra, são sempre aborrecidas para êle.

## BIBLIOGRAFIA

- G. LAURENS — Oto-Rhino-Laryngologie du Médecin Praticien, *Masson*, Paris.
- G. PORTMANN — Consultations Oto-Rhino-Laryngologiques, *G. Doin*, Paris, 1934.
- G. LAURENS, M. AUBRY E LEMARIEY — Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie, *Masson*, Paris, 1931.
- O. KORNER E E. GRUNBERG — Enfermedades del oído, nariz y garganta, *Ed. Labor*, 1933, Barcelona.
- H. ULRICI — Diagnostico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar y laringea, *Ed. Labor*, 1935, Barcelona.
- BEZANÇON, DE JONG E A. BLOCH — Maladies de l'appareil respiratoire (*Précis de Pathol. Méd., T. III*) *Masson*, Paris, 1931.
- STRUMPELL E SEYFARTH — Patologia y terapeutica de las Enfermedades Internas, *F. Seix, Ed.* Barcelona, 1936.
- FARABEUF — Précis de Manuel Opératoire, *Masson*, Paris.
- G. PORTMANN — Technique Opératoire Oto-Rhino-Laryngologique, *Masson*, Paris, 1932.
- R. LERICHE — Comm. à Soc. de Chir. em 1928 sôbre a patogenia dos edemas.
- BRANDÃO, FILHO (Rio de Janeiro) — Du rôle du sympathique dans la pathogénie des oedèmes, *Lyon Chir.*, T. XXIX, n.º 4, Julho/Agosto, 1932.
- N. NAGAI — Ephedrine, *Pharm. Zeit.*, 1897, 32-700.
- K. K. CHEN — A Pharmacognostic and Chemical Study of Ma Huang, *Journ. of. Am. Pharm.*, 1924, 14-1899.
- K. K. CHEN E C. F. SCHMIDT — The action of Ephedrine, the Active Principle of the Chinese Drug, Ma Huang, *Journ. Pharm. and Exp. Therap.*, 1924, 24-339.
- H. AMATSU E S. KUBOTA — Uber die pharmakologischen Wirkung des Ephedrins und Mydriatins, *Kyoto Igaku Zassi*, 1913, 10-301; 1917, 14-77.
- ALTHAUSEN E SCHUMACHER — Clinical Results with Ephedrine Therapy, *Arch. Int. Med.*, 1927, 40-851.
- P. O. DIMITRIEV — Sôbre a acção diurética dos sais de cálcio, *Journ. of. Am. Med. Ass.* 1932, 98-269.
- KARL MERCK — *Ann. de E. Merck*, 1934, p. 19, L'évolution de l'Étude des Alcaloïdes. Ephedrine et Ephétonine.
- L. BONAPACE — A propósito do tratamento medicamentoso das estenoses da laringe, *Giorn. Med. dell'Alto Adige*, voi. VI, n.º 6.

## POEIRA DOS ARQUIVOS

Tomaz Rodrigues da Veiga e a última doença  
da Infanta Dona Maria

Aquele eminentíssimo lente da Universidade de Coimbra, recémfundada por D. João III, de quem fôra médico, como mais tarde de D. Sebastião, o segundo professor em data da nossa Faculdade de Medicina, onde por nomeação regia ensinava a cadeira de Véspera, isto é, a das seis horas vespertinas, segundo a classificação canónica das horas, desde 1538 até 1557, ano em que a 23 de Novembro tomava posse da cadeira de prima ou seja a das seis horas matutinas — a prima hora — êste eminentíssimo mestre, a quem o Zacuto Lusitano denominou *professor emeritus*, foi chamado por el-rei D. Sebastião em Outubro de 1577 para socorrer, com as luses do seu vasto talento e tacto clínico, a Infanta Dona Maria, então muito doente em Lisboa.

Grande era a nomeada do célebre médico, para assim ser solicitado da capital, onde não faltavam facultativos ilustres; o mais afamado foi-o por certo no seu tempo, a ponto do Padre António Vieira qualifica-o do púlpito de — Magnus Thomas — no sermão de S. Lucas:

«Adoeceu de hum febre El-Rey D. Sebastião, e sendo chamado de Coimbra, aquele oraculo da Medicina, que nas cadeiras da mesma Universidade he allegado com o nome de Magnus Thomas, ordenou que lhe fizessem hum cama de rozas, e deitado nellas ficou são. (Tomo II, sermão de S. Lucas, n.º 17).

Pois, êste «oráculo da Medicina», não obstante todo o seu saber e experiência clínica, não logrou salvar a simpática e culta Infanta, que, por entre a consternação geral e lágrimas sinceras

falecia a 10 de Outubro de 1577, com 56 anos de idade, 4 meses e 2 dias, afirma Frey Miguel Pacheco, na «Vida da Sereníssima Infanta...») a qual, diz o mesmo cronista minucioso, «cayo mala de una calentura lenta», acrescentando, «juzgaron los médicos ser mortal; encomendaron a su confessor el desengaño...» Entre os médicos da hora suprema estava o insigne Tomaz Rodrigues e deveria ter sido êle, o mais categorizado, quem pedira ao padre confessor que lhe communicasse o prognóstico fatal, recebido sereníssimamente por esta princesa, que meses antes, a 18 de Julho, não se esquecera no seu testamento dos pobres e necessitados e da edificação dum hospital, entre outras muitas obras de caridade. Morria duma «febre lenta». Que seria? A tuberculose, provavelmente.

Mas, isto não basta para um diagnóstico retrospectivo.

Irmã de D. João III pelo pai comum, D. Manuel, o venturoso, era filha da que fôra noiva do irmão — fatalidade não perdoada por aquele, cujo carinho pela formosa infanta nunca desabrochou. Orfã muito cedo, vira a mãe ausentar-se para a côrte de França, onde seria segunda vez rainha. Oito vezes noiva, oito vezes ficára solteira.

Bem razão tinha ela em refugiar-se nos livros, na música, na amisade das Sigeias e na de Paula Vicente, a *tangedora*, a filha illustre do comediógrafo inegulavel, organisando êsses magníficos serões da côrte, brilhantes, deliciosos, invejados... de que fôra a animadora gentil, inteligente e graciosa.

A nossa Universidade fêz-lhe exéquias solenes, como as que anos antes se realisaram pelo irmão, o Infante D. Luis, pai de D. António, Prior do Crato. Eis a ata do conselho no qual o assunto foi tratado e que, se não está inédita, é pelo menos pouco conhecida. Por ela se vê que além das exéquias perante uma eça de seis degraus, alumuada por 24 tochas, com vésperas de nove lições, e missa no dia immediato, seguida de prégação, houve... dois dias de feriado. Só não se fêz a oração fúnebre, como ao Infante D. Luis, talvez por falta de tempo:

« — Sôbre as exequias da Infante Dona Maria — »

«Aos XIX dias dout<sup>o</sup> de 1577 Annos sabado acabadas as lições

de nove a dez se juntará na salla grãde o padre frey antº vyçe Reytor desta Unyversidade e os senhores frey luis de souto mayor frey agostinho da trĩdade frey eytor antº mousinho doctores he lentes ã teologia james de Moraes Luis de castro m<sup>el</sup> suarez luis corea xvão jº alvaro dãdrade lēntes de canones Ruy lopes da veyga (1) lvis basto de bryto pº dalpoẽ lētes de leys he o do<sup>tor</sup> j<sup>mo</sup> fis f<sup>co</sup> sindico e o dctor jº fer<sup>ra</sup> que serve de cõservador os doctores fernando Roiz gaspar mãso lētes ã medicina f<sup>co</sup> do mercado este-vãõ glz sostitutos nas cad<sup>ras</sup> de medecina J<sup>mo</sup> freyre dãndrade v<sup>co</sup> Rib<sup>ro</sup> antº sebastião de souto deputados em lugares dos lentes dēputados estãdo todos jũtos dise o padre vyçeReytor q̃ a ãnfante dona m<sup>a</sup> tia delRey noso sõr era fallecida e q̃ fora perda muy grãde e q̃ ellRey noso sõr avya muyto de sentir e por ela ser tall pesoa e Irmã dellRey dõ Jº o 3º q̃ fũdara esta Unyversidade e a dotara dos bens q̃ tynha e tia dellRey proteytor desta Unyversidade parecera Razão a Unyversidade mostrar o syntimento q̃ ã tall caso convynha e pelo que avya exẽplo nesta Unyversidade por ja se fazerẽm exequias plo ãfante dõ luis seu yrmão desta sãra lhe parecera necessario darlhes neste claustro cõta para determinarẽ o q̃ lhes parece e logo se Relembrese como pla morte do ãfante dõ luis se deyxara de ler dous dias e na capela se lhe fizera hũa eça de seis degraus e duas duzias de tochas se lhe disera hũ officio de nove lições as vesperas e Ao outro dia misa e pregaçãõ e q̃ as vesperas avera oraçãõ funebre Refe-rindo Isto foy asẽtado q̃ tudo se fizesse tirãdo a oraçãõ funebre q̃ esta nõ era necessaria mas o mais tudo se fizesse da dita maneira e q̃ nõ se lese nas escollas sesta feira e o sabado q̃ vem e a sesta feira se fisesse as vesperas e Ao sabado A misa pregaçãõ e q̃ ho padre vyçe Reytor encomendase A misa e oraçãõ a quẽ lhe parece e se fisesse todo sobredito e a despesa q̃ p<sup>a</sup> yso fose necessaria antº da silva ho spvy».

Frey Antonio de são domĩgos  
James de Moraes  
F. Luis de souto mayor

Tomás Rodrigues da Veiga voltou para Coimbra, desgostoso .

(1) Filho de Tomaz Rodrigues da Veiga.

com o acontecimento e mal humorado consigo mesmo, a reger a sua cátedra de prima, onde ensinava o Tegne de Galeno, o De locis affectis, o De morbo et symptomate, o De differentiis febrilis e o De simplicibus.

Mas, qual não é o seu espanto, quando no conselho chamado das multas, ou como hoje diríamos das faltas, de 1577, se vê descontado das lições que vão do primeiro de Outubro a dezoito de Novembro!

Todas as terças do ano (Natal, Páscoa e S. João) o Conselho reunia sob a presidência do Reitor e dos Conselheiros e Deputados lentes e não lentes, para tomar nota das faltas dadas pelos mestres e mais pessoal. Eis o que consta a respeito do nosso antepassado illustre.

«Multas»

«Medecina»

«o doctor thomas Roiz lente Jubillado na cadra de prima de medecina foi Ausente no principio da 3<sup>a</sup> ate dezoito de nov<sup>o</sup> e q̄ ade ser multado por ausente em tudo começando ler a dezanove do dito nov<sup>o</sup> e ate o fim da 3<sup>a</sup> deyxou de ler 4 lições por doente que leo por ele estevão glz vay descontado. contentara o sustituto» (1).

Tomás Rodrigues, que durante quarenta anos fôra um professor exemplar, trabalhador infatigável que faltava poucas vezes, foi aos ares quando de tal soube e, como a injustiça era flagrante, resolveu protestar alegando a verdade — ausentara-se em serviço del-Rei.

Muniu-se duma provisão régia e no conselho, que teve logar a 10 de março de 1578, apresentou-a juntamente com a sua petição:

«E se vyo no dito cõselho hũa provysão de ElRey noso sör per que manda que nõ seja multado o doctor tomas Roiz na sua cadra ate desasete de nov<sup>o</sup> e q̄ chegou a esta cidade / vistas as causas q̄ alega e sua petyção que foy mädalo sua Alteza destar e lex<sup>a</sup> o mes doct<sup>o</sup> para curar a ifante e depois nõ Respõdeo te dez

(1) Livros dos Conselhos in Arquivo da Universidade, donde foram extrai-dos este e outros documentos.

de nov<sup>o</sup> e q̃ veyo aos desasete v<sup>to</sup> tudo eles sores votarão e foy asẽntado q̃ assim lida esta provysão de sua alteza seg<sup>do</sup> forma do estatuto dos lentes chamados por sua alteza que levã e vencẽ as duas partes da cad<sup>ra</sup> e q̃ nesta forma mandarão fose cõiado o dito doc<sup>tor</sup> thomas Roiz».

O mestre não fica contente com a resposta e volta à carga, apresentando nova petição ao conselho que reúne a 15 do mesmo mês :

«Sob<sup>re</sup> thomas Roiz da Veyga»

«E no dyto cõselho se vyo hũa petisã do doc<sup>tor</sup> thomaz Roiz na qual pede q̃ lhe cõprãõ ẽ tudo he por tudo a provysão delRey noso sõr q̃ ouve por lhe ser cõtada toda a sua cad<sup>ra</sup> e nõ ser multado nella e q̃ contentaria o sustituto e eles sõres vyrãõ a dita provysão e o estatuto que na dita provysão era alegado e primeiro que tudo por terẽ já Respõdido a provysão nõ cõselho atras por o que lhe deram as duas partes da sua cad<sup>ra</sup> como lente chamado por sua alteza votarão primeiro se se tornaria a propor he foy asẽntado que sy e proposta de novo a causa visto a provysão e petyção e os estatutos em tal caso asẽt Aarãõ eles srẽs q̃ cumprãõ a provysão de sua alteza e mãdarão q̃ fose ao doc<sup>tor</sup> tomas Roiz contado tudo aquylo da sua cad<sup>ra</sup> tyrando ho q̃ a Unyversidade gastara por Razão de sua lisão q̃ deyxou de ler q̃ são dozẽtos e L<sup>ta</sup> rs de cada lisão pelo que nõ he Razão q̃ a Unyversidade page mais desta cad<sup>ra</sup> de prima nõ lendo o dito doc<sup>tor</sup> q̃ lendo nõ este parece o Intuito de sua Alteza e assinarão Aquy antonio da Silva espy».

Ainda nos dois seguintes conselhos o lente de prima dá que talar de si, pedindo certidãõ do trabalho realisado numa tão longa carreira de professorado, não só longa mas brilhante :

«Tomas Roiz»

«Aos XXX dias de junho de 1578 anos 2.<sup>a</sup> feira na casa do cõselho estando presente o sõr dom J<sup>mo</sup> de meneses Reytor e os sores ffrey frco carn<sup>ro</sup> J<sup>o</sup> frz R<sup>o</sup> dandrade paulo A<sup>o</sup> ẽ lugar de symãõ mõteyro de O<sup>ra</sup> g<sup>o</sup> freyre no dito cõselho se vyo hũa pe-

tição do doc<sup>tor</sup> tomas Roiz ã que pede q̃ lhe pasẽ certydão do tempo q̃ ha q̃ tem llydo nesta Unyversidade asy lisões extraordinarias como lendo ordinariamente pelo que lhe Respondem e v<sup>ta</sup> sua petyção foy asẽtado q̃ o dito doc<sup>tor</sup> apresentase primeiro a carta de Jubyllação q̃ tinha porque dahy por diante se podia ver o tempo q̃ lera e foy asẽtado que depois de vyr a dita carta. forão eleytos para as ver e se noteficou conforme Ao estatuto os cõse-lheyros de canones he leys comygo secretario antonio da silva spvy».

Cõselho das multas da 3<sup>a</sup> de são J<sup>o</sup> deste ano de 78  
sobre tomas Roiz

«primeiro q̃ tudo vyrão a carta de jubyllação do doc<sup>tor</sup> tomas Roiz q̃ foy pasada no ano de L<sup>ta</sup> e nove e v<sup>to</sup> ella cõ a petisção q̃ o dito doctor tomas Roiz tem feyto A este cõselho ã q̃ pede certidão de todo tẽpo q̃ tem lido nestas escolas e asy das lisões eyxtraordinarias visto tudo asẽtarão eles sõres q̃ nõ podião dar certydão ao dito doc<sup>tor</sup> de maes tempo q̃ do q̃ leo depois de Jubyllado ategora e que lhe notificase eu secretario Isto e q̃ que-rendo ele dem depois de sua jubyllação lhe notificase q̃ apresente as provisões q̃ tem para que lese depois de jubyllado e que cõ Iso se lhe darya despacho e quanto ao que leo eyxtraordinario se lhe pase certydão do tpõ que se achar».

Os conselhos das multas ainda se ocupam dele nas seguintes terças:

Medecina (abril de 1578)

«o dc<sup>tor</sup> tomas Roiz da Veyga lẽte de prima nõ leva mullta nesta cad<sup>ra</sup> porque duas lisões q̃ deyxou de ler foy por nõ ter ouvyntes e ã cada lisão deyxou de ler hũ 4<sup>o</sup> vay asoluto disto e de nõ Ir nos prestitos plas Razões q̃ deu.

Ase de avysar q̃ lea todo o tempo».

Mulltas desta 3<sup>a</sup> do são João (1578)

«Ao dc<sup>tor</sup> tomas Roiz Jubyllado ade ser contado toda sua cad<sup>ra</sup> e mulltado soamente em hũa ora e avysado q̃ nõ deixe mais de ler todo o tpo q̃ tem de obrygação q̃ he ora he mea».

Multa sem em 24 de Janeiro de 1579  
Medecina

«o d<sup>tor</sup> tomas Roiz da Veyga lente de medecina deyxou de ler esta terça nove lições q̃ leo por elle ho d<sup>tor</sup> frco botelho e Fernão Roiz q̃ lhe nõ levã nada. Ade ser contado em tudo».

Até que no

«Cõselho das multas da 3<sup>a</sup> q̃ cõmeçam por Xi de jan<sup>ro</sup> de 1579 e acabou aos vynte dabryl do dito ano»

damos com esta nota lacónica e triste :

«o d<sup>tor</sup> tomas Roiz lente de prima de medecina faleceo a vynte e cinco de março e posto q̃ tevese algũas multas foy asẽtado q̃ se lhe contasse tudo te o dia de seu falecimento».

Esta nota permite-nos antes de mais emendar alguns informes tidos como clássicos sôbre o grande mestre, de quem Henrique Jorge Henriques, que foi seu discípulo, professor da nossa Faculdade na Cadeira de Prática, em 1589 e depois na Universidade de Salamanca, escreveu ter sido

«Admirable e perfecto médico que otro hasta el dia de hoy no ha avido desde los gentiles»

e isto quando Rodrigues da Veiga já o não podia ler.

O Reitor Figueiroa no seu catálogo dos lentes da Universidade de Coimbra, diz :

«Thomas Rodrigues da Veiga, natural de Evora, foi Lente de Vespera, não consta quando foi provido, mas somente que já a lia no ano de 1539, e depois foi lente de Prima por provisão de 23 de novembro de 1557, de que tomou posse em 3 de janeiro de 1558, e jubilado e reconduzido nela por provisão de 29 de setembro de 1559, falleceo em 26 de maio de 1579, com quarenta anos de Lente, nos quaes deo varios livros à impressão de que faz menção Nicolau Antonio, e a elle hum grande elogio»

Como se viu está errada a data da morte: foi a 28 de Março e não a 26 de Maio.

Um outro que erra as datas e agora, muito mais, é Barbosa Machado, na *Bibliotheca Lusitana*:

«Illustrou a cidade de Evora com o seu nascimento, e a de Coimbra com o seu magistério, sendo catedratico de medecina pelo espaço de quarenta e dous anos, onde tomou posse da cadeira de *Prima* a 3 de Jadeiro de 1558, e nella jubilou a 20 de setembro de 1589. Foy physico mor de ElRei D. João III e de D. Sebastião, que lhe deu o habito militar da Ordem de Santiago...

Falleceu em Coimbra a 26 de Maio de 1593».

Nem se jubilou em 1589, nem ensinou durante 42 anos, nem morreu em 1593, a 26 de Maio.

Mais grosseiros ainda são os erros de Francisco António Martins Bastos, quando afirma na sua «Nobiliarchia Médica»:

O Doutor Thomas Rodrigues da Veiga, que fora medico dos senhores Rei Dom João III, e D. Sebastião, e que falleceu no anno de 1693, como diz Barbosa Mach. Bibl. Luis. T. 3. p. 748, devia ser medico do dito Senhor Cardeal Rey, o que he mais provavel, e mesmo o havia de ser do Senhor Rey Dom Filippe II, como conta o Dr. José Pinheiro de Freitas Soares, na sua Memoria, T. XI p. 36 da Mem. da Acad. R. das Scienc. de Lisboa,

Tudo errado, mesmo o que se refere a D. João III e D. Sebastião.

Não nos será difficil completar a biografia deste grande antepassado das nossas cátedras médicas.

Tendo-se doutorado em medicina pela Universidade de Salamanca, aí, por concurso ou opposição, como se dizia, regeu com brilho notável uma cadeira da Faculdade, para mais se atendermos à sua idade moça. <sup>(1)</sup>

---

(1) Tinha 25 anos em 1538, tendo, pois, nascido em 1513, di-lo êle próprio no prefácio *ad benignum lectorem* do *Tomus primus Commentariorum*...

Quando D. João III fundou em abril de 1537 a Universidade de Coimbra, pouquíssimos foram os elementos que aproveitou da extinta Universidade de Lisboa. Da Faculdade de Medicina não vieram nem o Doutor Gil da Costa, nem Diogo Franco antigos professores: para a cadeira de *prima* convidou o monarca o Doutor e Mestre Henrique de Cuellar, que começou a reger em 4 de Junho de 1537 e para a de *vespera*, creada por alvará régio de 25 d'abril de 1538 veio em setembro do mesmo ano, igualmente por convite régio, o Doutor Tomás Rodrigues da Veiga, já aureolado pela fama, não obstante a sua pouca idade que devia orçar pelos trinta, se tanto.

Assim esteve ensinando, com desusada competência os Aforismos de *Hipocrates*, o *De Ratione Victus* e as *Epidemias* e *Prognósticos* do mestre de Cós, mais o *nono ad Almansorem*, do arabe Rhasés, até 23 de novembro de 1557, ano em que uma provisão régia o colocou na Cadeira de Prima vaga pela aposentação do Doutor Rodrigo de Reinoso e da qual tomou posse em 3 de janeiro de 1558, sendo jubilado por provisão de 29 de setembro de 1559, provisão que o reconduzia ao mesmo tempo no exercício da cadeira.

Tendo-se desencarregado ininterruptamente desse professorado durante longos 40 anos e meio veio a falecer no seu posto, em 25 de março de 1579, rodeado do carinho e admiração dos alunos e colegas.

Além do ensino vivo e fecundo na cátedra e na clínica, servido por sólida erudição, e eloquencia comunicativa, escreveu o remoto colega em latim vernáculo, embora um tanto pomposo, como era o latim quinhentista, os dois livros, que possuímos na Biblioteca da Universidade e em que se mostra um galenista fervoroso:

«Commentarii in libros Claud. Galeni / duos, de februm dif / ferentiis. / Conimbricae. / Apud joannem Barrerium, Typographum Regium / (...) 1578 / — 1 vol.»

«Opera omnia in Galeni libros edita & commentariis in partes novem distin / ctis, expressa, quibus nodi difficultatum in Medicina frequentes, soluun / tur,

classi eorumque medico erum controversiae, veritatis / lima expendentur.

Lugduni, / apud Petrum Landry. / 1594 — 1 vol».

Refere Figanière (citado nos Arquivos de Historia da Medicina Portuguesa) que existe no Museu Britânico um manuscrito latino com o seguinte título :

In aphorismos Hyppocatis Coi medicorum Principis  
Commentarii sapientissimi Doctoris Roiz da Veiga  
Eborensis»

naturalmente do tempo em que regeu a cadeira de Véspera.

Diz Maximiano de Lemos não ter podido averiguar se esta obra, que consta de 170 folhas, em 8º francês, é a mesma a que se refere Barbosa Machado, subordinada ao título :

«Commentarii in libros Hippocratis de victus ratione»

Hoje, à distância de 4 séculos, não é pela leitura dos seus livros que poderíamos deduzir o valor do seu extraordinário talento, unanimemente afirmado por quantos foram seus discipulos ou com êle conviveram, ou porventura souberam da sua fama. Não.

Este grande mestre era-o nas Aulas e no Hospital, fazendo clínica e conversando — no seu verdadeiro meio.

Quantos não conhecemos hoje dêste quilate, que não deixam uma obra escrita à altura dos seus méritos reais, por onde os pósteros possam admirar a scintilante intelligência, o vasto saber, a competência pedagógica e clínica ? ! E é pena.

Tomaz da Veiga também poetava e pela amostra que conheço parece que o seduzia a veia jocosa. Dentro da sua austeridade, sabia aproveitar as horas de ócio, divertindo-se. A seguinte anedota referida por Miguel Leitão de Andrade, na sua «Miscelânea», confirma uma e outra cousa :

«Jogando em Coimbra a laranginha Martim Gonçalves da Camara, que depois foi grande privado delRei Sebastião e Presidente do Desembargo do Paço, sendo clérigo, com o Doutor Tomaz Rodrigues da Veiga, Lente de Prima de Medecina, por

parceiro, contra Dom Jeronimo de Meneses Reitor da Universidade que depois foi Bispo do Porto, com outro. E o dito Doutor perdeu, e ficou devendo hum tostão ao Reitor. O qual dahy a outro dia lhe mandou pedir uma certidão e elle lha mandou com hum par de perdizes e esta trová»:

«Das perdizes o singel,  
Co vintem da certidão  
Pagão muy bem o tostão  
Pondo de casa o papel.  
Não serei mais cascavel  
Que o parceiro que tomar ;  
Mais olhos m' hade mostrar  
que o livro d'Ayres Pinel.

Miguel Leitão explica os versos, dizendo que Tomaz Rodrigues perdera a partida por ser miope o padre jesuita Martins Gonçalves da Câmara que também foi um dia Reitor da Universidade ; e que «no livro de Ayres Pinel» acabado de saír, «tudo nele eram abrolhos».

Curiosos versos por onde aprendemos o valor dum atestado médico — um vintem — e o dum çasal de perdizes — cêrca de quatro vintens — naqueles abençoados tempos!

Para terminar. Por cada lição de prima, de hora e meia, às 6 da manhã e depois de ouvir missa, ganhava Tomaz Rodrigues duzentos e cincoenta reis.

E, se não assistia aos préstitos universitários, sem se justificar, era multado num cruzado... por cada vez.

A. DA ROCHA BRITO.

## NOTAS CLÍNICAS

### Doença de Heine-Medin (1)

A sua história pode dividir-se em quatro períodos. O primeiro compreende o estudo clínico (Duchenne de Bologne) e anatómico (Clarke, Charcot, Roger, etc.) da sua forma esporádica, rara, de sintomatologia «unívoca», estereotipada, poderemos dizer, a única conhecida durante muito tempo na maioria dos povos europeus (*paralisia infantil clássica*). O segundo engloba o estudo das formas agudas, de carácter nitidamente epidémico e de fisionomia anátomo-clínica proteiforme, estudadas sobretudo na Suécia e Noruega por Heine (1840) e Medin (1885). O terceiro, correspondendo ao aparecimento, nos outros países, de epidemias semelhantes às dos povos nórdicos, constitue o período de identificação etiológica de uma às outras formas. O quarto, finalmente, iniciado em 1909 pela descoberta, por Landsteiner e Popper, do respectivo *virus*, prolonga-se até aos nossos dias e é fortemente ilustrado pelas noções epidemiológicas e aquisições terapêuticas, sobretudo no que respeita à soroterapia chamada específica e à fisioterapia, uma e outra revestindo diferentes modalidades.

#### Sintomatologia e Formas

Dotada de grande polimorfismo anátomo-clínico, podemos, no entanto, entre as suas variadas formas, considerar uma como clássica, fundamental, tanto pela sua frequência como pela sua sintomatologia e evolução.

É a forma justamente designada *paralisia infantil* ou *poliomielite anterior aguda*, cuja anátomo-patologia foi bem estudada por Cornil (1864), Vulpian e Prévost (1867) e por Charcot e Joffroy em 1870. Peculiar

---

(1) Preferimos esta designação (dada em homenagem aos dois autores que primeiro melhor descreveram esta doença) às de poliomielite anterior aguda e de paralisia infantil. Efectivamente, o facto das lesões, nesta doença, se não localisarem exclusivamente às hastes anteriores da medula (embora, geralmente, aí predominem) e de poderem evoluir subaguda e cronicamente, torna imprópria a primeira designação. Semelhantemente, a grande frequência das suas formas não paralíticas e a possibilidade, tantas vezes verificada, desta doença aparecer em adolescentes e adultos, sobretudo jovens, contra-indica suficientemente o emprêgo da segunda, aliás consagrada, mas injustamente, como vemos, pela tradição médica e popular.

às creanças de dezoito meses a cinco ou seis anos, compreende, geralmente, vários períodos: (1) *de invasão*, durando dois, três, quatro e mais dias (por vezes, pelo menos aparentemente, apenas algumas horas) e consistindo em perturbações digestivas (anorexia, náuseas, vômitos e diarreia), respiratórias (tossicosa, bronquite), febre mais ou menos elevada (38, 39, 40°, etc.); rino-faringite, angina, etc.; *de estado* ou das paralisias, geralmente flácidas (paraplegia, tetraplegia, de preferência a primeira); *de regressão*, maior ou menor, das paralisias e, finalmente, das *secuelas*, das deformações consecutivas às atrofias musculares. O primeiro período, a não ser, naturalmente, em época de epidemia, comum como pode ser e tantos estados toxi-infecciosos, nada tem de característico. Denuncia apenas toxi-infecção.

Os restantes, pelo contrário, sobejamente conhecidos, quando francamente realizados, constituem a verdadeira *assinatura anátomo-clínica* da doença de Heine-Medin.

Anteriormente ao segundo período (período das paralisias) convem conhecer, sobretudo, preanunciando-as, a fase de diminuição ou abolição dos reflexos tendinosos. Explorar êstes sistematicamente no início de todos os estados toxi-infecciosos infantis e, encontrando-os numa daquelas condições, fazer, quando se está convicto da sua eficácia, a correspondente soroterápia, parece-nos uma conduta muito recomendável. Embora, possivelmente, dependentes de outras causas, poderemos afirmar que os benéficos resultados obtidos nos casos de doença de Heine-Medin compensam sobejamente a despesa e raros acidentes resultantes da aplicação da soroterápia anti-polimiélica em outros estados mórbidos.

Em opposição, porém, a esta forma (*forma* poliomiélica própria dita), de fisionomia tão característica e, por consequência, de fácil diagnóstico, muitas outras existem com lesões, sintomatologia e evolução bem diferentes: meníngea, meningo-ictérica, cerebral, mielítica, espasmódica, atáxica, bulbo-protuberancial, polinevítica, ascendente (tipo Landry), sub-aguda, lenta, fruste e abortiva, de recaídas e recidivas (2), digestivas e respiratórias, inaparentes, etc. (3). Fáceis, mais ou menos fáceis de diagnosticar em ocasião de epidemia, é evidente que, quando esporádicas, constituem, na generalidade, um problema clínico da maior importância e dificuldade de solução.

---

(1) O período de incubação, de um a cinco dias, segundo alguns autores (Baboneix et Maurice Lévy, *Paralyse Infantile, Traité de Médecine des Enfants*, etc. Nobécourt, vol. V, p. 337) e de dez a catorze segundo outros (P. Rohmer et L. Willemin-Clog, *cits. in Rev. Française de Pédiatrie*, 1334, p. 89), não merece referência especial.

(2) Auguste Pettit, *Sérothérapie Antipoliomyélique D'origine Animale (S. A. P.)*, 1936, p. 69., Masson et Cie, édits.

(3) Jean Levaditi, *Caractère innaparent de la polioomyélite épidémique*, *Paris Médical*, n.º 2, 1935, p. 37.

Evidentemente, quanto à forma *menígea pura*, distinguimo-la da forma clássica acompanhada, no período de invasão, de contemporaneidade ou secundariamente às paralisias <sup>(1)</sup>, de reacção meníngea, clínica e laboratorial, mais ou menos intensa e duradoira.

### Anatomo-patologia

Depende, naturalmente, do estado agudo ou cicatricial de doença.

No primeiro consiste, *macroscopicamente*, em fenómenos congestivos difusos, localizados principalmente à medula, meninges e, em menor grau e frequência, ao bulbo, protuberância, cerebello, pedúnculos cerebrais, encéfalo, núcleos de origem dos nervos craneanos, gânglios raquídeos, nervos periféricos e sistema neuro-vegetativo (plexos nervosos do intestino delgado, gânglios semilunares e parte medular das supra-renais) ao baço, rins, pleura, pericárdio, amígdalas, placas de Peyer, folículos intestinais e vaso-musculares <sup>(2)</sup>, «congestão e hemorragias vaso-musculares particularmente importantes na sua inserção tendinosa — *zona frágil*, — devendo, assim, desempenhar algum papel na inércia muscular».

L'aspect des centres *nerveux* est caractéristique.

Dans les régions atteintes, en effet, «la substance grise et surtout celle des cornes antérieures apparaît gonflée, œdémateuse, et surtout très richement vascularisée. De place en place, on est frappé par une apparence purpurique des cornes antérieures, lesquelles, quelquefois, sont le siège d'un ramollissement microscopique (Harbitz et Scheel). Le liquide céphalo-rachidien est surtout abondant autour de la moelle. Dans les régions les plus hautes du névraxe, les coupes à l'état frais montrent une hyperhémie considérable de la pie-mère et une imbibition séreuse des régions atteintes. La substance blanche du cerveau est souvent striée de lignes purpuriques indiquant la stase et la dilatation des vaisseaux (Redlich)» (Lhermitte).

Fait important, ces lésions macroscopiques *peuvent manquer*, alors que les lésions histologiques sont très marquées (O. Wichmann). <sup>(3)</sup>

*Histologicamente* «estas lesões consistem na infiltração leucocitária (sobretudo polimorfo-nuclear) do tecido nervoso e da adventícia dos vasos, com fenómenos de eritroleuco-diapedese mais ou menos intensa.

Esta infiltração celular invade muito especialmente as hastes anteriores da medula, cujas células (particularmente as grandes células radiculares) entram sucessivamente em degenerescência e destruição (devida quer aos fermentos leucocitários, quer ao próprio vírus de Landsteiner e Popper).

---

(1) P. Nobécourt. Les syndromes méningés tardifs de la maladie de Heine-Medin, *Journ. des Praticiens*, n.º 37, 1934, p. 593-598.

(2) Babonneix et Maurice Lévy, loc. cit., p. 334.

(3) Ibidem, pag. 321-322.

No final dêste processo de neurofagia, produzida pelos granulócitos, corpúsculos micróglicos e histiócitos, a micrógliã está transformada em corpúsculos grânulo-gordurosos e os histiócitos aparecem cheios de produtos de destruição nervosa» (1).

Lesões, como diz Lhermite, não *específicas*, isto é, «não abonando, só por si, o diagnóstico de doença de Heine-Medin, mas *excluindo-o* quando não existem», o seu reconhecimento oferece, no entanto, conjuntamente com outros elementos, epidemiológicos e clínicos, a maior importância para o diagnóstico de tal doença.

O estado cicatricial (consequência histo-patológica da substituição de todos os elementos celulares que infiltraram o tecido nervoso pela proliferação nevróglia) é caracterizado, essencialmente, pela esclerose mais ou menos acentuada dos primitivos focos inflamatórios.

### Epidemiologia e Proflaxia

E' ainda bastante discutida, sobretudo no que respeita ao predomínio, na sua difusão, das vias respiratórias superiores e da via digestiva, tendo por veículo, respectivamente, as gotículas de Flügge e os alimentos e bebidas (água, leite, etc.).

A primeira doutrina é defendida pela maioria dos autores, admitindo, naturalmente, que o contágio da doença de Heine-Medin é principalmente de natureza inter-humana. Numerosos casos abonam, incontestavelmente, tal modo de ver, baseado, além disso, na freqüente existência rino-faríngea do vírus de Landsteiner e Popper em indivíduos que tiveram a doença de Heine-Medin sob uma forma evidente, discreta, fruste ou sofreram apenas uma contaminação vacinante inaparente. Brodie e Elvidge admitem apenas êste modo de transmissão, humana e experimental. Para êles a naso-farínge é, ao mesmo tempo, a *fonte de contaminação* e a *via de penetração* do vírus da doença de Heine-Medin, vehiculado do indivíduo doente ou do porta-germens convalescente ou são ao indivíduo receptivo pelas gotículas de Flügge e da naso-farínge dêste, *pelos nervos olfactivos*, ao cérebro e medula.

«Le virus se retrouve constamment dans le rhino-pharynx des malades aigus, des cas abortifs, et, fréquemment, chez les porteurs de germes, par ailleurs normaux; il n'a jamais été démontré dans les fèces des poliomyélitiques humains à l'exception d'un cas non confirmé. Par ailleurs, la porte d'entrée naso-pharyngée est bien établie expérimentalement. Les auteurs sus-nommés (Brodie e Elvidge), affirment que, dans trois cas seulement, l'ingestion du virus a provoqué la poliomyélite, et que le virus

---

(1) Alexandre Tupa. Étude histo-pathologique dans la polyomyélite humaine et expérimentale, *Arch. Roumaines de Pathologie Expérimentale et de Microbiologie*, n.º 4. XII-1934, p. 437-522.

n'a jamais été retrouvé dans les fèces des animaux injectés, alors qu'il est constamment présent au niveau de la muqueuse nasale. Il semble bien que le virus atteigne là, cerveau, et, de là, les centres médullaires, par les nerfs olfactifs». Depois de citar factos experimentais abonando tal hipótese, diz o mesmo autor, Jean Saucier (1) :

«Il est probable que la non-myélinisation des nerfs olfactifs fait de ce carrefour un lieu idéal pour la dissémination intranerveuse du virus, car on sait, par comparaison, que le sciatique ne devient vecteur de l'infection que s'il est traumatisé, que si la gaine de myéline de ses axones a eu le temps de dégénérer. C'est encore une raison pour admettre la possibilité de transmission par les fibres sympathiques qui, elles non plus, ne sont pas myélinisées». No organismo, a difusão do virus seria feita por via nervosa e não sanguínea ou linfática. Embora se tenha realizado por outras vias (subcutânea, peritonal, sanguínea, gânglios linfáticos, etc.), é manifesto que a via nervosa constitue a principal. Experimentalmente, pelo menos, assim acontece. «Le virus poliomyélitique a gagné le nevraxe; il s'y est dispersé par la voie des connexions nerveuses, quelles qu'elles soient (sensorielles, sensibles, motrices et sympathiques, réalisant ainsi le phénomène de la *neuroprobasi centripète et centrifuge*, (C. Levaditi), d'où la destruction de certains neurones médulo-bulbaires et les paralysies consécutives» (2). Nas três primeiras hipóteses (a última, praticamente, não há que tê-la em conta), o vírus é sobretudo transmissível durante as três ou quatro semanas após a eclosão da doença. Noção do maior valor em matéria de epidemiologia da doença de Heine-Medin, não deverá, pois, jamais ser esquecida para efeito de isolamento e desinfecção rino-faríngea dos doentes, aplicação de soro e desinfecção, igualmente rino-faríngea, dos indivíduos presumivelmente contaminados e contamináveis. A teoria da disseminação digestiva da doença de Heine-Medin pode, segundo alguns autores, revestir capital importância, sobretudo em época de epidemia. Defendida por Kling (3), encontra esta doutrina aceitável apoio nos seguintes factos : «carácter estivo-outonal da doença de Heine-Medin; sua disseminação pelos cursos de água; transmissão experimental *per os*; presença do vírus nas fezes do macaco e sua conservação, *in vitro*, no leite, manteiga, etc. Idêntica opinião tem John S. Toomey (4), afirmando: *The production of the spinal type of lesion usually seen in human beings with poliomyelitis can be best explained by assuming that the factor that causes the disease enters through the gastro-intestinal tract and from there*

(1) Dr. Jean Saucier, Assistant à la Clinique neurologique de la Faculté de Médecine, Université de Montréal, Canada, *La Médecine Infantile*, n.º 10, octob.-bre, 1936, p. 331-332.

(2) Jean Levaditi, loc. cit. p. 38.

(3) Ibidem.

(4) John S. Toomey, The seventh nerve as a possible pathway for the transmission of the virus of poliomyelitis, *American Journ. of Diseases of Children*, January, 1936, p. 58.

*spreads to the spinal cord by way of the sympathetic nervous system. The production of the bulbar type of the disease may be explained by assuming that the virus can also spread from the gastro-intestinal tract to the medullary by way of the axis-cylinders of both vags nervs.* Defendida igualmente por Arvid Walgren (1), tem, como naturais conseqüências, a prática das seguintes medidas profiláticas: não consumir os alimentos provenientes de zonas contaminadas e desinfectar, esterilizar as fezes e urinas dos doentes e convalescentes, etc.

Concomitantemente deve fazer-se a imunização passiva das pessoas expostas ao contágio (crianças e adolescentes, sobretudo), quer com o sôro de Petit e de convalescentes (colhido três semanas (2) após a apirexia), quer com o sangue de adultos, atingidos ou não pela doença (o emprêgo do sangue dêstes últimos baseia-se na sua quâsi constante imunização contra a doença de Heine-Medin, que tiveram de uma maneira inaparente, demonstrada pelo poder *neutralisante* do respectivo sôro). Na dúvida, porém, sôbre o emprêgo de um sangue inactivo, deve injectar-se a mistura de vários sangues, aumentando-se, assim, as possibilidades da sua eficácia. O sangue dos pais é o mais aconselhável (facilidade de aquisição e melhor tolerância). Das razões do seu emprêgo, doses e efeitos, diz avisadamente Jean Saucier: (3)

«Jusqu'à preuve du contraire, la meilleure formule de prophylaxie consiste à injecter aux enfants que menace une épidémie, le sang total des parents, ainsi que le fit le Dr. Wm. B. Brebner, à Bradford, au début de l'épidémie pennsylvanienne de 1932.

Appliquant le principe suivant lequel l'adulte a habituellement acquis l'immunité contre la poliomyélite, le Dr. Brebner est allé à Bradford et a injecté aux enfants de moins de quinze ans et de plus d'un an, 10 à 20 cc. du sang de leurs parents. Il injecta 1.300 des 4.500 enfants de cette petite ville. Bien que durant cette période 32 nouveaux cas fussent déclarés, aucun des enfants qui reçurent l'injection du sang des parents ne contracta la maladie. La même expérience fut faite à la même époque à Philadelphie (Stokes) ou l'épidémie de Pennsylvanie sévissait également: sur 620 enfants que reçurent l'injection du sang de leurs parents, onze contractèrent une poliomyélite excessivement bénigne, sans séquelles paralytiques, sauf dans un seul cas. Si cette méthode n'empêche pas la maladie dans une proportion de 100 p. 100, il est intéressant de noter qu'elle en atténue singulièrement les effets et qu'aucune mortalité ne fut signalé dans les séries pourtant assez considérables de Stokes et de Brebner».

Processo simples, cómodo e bastante eficaz, como vemos, deve empregar-se sempre que esteja indicado. O emprêgo do sôro animal ou de convalescentes, êste conservado *liquido* ou *sêco* (depois de congelado e

(1) Arvid Walgren, cit in *Rev. Française de Pédiatrie*, 1934, p. 90-93.

(2) Dr. A. Stillmunkes. L'organisation pratique d'un centre des sérums de convalescents, *La Médecine Internationale Illustrée*, n.º 11, 1936, p. 266.

(3) Dr. Jean Saucier, *loc. cit.*, p. 335.

sêco por destilação no vácuo, sôro *liófilo*, solubilizado em água no momento da injeccção), e da mistura de sôro de muitos adultos (*pooled serum* (1) dos norte-americanos), além de dispendioso pode ocasionar acidentes de maior ou menor importância.

A profilaxia da doença de Heine-Medin pela acção nasal de certas substâncias, inspirada na relativa eficácia das instilações nasais, no *macacus rhesus*, de 1,5 cc. de um soluto de alun a 4% (em 24 macacos assim tratados por Armstrong e Harrison e depois contaminados por via igualmente nasal, só morreram 6, *contra* 16 em 20 outros macacos não *alunados*), a profilaxia da doença de Heine-Medin pela acção nasal de certas substâncias, repetimos, (diminuindo, como o alun? a permeabilidade da mucosa ou exercendo uma acção antiséptica directa), poderá vir a ser a mais eficaz e recomendável. Actualmente, porém, constitue apenas uma base de experiências, um ponto de partida, possivelmente fecundo, de trabalhos e investigações. O mesmo se pode dizer da profilaxia pela vacinoterápia, quer se empregue a vacina de Kolmer (*suspensão*, a 4%, de medula de *macaco poliomiélico atenuada* por um soluto de ricino-oleato de sódio a 1%) ou a vacina de Brodie (*virus atenuado* pela formalina a 1/100, à temperatura de 37° C, durante 8 a 12 horas).

Mais, destas vacinas, tal qual actualmente são preparadas, deve dizer-se que o seu emprêgo está contra-indicado, pois podem ter efeitos contra-producentes. «Jusqu'en ces derniers temps, les résultats expérimentaux obtenus aussi bien à New-York (Brodie) qu'à Philadelphie (Kolmer) laissaient prévoir qu'enfin la vaccination antipoliomyélique serait une acquisition définitive.

Il va cependant falloir reporter ces espoirs à un avenir plus lointain, car, en date du 28 décembre dernier, J. — P. Leake avertissait le public médical des Etats-Unis que les vaccins AetB — ce sont évidemment ceux de Brodie et Kolmer, les seuls utilisés sur une grande échelle — étaient dangereux, puisque chez douze enfants que reçurent l'un ou l'autre de ces vaccins on rapporta dans le délais habituels d'incubation des poliomyélites typiques.

Parmi ces douze cas, cinq moururent. Cette facheuse série n'a pas besoin de commentaires. Elle pose de nouveau la question de l'opportunité du vaccin, ou plutôt elle la résout momentanément dans le sens de l'abstention» (2).

Associada, porém, à soroterápia, como é lógico e se deduz de vários trabalhos experimentais (3), a vacinoterápia poderá ser de maior eficácia e utilidade.

---

(1) Dr. Jean Saucier, *loc. cit.*, p. 335-336.

(2) *Ibidem*, p. 334.

(3) Simon Flexner. Traitement préventif de la poliomyélite, *La Presse Médicale*, n.º 13, 1933, p. 251.

## Prognóstico

Depende, como é óbvio, da forma e, em cada forma, da sua intensidade. Grave, naturalmente grave, *quoad vitam*, nas formas bulbar, de paralisias ascendentes, realizando o síndrome de Landry, primitivo ou secundário—17 mortos em 25 casos na epidemia romena de 1927 e 1928 compreendendo, respectivamente, 2133 e 472 casos, com a mortalidade de 13,38% (1)—O mesmo, felizmente, não sucede nas restantes formas. *Quoad futurum*, todavia, o seu prognóstico pode ser mais ou menos grave: encefalopatias, hemiplegia cerebral, epilepsia etc., nas crianças; parkinsonismo transitório nas formas mesocefálicas) e, principalmente, paralisias (facial, dos membros, etc.) em indivíduos de todas as idades, inclusivamente nos recém-nascidos e lactentes, revelada sob a forma de miatonia congénita ou doença de Openheim e de atrofia muscular progressiva ou doença de Werdnig-Hoffmann, duas expressões, segundo certos autores (2), de poliomiélite crónica difusa dos lactentes, contaminados, no primeiro caso, durante a vida intra-uterina e no segundo pouco tempo depois do nascimento.

Sob o ponto de vista das paralisias dos membros, as mais frequentes e típicas, o prognóstico da doença de Heine-Medin depende, naturalmente, da sua séde, intensidade e extensão (a paralisia do deltoide, por exemplo, é particularmente rebelde ao tratamento).

Acentue-se, no entanto e desde já, que a apreciação puramente clínica de tais paralisias pode conduzir a grandes erros. Efectivamente, paralisias, a todos os títulos, de aparência gráve, podem regressar rápida e completamente e vice-versa.

Dai a grande necessidade e vantagem de recorrermos, para tal efeito, aos dados da cronaxia, mais fidedignos, geralmente, que os do electro-diagnóstico vulgar e os quais poderemos resumir do seguinte modo: a) nos doentes examinados precocemente, um a dois meses após o período infeccioso, o prognóstico é favorável se as cronaxias não excedem 4 a 5 vezes o seu valor normal (2 a 5 sigmas, o máximo) e, sobretudo, se, após ligeiro aumento, já começaram a diminuir, sendo, pelo contrário, possivelmente

---

(1) C. Ionesco. Mihaiesti, A. Tupa, B. Wisner et I. Mesrobeanu. Etudes sur la poliomyélite en Roumanie, *Archives Roumaines de Pathologie Experimentale et de Microbiologie*, n.º 4, XII-1934, p. 437-522,

(2) Paul Giraud, Myotonie progressive familiale. Maladie d'Oppenheim ou de Werdnig-Hoffmann, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1934, p. 48; Mlle Sentis, Leenhardt, Cavengt e Cohen, cits. p. Weill-Hallé, Delthil et Rambert, Myotomia congénitale du type Werdnig-Hoffmann, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1935, p. 661; Marburgh, cit. p. Ch. Cohen et P. Liessens. A propos de la pathogénie de la myotonie congénitale, *Rev. Française de Pédiatrie*, n.º 1, 1936, p. 118.

desfavorável, pelo menos quanto à duração, se o aumento vai até 10 *sigmas* ou mais; *b*) nos doentes examinados tardiamente o prognóstico é favorável se o aumento da cronaxia é fraca, como, aliás, o indica o exame clínico; se, porém, a cronaxia é elevada, forte, o prognóstico depende da sua evolução: *bom* quando a cronaxia baixa sensivelmente determinada de 15 em 15 dias ou, pelo menos, de mês em mês e *mau* quando se mantém e ainda quando, no mesmo músculo, (*ensaiando* a sua contração por *excitação do nervo*, do *ponto motor* e por *excitação longitudinal* das respectivas fibras) há dissociação das cronaxias.

Neste caso especial o prognóstico é tanto mais grave quanto maior é a hipoeccitabilidade pelo *nervo* e pelo *ponto motor* (podendo ir até a inexcitabilidade), pois apenas é possível a determinação da cronaxia (entre 10 e 15 sigmas) por excitação longitudinal do músculo.

Se estes reagem aos três modos de excitação e, portanto, a sua cronaxia pode ser avaliada por *excitação nervosa*, do *ponto motor* e *longitudinal*, dois casos há a considerar: 1.º, as cronaxias são iguais ou desiguais, isto é, existe *iso* ou *heterocronismo*. No primeiro caso, naturalmente, o prognóstico depende do valor da cronaxia.

No segundo, em que há degenerescência parcial do músculo, o prognóstico depende do valor relativo das três cronaxias determinadas, respectivamente, pela excitação do nervo, do ponto motor e por excitação longitudinal das fibras, significando uma gradual degenerescência e cuja apreciação se pode fazer, de certo modo, pela comparação da segunda ou *cronaxia intermediária*, com as outras ou *cronaxias extremas*. «Si le chiffre intermédiaire se rapproche de la chronaxie des fibres rapides (excitation nerveuse), le pronostic est favorable; le pourcentage des fibres rapides est plus grand que celui des fibres lentes. Si ce même chiffre intermédiaire se rapproche de celui que fournit l'excitation longitudinale, le pronostic est moins favorable: la plupart des fibres musculaires sont considérablement ralenties» (1).

( *Continua* ).

LÚCIO DE ALMEIDA.



INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
SÃO PAULO

(1) M. Pehu et G. Morin. Sur les renseignements fournis par la chronaxie pour le pronostic de la poliomyélite infantile, *Le Journ. de Médecine de Lyon*, n.º 316, 1933, p. 141-142.



## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Reuniões médicas

Recomeçaram, nos Hospitais da Universidade, as reuniões médicas às quais foram apresentadas os seguintes trabalhos :

Prof. João Porto — «Intolerância digitalica».

Dr. Brito Subtil — «Sobre um caso de edema de glote».

Dr. Joaquim Antunes de Azevedo — «Um caso de teratoma da região sacro-cocigea».

Prof. Rocha Brito — «Uma familia de seringomiélicos ou de polinevroticos hansenianos ? »

Prof. João Porto, drs. José dos Santos Bessa e Artur Dionisio — «O resultado da cuti-reacção à tuberculina nas diversas provas».

### Faculdades de Medicina

**Coimbra** — Por despacho de 23 de Outubro publicado em 5 de Novembro, foi aprovado o contrato do sr. dr. Francisco Mendes Pimentel para ajudante da cadeira de patologia cirúrgica.

— Foi reconduzido por um ano no lugar de assistente da cadeira de medicina legal, o sr. dr. Mário Martins Ribeiro — «Diário do Governo» n.º 264, de 10 de Novembro,

— Foi nomeado assistente voluntário das cadeiras de clinica cirúrgica e de urologia, o sr. dr. João Luís de Mesquita Cardoso.

— Também foi nomeado assistente voluntário da cadeira de propedéutica médica, o sr. dr. Manuel Vieira Cantante.

— Pelo decreto-lei n.º 27.275, publicado em 24 de Novembro foi a Faculdade de Medicina de Coimbra autorizada a contratar no ano escolar de 1936-1937, além do quadro, quatro assistentes.

— O decreto-lei n.º 27.286, publicado em 24 de Novembro, criou na mesma Faculdade, um lugar de chefe de serviço, o qual aproveitará para funções docentes o serviço de consulta de estomatologia nos Hospitais da referida Universidade.

— O professor auxiliar da Faculdade de Medicina, sr. dr. João de Oliveira e Silva, recomeçou, no corrente ano lectivo, as lições do seu curso de endocrinologia.

**De Lisboa** — Por portaria de 9 de Novembro, publicada em 17 do mesmo mês, foram transferidos : o sr. dr. Francisco Soares Branco Gentil, da cadeira de Patologia Cirúrgica para a de Clinica Cirurgica, e o sr. dr. Augusto de Almeida Monjardino, da cadeira de Medicina Operatória para a de Patologia Cirúrgica.

— Por despacho de 31 de Outubro, publicado em 21 de Novembro, foi ho-

mologado o contrato do sr. dr. Jacinto Croner Santana e Vasconcelos Moniz de Bettencourt para assistente da cadeira de Fisiologia.

— A seu pedido, foi exonerado das funções de assistente da cadeira de Oftalmologia, o sr. dr. Augusto Lopes de Andrade. — «Diário do Govê rno» n.º 278, de 25 de Novembro.

Do Porto — Fêz o seu acto de doutoramento, o sr. dr. Acácio Tavares, versando a sua dissertação sôbre «Contribuição para o estudo das variações do cloro hemático».

— Foi visado o contrato do sr. dr. João Filipe António Ferreira para desempenhar as funções de assistente de anatomia. — «Diário do Govêrno» n.º 271, de 18 de Novembro.

### Sociedades Científicas

**Sociedade de Antropologia** — Sob a presidência do sr. prof. Mendes Correa, reuniu em sessão científica, a Sociedade Portuguesa de Antropología e Etnologia.

O sr. presidente participou á assembleia a morte do venerando antropólogo italiano prof. Giuseppe Sergi, sócio honorário desta Sociedade e a do sr. dr. Felix Alves Pereira, ilustre arqueólogo e etnógrafo e traçou largamente os elogios dos dois cientistas e propôs votos de sentimento que foram aprovados pela assembleia.

O sr. dr. Alfrêdo Ataíde fêz em seguida a sua anunciada comunicação sôbre «Interpretação de índices de constituição». Referiu-se ao significado da palavra «constituição» em antropologia e fêz a critica dos índices propostos por Pignet, Verwaech Rohrer, Llui, etc., baseando-se em observações a que procedeu. Entende dever propôr um novo indice fundado na redução do corpo humano a um cone com o vértice nos pés e a base na parede superior do tronco, avaliando a altura do cone pela estatura e a area da base pelo diâmetro biacromial. Determinando o volume dêsse cone ter-se-ia, pela relação centesimal do peso com êste valor um indice estreitamente ligado com a densidade. Mostra por fim como êste novo indice obedece ás condições exigidas para um bom indice antropológico.

O sr. prof. Luis de Pina faz considerações sôbre a comunicação do sr. dr. Ataíde aludindo a outros índices de constituição, como o de Frasseito, e mostrando o interêsse do indice apresentado pelo conferente nas inspecções médicas do exército.

O sr. prof. Mendes Correia fêz a sua comunicação que tinha por título «Novos elementos sôbre o homem dos sambaquis do Brasil». Trata-se dos resultados dum estudo que fêz em 1934 no Museu do Ipiranga, em S. Paulo sôbre 25 crâneos e várias mandíbulas, descobertos há anos por Krone nos sambaquis da ilha de Santo Amaro e ainda inéditos. Explicou o que são os *sambaquis* e as suas afinidades com os *Kioehkenmoeddings* ou «restos de cosinha» pré-históricos da Europa e descreveu a sua visita á Ilha de Santo Amaro.

**Sociedade Portuguesa de Estomatologia** — Na séde da Associação dos Médicos Portugueses reuniu a Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, que elegeu os corpos gerentes para o biénio de 1936-38.

Falou o sr. dr. Ferreira da Costa, que saudou a direcção pelos esforços em prol do desenvolvimento científico desta modalidade científica.

### **Direcção Geral de Saúde**

O sr. dr. Carlos Horácio Gomes de Oliveira, foi contratado para desempenhar as funções de médico epidemiológico do Direcção Geral de Saúde, com o encargo de missão igual à que compete à categoria de inspector adjunto de Inspecção de Epidemias e Profilaxia das Moléstias.

— Por portaria de 10 de Novembro, publicada em 14 do mesmo mês, foi louvado o antigo delegado de saúde das Caldas da Rainha, sr. dr. Fernando da Silva Correia, pelos serviços prestados no desempenho dessas funções, com a mais competente e dedicada actividade e que sobressaiu principalmente na orientação, desenvolvimento e produção dos trabalhos de hygiene social levadas a cabo no referido concelho por sua iniciativa.

— O sr. dr. João Rafael Casqueiro Belo Morais foi nomeado delegado de saúde substituto do quadro do pessoal técnico da Inspecção de Saúde de Lisboa, na vaga resultante da nomeação do sr. dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca para inspector adjunto do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde — «Diário do Governo», n.º 271, de 25 de Novembro.

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

Foi aprovada a renovação do contrato de mais um ano do médico escolar do Liceu Alves Martins, de Viseu, sr. dr. Júlio Antunes da Cruz Neves — «Diário do Governo», n.º 266, de 12 de Novembro.

— Também foi aprovada a renovação do contracto do médico escolar do Liceu Rodrigues de Freitas do Porto, sr. dr. Mário Pinto de Andrade — «Diário do Governo», n.º 268, de 13 de Novembro.

### **Homenagem póstuma**

Em S. Tomé, onde nasceu, foi inaugurado numa praça pública, um monumento à memória do dr. Miguel dos Anjos Espirito Santo Machado, que ali exerceu a clinica e onde encontrou a morte no combate à amibiase.

Formado pela Faculdade de Medicina de Coimbra, foi um médico distintissimo, poeta e prosador primoroso, orador eloquente, crítico e artista e dotado de um coração bondoso, qualidades que o impuzeram à estima e admiração dos seus concidadãos e que por isso perpetuaram no bronze a sua memória.

### **Conferências**

Realizaram conferências, no Pôrto, os srs. dr. Alberto David, tenente-médico, sobre «A quarta doença venerea, doença de Nicolas-Fabre, poroadenite inguinal»; prof. Luis de Pina, «Portugueses, mestres no estrangeiro»; dr. Malafaia Batista, «Aspectos farmacológicos do emprégo terapéutico das preparações digitálicas totais».

### Várias notas

Pelo Ministro da Educação Nacional foi louvado o tenente-coronel médico reformado, sr. dr. José Maria Rodrigues da Costa, por ter oferecido ao gabinete de ciências biológicas do Liceu José Estevam, de Aveiro, uma colecção de 93 aves e 2 mamíferos todos embalsamados.

— Foram agraciados : com o grau de comendador da Ordem de S. Tiago da Espada, o coronel médico, sr. dr. Alberto Luis Mendonça, e com o grau de oficial da Ordem de Benemerência, o capitão médico auxiliar do exército, sr. dr. Luis Carlos Pereira Mendes,

— Foi nomeado sócio de mérito do Hospital de Crianças Maria Pia, do Pôrto, o sr. dr. José dos Santos Brito.

— Foi nomeado membro honorário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, o sr. prof. Egas Moniz.

— O sr. dr. António Damas Mora, coronel médico do quadro de saúde das Colónias, foi nomeado director da Escola de Medicina Tropical.

### Congressos

No XVI Congresso Internacional de Hidrologia que se realiso no mês findo, em Belgrado foi resolvido, por proposta do professor Fontès, que o futuro congresso se effectuasse em Strasbourg, em 1939.

### Falecimentos

Faleceram : em Ancora, o sr. dr. Alvaro Vieira da Rocha e Sá ; em Cintra, o sr. dr. Desidério Cambournac, irmão do sr. dr. João Batista Cambournac, também médico naquela vila ; em Mirandela, o sr. dr. Cândido Teixeira Guedes ; em Trancoso, a sr.<sup>a</sup> D. Augusta Gambôa, mãe do sr. dr. Ismael Gambôa, delegado de saúde daquele concelho ; em Paredes, a sr.<sup>a</sup> D. Maria dos Anjos Abreu Cabral, mãe do sr. dr. José Cabral, médico naquela vila e sogra do sr. dr. José Magalhães Menezes, médico em Lisboa ; em Pombal um filhinho do sr. dr. Anibal Blanc Paiva, e em Lisboa o sr. dr. António José Ferreira Júnior, pai do médico, sr. dr. Rui Hasse Ferreira.

Em Amiens, faleceu o dr. Vitor Pauchet, antigo professor da Escola de Amiens, cirurgião do Hospital de S. Miguel de Paris, membro da Academia de Cirurgia e comendador da Legião de Honra.



## ULTIMAS NOVIDADES:

- Alajouanine et R. Thurel** — Les Spasmes de la face et leur traitement. 1 vol. 88 pages. (M) — Frs. 12,00.
- Austregesilo** — L'Analyse mentale en pratique médicale. (Collection Médecine et Chirurgie. 1 vol. 130 pages. (M) — Frs. 48,00.
- Berger** — Gestes et procédés techniques de chirurgie générale. 1 vol. 138 pages. 124 figures. (M) — Frs. 32,00.
- Bertrand et E. Corajod** — Traitement chirurgical du Cancer du Col pelvien. 1 vol. 208 pages. 35 figures. (M) — Frs. 30,00.
- Bonnet et Nevot** — Travaux pratiques de Bactériologie. 1 vol. 178 pages. 76 figures. 6 planches en couleurs. (M) — Frs. 38,00.
- Brumpt** — Précis de Parasitologie. 5.<sup>e</sup> Édition entièrement remaniée. 2 vol. brochés. 2140 pages. 1085 figures. 4 planches en couleurs. (M) — Frs. 170,00. Reliés toile. Frs. 200,00.
- Brun** — Le Cycle de l'Infection tuberculeuse humaine. 1 vol. 372 pages. (M) — Frs. 50,00.
- Calmette** — L'Infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux. 4.<sup>e</sup> Édition entièrement revue et complétée. 1 vol. 1.024 pages. 69 figures, 24 planches en couleurs. (M) — Broché. Frs. 150,00. Cartonné toile. Frs. 175,00.
- Canuyt** — Les maladies du Pharynx. 1 vol. 790 pages. 216 figures. (M) — Broché. Frs. 180,00. Cartonné toile. Frs. 200,00.
- Chabrol** — Doctrines thermales. 1 vol. 158 pages. (M) — Frs. 35,00.
- Chiray, I. Pavel et A. Lomon** — La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion. 1 vol. 860 pages. 210 figures. (M) — Frs. 120,00.
- Claude Bèclère** — Les Hémorragies utérines avant et après la ménopause. 1 vol. 210 pages. 69 figures. (M) — Frs. 50,00.
- Cordier** — Les méthodes manuelles de respiration artificielle. 1 vol. 92 pages. 19 figures. (M) — Frs. 14,00.
- Degos** — La syphilis acquise et héréditaire. 1 vol. 192 pages. (N) — Frs. 14,00.
- Émile-Weil, P. Isch-Wall et S. Pertès** — La ponction de la Rate. 1 vol. 148 pages. 23 figures. (M) — Frs. 35,00.
- Guillain et P. Mollaret** — Études neurologiques. Septième série. 1 vol. 500 pages. 78 figures. (M) — Frs. 60,00.
- Langeron, M. Paget et G. Fruchart** — Le fonctionnement rénal chez les cardiaques. 1 vol. 144 pages. (M) — Frs. 30,00.
- Lereboullet** — Manuel de Puériculture. 2.<sup>e</sup> Édition revue et corrigée. 1 vol. 230 pages. 56 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Leveuf** — Études sur le Spina-Bifida. 1 vol. 330 pages. 176 figures. (M) — Frs. 75,00.
- Lutembacher** — Les lésions organiques du cœur. Étude clinique, anatomique et thérapeutique. (Format des grands atlas 25×32). 1 vol. 352 pages. 185 figures. (M) — Relié toile. Frs. 300,00. Relié toile en 2 vol. — Frs. 330,00.
- Marfan** — Études sur les maladies de l'Enfance. 1 vol. 492 pages. (M) — Frs. 30,00.
- Mathey-Cornat** — Radiothérapie gynécologique. Curie et Roentgenthérapie. 1 vol. 370 pages. 81 figures. (M) — Frs. 60,00.
- Metzger** — Le Chirurgien devant l'État puerpéral. Grossesse, Accouchement, Suites de couches. 1 vol. 334 pages. 40 figures. (M) — Frs. 52,00.
- Pratique Médico-Chirurgicale** — Supplément (Tome IX). 1 vol. 960 pages. 255 fig. (M) — Relié. Frs. 165,00.
- Budaux** — Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie et de Thérapeutique appliquée. 8.<sup>e</sup> Édition complètement remaniée et augmentée. 1 vol. 934 pages. 618 figures. (M) — Frs. 60,00.
- Saenz et L. Costil** — Diagnostic bactériologique de la Tuberculose. 1 vol. 240 pages. (M) — Frs. 40,00.
- Vignes et M. Robey** — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. 1 vol. 88 pages. 13 figures (M) — Frs. 14,00.
- Warembourg** — Les Hyperglycémies. Étude clinique et physiopathologique. 1 vol. 384 pages. 21 figures. (M) — Frs. 65,00.

Disenteria bacilar,  
Enterite,  
Enterocolite muco-  
membranosa,  
etc.

*Biolactina*

LABORATÓRIO NORMAL — 50, rua Bernardo Lima — LISBOA

LABORATORIO NORMAL

*"Transpneumol"*

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronco-pneumónicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipostáticas nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronquiectasia. Bronquite aguda e crónica. Bronquite tétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorréa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

(Em empolas de 1 e 2 c.c.)